



Síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales de la salud y atención pre- hospitalaria en contexto de COVID -19 en la ciudad de Cali.

Margaret Johanna Romero Raga

20251624924

Universidad Antonio Nariño

Programa Pregrado de Psicología

Facultad de Psicología

Cali, Colombia

2023

Síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales de la salud y atención prehospitalaria en contexto de COVID -19 en la ciudad de Cali.

Margaret Johanna Romero Raga

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Psicóloga

Directora:

Mg. María del Carmen Jiménez

Línea de Investigación: Sociedad y cultura

Grupo de Investigación: Gripsi

Universidad Antonio Nariño

Programa Pregrado de Psicología

Facultad de Psicología

Cali, Colombia

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado: Síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales de la salud y atención prehospitalaria en contexto de COVID -19 en la ciudad de Cali., Cumple con los requisitos para optar Al título de: Psicóloga.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Fecha, mayo 25 del 2023

Contenido

	Pág.
1. Resumen	7
2. Abstract	8
3. Introducción	9
4. Planteamiento del problema	11
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo general:	15
3.2 Objetivos específicos:	15
4. Justificación.....	16
5. Marco teórico	17
Antecedentes	18
Marco conceptual	20
5.1.1 Conceptualización de síndrome de burnout	21
5.1.2 Conceptualización de fatiga por compasión.....	22
Teorías basadas en el burnout	22
5.1.3 Modelo multidimensional de Maslach.....	23
5.1.4 Modelo existencial del burnout desde Ayala Pines	24
Teorías basadas en la fatiga por compasión según Figley	25
5.1.5 Fatiga por compasión según Figley.....	25
5.1.6 Fatiga por compasión según Stamm.....	28
6. Marco contextual	29
6.1 Atención prehospitalaria	29
6.2 Coronavirus (COVID- 19; SARS-CoV-2 2)	31
7. Método	32
7.1 Tipo de investigación	32
7.2 Alcance.....	33
7.3 Diseño de investigación	33
7.4 Fuente de información.....	33

7.5 Instrumentos	34
8. Procedimiento	36
9. Aspectos éticos.....	38
10. Aspectos legales de los riesgos laborales.....	39
11. Resultados.....	40
11.1 Componentes del síndrome de burnout en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.	44
11.2 Síntomas de fatiga por compasión que presentan los funcionarios de una entidad que realiza traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.	58
11.3 Relación entre burnout y fatiga por compasión en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali que se encuentra en situación de pandemia.....	72
12. Discusion.....	74
13. Conclusiones.....	76
14. Recomendaciones.....	77
15. Referencias bibliograficas	79

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Componentes del síndrome de burnout</i>	21
Tabla 2. <i>Características y signos de la fatiga por compasión (FC)</i>	26
Tabla 3. <i>Dimensiones afectadas en la vida del profesional</i>	27
Tabla 4. <i>Datos sociodemográficos participantes masculinos</i>	40
Tabla 5. <i>Datos sociodemográficos participantes femenino</i>	42
Tabla 6. <i>Componentes del síndrome de burnout</i>	44
Tabla 7. <i>Agotamiento emocional por género</i>	46
Tabla 8. <i>Agotamiento emocional por edad</i>	47
Tabla 9. <i>Agotamiento emocional variable por área de desempeño</i>	48
Tabla 10. <i>Agotamiento emocional por años de experiencia</i>	49
Tabla 11. <i>Despersonalización por género</i>	50
Tabla 12. <i>Despersonalización por edad</i>	51
Tabla 13. <i>Despersonalización por área de desempeño</i>	52
Tabla 14. <i>Despersonalización por años de experiencia</i>	53
Tabla 15. <i>Realización personal por género</i>	54
Tabla 16. <i>Realización personal por edad</i>	55
Tabla 17. <i>Realización personal por área de desempeño</i>	56
Tabla 18. <i>Realización personal variable por años de experiencia</i>	57
Tabla 19. <i>Síntomas de fatiga por compasión</i>	58
Tabla 20. <i>Satisfacción por compasión variable por género</i>	60
Tabla 21. <i>Satisfacción por compasión variable por edad</i>	61
Tabla 22. <i>Satisfacción por compasión variable por área de desempeño</i>	62
Tabla 23. <i>Satisfacción por compasión, variable por años de experiencia</i>	63
Tabla 24. <i>Burnout variable por género</i>	64
Tabla 25. <i>Burnout variable por edad</i>	65
Tabla 26. <i>Burnout variable por área de desempeño</i>	66
Tabla 27. <i>Burnout variable por años de experiencia</i>	67
Tabla 28. <i>Estrés traumático secundario variable por género</i>	68
Tabla 29. <i>Estrés traumático secundario variable por edad</i>	69

Tabla 30. <i>Estrés traumático secundario variable por área de desempeño</i>	70
Tabla 31. <i>Estrés traumático secundario variable por años de experiencia</i>	71
Tabla 32. <i>Relación entre burnout y fatiga por compasión</i>	72

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Componentes del síndrome de burnout	45
Gráfico 2. Agotamiento emocional variable por género.....	46
Gráfico 3. Agotamiento emocional variable por edad	47
Gráfico 4. Agotamiento emocional variable por área de desempeño.....	48
Gráfico 5. Agotamiento emocional variable por años de experiencia.....	49
Gráfico 6. Despersonalización variable por género	50
Gráfico 7. Despersonalización variable por edad	51
Gráfico 8. Despersonalización variable por área de desempeño	52
Gráfico 9. Despersonalización variable por años de experiencia	53
Gráfico 10. Realización personal variable por género	54
Gráfico 11. Realización personal variable por edad.....	55
Gráfico 12. Realización personal variable por área de desempeño.....	56
Gráfico 13. Realización personal variable por años de experiencia.....	57
Gráfico 14. Síntomas de fatiga por compasión.....	59
Gráfico 15. Satisfacción por compasión variable por género	60
Gráfico 16. Satisfacción por compasión variable por edad.....	61
Gráfico 17. Satisfacción por compasión variable por área de desempeño	62
Gráfico 18. Satisfacción por compasión variable por años de experiencia	63
Gráfico 19. Burnout variable por género	64
Gráfico 20. Burnout variable por edad.....	65
Gráfico 21. Burnout variable por área de desempeño.....	66
Gráfico 22. Burnout variable por años de experiencia.....	67
Gráfico 23. Estrés traumático secundario variable por género.....	68
Gráfico 24. Estrés traumático secundario variable por edad	69
Gráfico 25. Estrés traumático secundario variable por área de desempeño.....	70
Gráfico 26. Estrés traumático secundario variable por años de experiencia	71
Gráfico 27. Relación entre burnout y fatiga por compasión.....	73

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico a mi familia, por el apoyo en toda mi vida personal y profesional, a mi esposo Gustavo Montes, por su amor y paciencia.

Finalmente, a mí “yo”, por la voluntad y perseverancia en retomar y continuar este arduo proceso, cuando muchas veces renuncié.

Agradecimientos

Como primera instancia doy agradecimiento al todo poderoso por permitirme culminar esta etapa a pesar de todos obstáculos e inconvenientes muchas veces impuestos por mi misma.

A toda mi familia, han sido mi roca y mi mayor fuente de motivación en este largo camino, y no puedo expresar con palabras cuánto valoro su constante aliento y comprensión.

A mis padres, que con su amor y sacrificio han sido fundamentales en mi formación académica, gracias por estar siempre a mi lado, por brindarme su apoyo emocional y por creer en mí incluso cuando las cosas se tornaban difíciles.

A mi hermano, gracias por estar siempre dispuesto a escuchar mis ideas, por darme consejos valiosos y por ser mi fuerza en momentos de duda. No podría haber llegado tan lejos sin su apoyo incondicional.

A mi esposo, tu amor inquebrantable y paciencia infinita han sido pilares fundamentales en mi camino hacia la culminación de esta etapa. Gracias por comprender las largas horas de estudio y por brindarme tu apoyo constante. Tu presencia ha sido mi mayor fuente de estabilidad y felicidad.

Agradezco a mi asesora de tesis María del Carmen Jiménez, su paciencia y comprensión durante los momentos de desafío y dificultad; su confianza en mis habilidades y capacidad para superar los obstáculos, por su disponibilidad y prontitud para responder a mis consultas y dudas a lo largo del camino. Su compromiso de estar presente y proporcionar orientación cuando más lo necesitaba ha sido un verdadero respaldo en los momentos de desafío.

Además, quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer con quien inicie mi asesoría de tesis el Profesor Jorge Eduardo Moncayo, quien también contribuyo con su conocimiento y apoyo en diferentes etapas de mi trabajo de grado.

A mi compañera Claudia Benavidez que ha sido una de mis redes de apoyo mas poderosa para contribuir con la terminacion de este documento. Su apoyo, consejos y aportes han enriquecido significativamente el contenido y la calidad de mi investigación.

Con todo mi amor y gratitud.

Margaret Johanna Romero Raga

1. Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el síndrome de *burnout* y la fatiga por compasión en 134 de profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraban en situación de pandemia por el covid-19.

Con respecto a la crisis vivida por la pandemia debido al COVID-19 en el año 2020, se realizó una revisión de literatura con respecto a los síndromes de Burnout y fatiga por compasión, evidenciando que en el contexto de la salud se tienen múltiples investigaciones, no obstante, estas se remiten al contexto hospitalario y al manejo de pacientes en etapas terminales, dejando poca investigación del síndrome de burnout y la fatiga por compasión en el contexto pre hospitalario y de traslado de pacientes y ya que el personal de salud tuvo una mayor exposición al virus se reflexionó y considero adecuado plantear esta investigación, para lo cual se siguen los parámetros del enfoque cuantitativo teniendo un alcance descriptivo cuya finalidad fue saber cuáles son los niveles del síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales que realizan traslado de pacientes y atención prehospitalaria en contexto de COVID-19. Los principales hallazgos fueron los siguientes: los niveles del síndrome de burnout y fatiga por compasión son bajos pues en los componentes de realización personal y satisfacción por compasión se encuentra en un nivel alto con un 49% y 60% en concordancia con los componentes y síntomas negativos como el agotamiento emocional, despersonalización, estrés traumático secundario y burnout que se evaluaron ya que estos presentaron porcentajes altos en la clasificación baja de cada una de las escalas.

Palabras claves: Síndrome de burnout, fatiga por compasión, componentes del síndrome, traslado de paciente, atención pre hospitalaria.

2. Abstract

The present study aimed to analyze burnout syndrome and compassion fatigue in 134 professionals involved in patient transfer and pre-hospital care in the city of Cali, who were in a pandemic situation due to COVID-19.

Regarding the crisis experienced during the COVID-19 pandemic in 2020, a literature review was conducted on burnout and compassion fatigue syndromes, revealing that there are multiple research studies in the healthcare context. However, these studies are mainly focused on the hospital setting and the management of patients in end-stage conditions, with limited research on burnout syndrome and compassion fatigue in the pre-hospital and patient transfer context. Considering that healthcare personnel had higher exposure to the virus, it was deemed appropriate to propose this research. The study followed the parameters of a quantitative approach with a descriptive scope, aiming to determine the levels of burnout syndrome and compassion fatigue in a group of professionals involved in patient transfer and pre-hospital care in the context of COVID-19.

The main findings were as follows: the levels of burnout syndrome and compassion fatigue were low, as indicated by high scores in the components of personal accomplishment and compassion satisfaction, with 49% and 60% respectively. However, negative symptoms such as emotional exhaustion, depersonalization, secondary traumatic stress, and burnout were evaluated and showed high percentages in the low classification on each scale.

Keywords: Burnout syndrome, compassion fatigue, syndrome components, patient transfer, pre-hospital care.

3. Introducción

En el mundo laboral, a lo largo de la historia y como resultado de las diferentes condiciones a las cuales el factor humano se ha visto expuesto, se han desarrollado múltiples enfermedades que han impactado de manera física y emocional a los actores implicados. El área de la salud no es la excepción. En el año 2020 cuando se tuvo la crisis a nivel global a causa de la pandemia por COVID- 19 enfermedad infecciosa causada por el virus Sars – Cov2, donde la colectividad de los individuos afectados por el virus les causaría un malestar de índole respiratorio de leve a moderado. No obstante, fue un virus por el cual nadie estaría preparado y que trajo como consecuencia una permutación en el estilo de vida, transformando comportamientos y conductas que fueron desde el aislamiento social, nuevas modalidades de trabajo y nuevas reglas para el autocuidado, donde probablemente los niveles de burnout y fatiga por compasión se podrían incrementar.

Sin embargo, según la revisión de la literatura se evidenció que es poca la investigación que existe alrededor de los componentes del burnout y fatiga por compasión en tiempos de pandemia, dicha escasez referente al tema, podría ser atribuido a que no nos habíamos enfrentados a un virus de esta índole. Por esta razón, se consideró oportuna abordar esta investigación, con el objetivo de identificar si se evidenciaban niveles del síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria en contexto de COVID-19 en la ciudad de Cali.

Para comprender este tema, se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), con el fin de identificar los componentes del síndrome de burnout en un grupo de personas del área de la salud; como también se aplicó el instrumento The professional quality of life (ProQOL-IV), con

la finalidad de describir los síntomas de fatiga por compasión que presentan el grupo en mención. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación fueron útiles para establecer la relación entre burnout y fatiga por compasión en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraban en situación de pandemia.

En cuanto al marco teórico, fue construido desde la exploración y búsqueda bibliográfica del síndrome de burnout y la fatiga por compasión, el cual, se realizó en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2020. Para abordar este estudio se tuvo en cuenta la investigación de Salas Hernández, J. (2011) sobre la prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1, donde definió los componentes del síndrome de burnout como lo son: *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *pobre realización personal*. Para la fatiga por compasión, nos asentamos en la teoría de fatiga por compasión según Figley (1995), donde este autor logró identificar los síntomas (FC), que son: *Re- experimentación*, *evitación e hiperactivación* los cuales, guardan una relación con los *síntomas del estrés traumático secundario*.

Los principales hallazgos fueron los siguientes: dos de los componentes del síndrome de burnout predominan los niveles *bajos*, pues se halló que en *agotamiento emocional* y *despersonalización* el género femenino tiene un porcentaje del 38,2% y 23,5%; de la misma manera el género masculino con un 26,5% y 37,5%. No obstante, en el tercer componente que es *realización personal* se tiene predominancia de los *niveles altos* tanto en el femenino como en el masculino con un 19,1% y 30,1% respectivamente.

Ante los síntomas de fatiga por compasión, se halló que el 60% de la población presentaron niveles altos de *satisfacción por compasión*, el 36% nivel medio de *burnout* y 93% nivel bajo de *estrés traumático secundario*.

4. Planteamiento del problema

El término burnout salió a la luz gracias a Freudenberger en la década de los setenta, aproximadamente entre los años 1974 a 1975 se realizaron observaciones a varios voluntarios que trabajaron en una clínica en New York encontrando que posterior a un tiempo laborado presentaban síntomas como la falta de motivación laboral, ansiedad, depresión, agotamiento y hasta agresividad con los pacientes que trataban. Posteriormente alrededor de año 1977 el término fue presentado por Cristina Maslach en compañía de Susan Jackson en un congreso de la asociación americana de psicología APA donde expresaban que los trabajadores en el área de la salud eran mucho más propensos a esta condición, lo que en un principio fue descrito como un síndrome de estrés crónico; posteriormente se transformaría en el síndrome de burnout el cual es caracterizado por tres factores: El cansancio emocional, la despersonalización y la poca realización laboral y/o personal (Quiceno y Vinaccia, 2007).

Simultáneamente se debe mencionar que además del síndrome de burnout las personas que se encuentran en el contexto de proveer ayuda y cuidado pueden verse afectadas debido a que al estar en constante exposición a las diferentes situaciones traumáticas experimentadas por sus pacientes o personas a cargo; puede generar lo que se conoce con el término fatiga por compasión (FC), este término se introdujo por Joinson en los años noventa a través de la publicación en una revista de enfermería en la cual se expusieron los resultados de una investigación realizada con compañeros del hospital donde laboraba y que se encontraban

asignados al área de urgencias. Posteriormente este término fue desarrollado por el psicólogo Charles Figley especialista en el síndrome de estrés postraumático y quien lo asocio a esta condición denominándolo estrés traumático secundario el cual afecta la vida del trabajador y no le permite un buen desarrollo de sus actividades diarias. Se debe agregar que la FC guarda una estrecha relación con el síndrome de burnout pues ambos se presentan en el mismo contexto- laboral- y sus síntomas pueden aparecer de manera simultánea, no obstante existe una diferencia significativa entre ellos pues mientras el burnout se relaciona con el clima organizacional, las extensas jornadas laborales, exceso de tareas y otras condiciones laborales; la FC viene como resultado de la atención a los pacientes y la exposición continua a situaciones traumáticas experimentadas por estos. Desde la perspectiva psicosocial estos síndromes son descritos como una manera negativa de afrontamiento a las diferentes experiencias vividas por las personas que se desempeñan en la atención y ayuda de otros.

En Colombia existen múltiples estudios con respecto al síndrome de burnout, siendo uno de los primeros tres países en Latinoamérica con predominancia en este tema. Sirva de ejemplo el estudio realizado por Rueda et al., (2018) *“Prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de salud del servicio urgencias de la unidad integrada de servicios de salud Fontibón- subred suroccidente e.s.e y de la unidad integrada de servicios de salud Engativá- subred norte e.s.e de la ciudad de Bogotá, en el primer semestre del año 2018”*, donde los resultados mostraron que el síndrome de burnout tiene una prevalencia de 5% en todos los participantes estudiados y en cuanto a las instituciones a quienes se les realizó la intervención; la unidad integrada de servicios de salud de Fontibón – subred del suroccidente predominó dicho síndrome en un 2% y similarmente en la unidad integrada de servicios de salud – Engativá – subred norte prepondero en un 8% dicho síndrome. Se llegó a la conclusión que no el sitio donde

laboraban los colaboradores no determinaba el desarrollo del burnout y que se deben generar ambientes óptimos para el recurso humano que labora en las instituciones; por último, como recomendación sugieren métodos que permitan la identificación del estrés al cual está expuesto el personal, además de la reducción de la sobrecarga laboral.

Por otro lado, está la investigación realizada por Gutiérrez et al., (2016) un estudio sobre *“Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016”*, el cual, los resultados mostraron que la predominancia general del síndrome de burnout fue de un 16% y con respecto a las diferentes áreas de desempeño se obtuvo que los enfermeros del área hospitalaria tenían mayor prevalencia del síndrome con un 42%, seguido de la dependencia de atención prehospitalaria en un 25,5% y por último otras áreas con un 6,1%. Como conclusión el personal que se desempeña en el área hospitalaria y quienes tiene mayor volumen de pacientes por atender son quienes desarrollan dicho síndrome.

Finalmente, está la indagación de Urrego y Giraldo (2019) tesis sobre *“Factores que predisponen al padecimiento del síndrome de burnout en los tecnólogos en atención prehospitalaria del valle de Aburrá”* cuyos resultados indicaron que en quienes prevalece el síndrome son aquellos que tenían una antigüedad laboral mayor, sin embargo, quienes cuya remuneración laboral era mayor y apoyo de la institución donde laboraban sus índices de dicho síndrome eran menores.

No obstante, con respecto a estudios de fatiga por compasión puede observarse que existen estudios en menor cuantía. La gran mayoría de estas investigaciones se han enfocado al área de la salud siendo el personal que se desempeña en los servicios de urgencias de los hospitales uno de los más estudiados. Si bien varias investigaciones en el contexto hospitalario concluyen que el síndrome de agotamiento del trabajador – burnout– y la fatiga por compasión se encuentra

presentes mayormente en los trabajadores de los servicios de urgencias, se observa que en los servicios de atención pre hospitalaria y traslado de pacientes lo anterior ha sido poco explorado.

Teniendo en cuenta que es un tema poco explorado, se debe considerar abordar este tema pues debido a la situación de alerta sanitaria que se manifestó a nivel mundial debido a la pandemia por COVID -19 (Sars – Cov2) para la que nadie se encontraba preparado y que trajo como consecuencia un cambio en el estilo de vida modificando comportamientos y conductas que van desde el aislamiento social, nuevas modalidades de trabajo y nuevas reglas para el autocuidado, donde posiblemente los niveles de burnout y fatiga por compasión se puedan incrementar. A su vez la falta de tolerancia, sentimientos de vulnerabilidad y falta de conocimiento que se vivencio con respecto al virus, provoco que los trabajadores de la salud fueran blanco de acusaciones, señalamientos, amenazas, discriminación y ataques físicos. Estadísticamente según la mesa de la misión medica en Colombia, a la fecha se han llevado a cabo cerca de 242 ataques que incluyen daños a las instalaciones físicas, vehículos y del personal (ICRC, 2020).

Se menciona, además, que durante el desarrollo de sus actividades laborales el personal sanitario se encuentra expuesto a diferentes situaciones; como las extensas jornadas laborales, observación y relatos de vivencias extremas y traumáticas, falta elementos adecuados para su protección personal durante los procesos de atención; también el aislamiento social que no permite que se pueda pasar tiempo de calidad con sus familias y muchas veces aislarse hasta de su misma familia por el miedo e incertidumbre de ser nexos para transmisión del virus.

Por consiguiente, todas estas situaciones anteriormente mencionadas generan una sobrecarga a nivel emocional y laboral; por tanto, podría inferirse que el síndrome de burnout y la fatiga por compasión pueden estar presentes. Es por eso que el presente estudio pretende

establecer si existen y en que niveles se encuentran estos síndromes en varios de los profesionales de la atención pre hospitalario y el traslado de pacientes de la ciudad de Cali frente a la situación de pandemia, por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles del Síndrome de burnout y fatiga por compasión se presentó un grupo de profesionales de la salud y atención pre hospitalaria en contexto de COVID -19 en la ciudad de Cali?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

- Identificar los niveles del síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria en contexto de COVID-19 en la ciudad de Cali.

3.2 Objetivos específicos:

- Evaluar los componentes del síndrome de burnout en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.
- Describir los síntomas de fatiga por compasión que presentan los funcionarios de una entidad que realiza traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.

- Establecer la relación entre burnout y fatiga por compasión en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali que se encuentra en situación de pandemia.

4. Justificación

De acuerdo con la situación presentada en el año 2020, la emergencia sanitaria por COVID-19 (Sars – Cov2) que se vivió a nivel mundial y al observar como la salud de toda la humanidad estuvo vulnerada, afectada y teniendo en cuenta que los trabajadores o profesionales del área de la salud se encontraban en primera línea de defensa brindando atención y ayuda a los pacientes que requerían de sus servicios y que se enfrentaron a constantes situaciones que generaron estrés, ansiedad y miedos, fue de vital importancia el monitoreo continuo del estado físico y la salud mental de ellos, por lo que la evaluación de los diferentes riesgos tanto físicos como psicológicos fue el punto de partida para tomar medidas y estos pudieran minimizarse. Lo anterior obedeciendo también a los conceptos impartidos por el ministerio de trabajo (2015) en el decreto 1072 el cual menciona que cada organización debe proporcionar un sistema de seguridad y salud que permita reconocer, evaluar, controlar y mitigar los posibles riesgos que puedan afectar las zonas o contextos profesionales.

Refiriéndose a los riesgos físicos, fue necesario que las organizaciones implementarán el uso de bioseguridad como medida de protección personal, educación y capacitación en las medidas de prevención al virus, además de los diferentes procedimientos y protocolos a implementar para actuar en condiciones de posibles contagios.

Por otro lado, en lo correspondiente a la salud mental; la ansiedad y el miedo como resultado de la incertidumbre del cómo tratar con el virus, preocupación por la salud personal y

de sus seres queridos; el aislamiento social, a consecuencia de la incomunicación que conducía al sentimiento de soledad; el trauma y duelo por los cambios en las rutinas, la inseguridad económica y posibles pérdidas que experimentarían, pudieron tener un impacto negativo, generando la necesidad de enfocarse en el manejo de estas circunstancias, ya que, este estrés al no ser manejado de una manera adecuada pudo tener como consecuencia una posible inestabilidad psicológica, además de exacerbar las posibles patologías crónicas que estos trabajadores o profesionales tuvieran. Por ello la implementación de estrategias para dar una solución o respuesta que permitiera retornar a una estabilidad y desarrollar diferentes habilidades de afrontamiento que permitieran aprender a manejar los conflictos y establecer un equilibrio en su salud física, emocional y su desempeño laboral fue significativa.

Según Macaya y Aranda (2020): la incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (Sars- Cov2), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal de salud. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a auto cuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes. (p.357).

Así pues, en vista de las diferentes situaciones por las cuales atravesaron estos profesionales fue importante investigar si coexisten componentes que conlleven a los trabajadores del área de la salud a presentar el síndrome de burnout y fatiga por compasión como consecuencia de esta pandemia.

5. Marco teórico

Este trabajo de grado fue elaborado teniendo en cuenta la línea de investigación de la Universidad Antonio Nariño, encaminada a sociedad y cultura.

Antecedentes

Para el presente apartado se tomaron referencias bibliográficas de las bases de datos como Google academia, *Scielo*, *Dialnet*, *frontiers of medicine* y *SCOPUS*. La revisión y rastreo bibliográfico del síndrome de burnout y la fatiga por compasión se realizó en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2020, lo que da un rango de tiempo de aproximadamente 20 años. Sin embargo, el virus COVID-19 al ser un nuevo término, la búsqueda se inicia a partir del año 2020. El proceso de revisión de los documentos se estructuró de acuerdo a un filtro donde se utilizaron palabras claves: burnout, fatiga por compasión, desgaste físico y mental del trabajador de la salud, coronavirus, pandemia, COVID -19. Se encontraron múltiples artículos en el área suramericana en los cuales el burnout ha sido altamente estudiado en el ámbito hospitalario y las salas de urgencia, sin embargo, la fatiga por compasión se encuentra mayormente relacionada con las unidades de cuidados paliativos y unidades de cuidados intensivos. Las temáticas a elección de estos artículos corresponden a las ciencias de la salud más específicamente el área psicológica.

Colombia ha llevado a cabo múltiples investigaciones del síndrome de agotamiento de trabajador en el área de la salud principalmente en los centros hospitalarios o clínicas; encontrando una alta tasa de prevalencia del síndrome. Correspondería prestarle mayor atención a los estudios realizados en los trabajadores del área prehospitalaria y de traslado de pacientes debido a que es un campo poco explorado pues se encuentran sometidos a un mayor tipo de tensión y estrés ya que deben trasladar pacientes críticos de un lugar a otro, estabilizar a aquellos que se encuentran en riesgo inminente de muerte, además de realizar sus actividades en sitios poco seguros corriendo el riesgo de ser agredidos por personas violentas o por los mismos

pacientes a los cuales se encuentra trasladando al enfrentarse a estas situaciones pueden enfrentarse a los sentimientos de infravaloración de su trabajo (González y Soto, 2010).

De acuerdo al artículo realizado por las universidades del Rosario y CES las consecuencias que puede tener el burnout en los trabajadores, problemas fisiológicos como dolor precordial, palpitaciones, dolores lumbares, hipertensión arterial, problemas estomacales, alergias, cefaleas, infecciones, pérdida o ganancia de peso y en el caso de mujeres problemas menstruales; también pueden presentarse sentimientos de soledad, impaciencia, frustración, hostilidad, negatividad, ansiedad e incapacidad para relajarse; el exceso de consumo de alcohol y drogas debido a la incapacidad para poder relajarse, dificultades para la concentración, baja tolerancia a la frustración, autoevaluación negativa y actitudes violentas hacia sus compañeros de trabajo, sus parejas, sus familiares y los mismos pacientes hacen parte de las consecuencias a nivel conductual del síndrome de burnout (Rodríguez et al., 2011).

En 2017 un primer estudio realizado en Estados Unidos revelo que el personal de emergencias médicas y atención prehospitalaria presentaba una prevalencia del síndrome de burnout entre 24% y 38% de la misma manera mostro que al presentarse esta sintomatología dicho personal aumentaba el nivel de ausentismo laboral (Cueva et al., 2017). Existen varias estrategias de intervención que han logrado mitigar este síndrome, además de ser estudiado en un contexto similar a la situación actual de pandemia, como es el caso de un hospital de alta complejidad en la ciudad de México durante la epidemia H1N1 en el año 2009 donde utilizando los recursos de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas logró un cambio significativo en la percepción de realización profesional y laboral (Valdez et al., 2011).

Por lo que se refiere a la fatiga por compasión FC es importante aclarar que esta se encuentra relacionada exclusivamente con las profesiones que prestan ayuda a otros a diferencia

del burnout, pues es la empatía el eje central, ya que la proximidad de una situación traumática experimentada por el paciente o la persona que necesita ayuda genera un impacto en el profesional o cuidador, quien tendrá un profundo anhelo por atenuar su dolor, sin embargo al no poder solucionarlo, sentimientos de culpa, impotencia y confusión que tienen una aparición súbita se acumularan y a lo largo del tiempo afectaran la capacidad para conectar y ayudar a sus pacientes.

De acuerdo a la revisión bibliográfica esta situación se presenta mayormente en los contextos de cuidado paliativo y oncológico, además de deberse al buen desempeño laboral que tienen los profesionales a pesar de las condiciones constantes de sufrimiento, dolor e intranquilidad a la que se encuentran expuestos debido al escenario y tipo de paciente al que deben prestar apoyo y asistencia (Zamora et al., 2022).

Por otro lado, la edad y experiencia laboral son determinantes para la manifestación de esta condición, pues quienes poseen más años de experiencia profesional presentan una mayor adaptabilidad, además de reconocimiento y buenas relaciones interpersonales en el trabajo que aquellas personas con menor experiencia laboral y menor edad (Fabri et al., 2021).

Marco conceptual

Teniendo en cuenta la investigación de Salas Hernández, J. (2011). *Prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1*, se definen los siguientes componentes del síndrome de burnout que se tuvieron en cuenta en esta indagación, como lo son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal. Posteriormente, se realiza la descripción de cada uno:

Tabla 1. Componentes del síndrome de burnout

Agotamiento Emocional	Despersonalización	Pobre realización personal
<p>Es la primera fase dentro de este síndrome, este factor se caracteriza por la sensación de la pérdida de energía al no poder dar más de sí, no existe un equilibrio entre el trabajo que se realiza y el cansancio que se experimenta. Las personas se tornan más irritables, fatigados y la percepción es que la mayoría del tiempo están molestos, irritables e insatisfechos, al sentirse de esta manera las personas agotan sus recursos emocionales. En esta etapa frecuentemente aparecen síntomas físicos como cefaleas, dolor precordial, dolor abdominal, diarrea y taquicardias, de la misma manera se presentan síntomas psicológicos como el cansancio, irritabilidad, insomnio, ansiedad, fastidio emocional.</p>	<p>En esta etapa al no poder responder de manera acertada o verbalizar los sentimientos de impotencia y frustración comienzan a presentar hostilidad en el ambiente en el cual se manejan, presentando actitudes deshumanizadas e impersonales con las personas a las que atiende y con sus compañeros de trabajo, generando una tendencia hacia el maltrato lo que posterior se traduciría como negligencia profesional.</p>	<p>En esta etapa las personas presentan un auto concepto y una autoestima negativa, teniendo como consecuencia la afectación del ámbito laboral sintiéndose incompetentes e insatisfecho en la realización de sus labores, aspiraciones e ideales, en algunos casos se presenta aislamiento social y familiar.</p>

Fuente: Tomado de: Salas Hernández, J. (2011). Prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. *Suma psicológica*, 18(2), 17-28.

Elaboración propia.

5.1.1 Conceptualización de síndrome de burnout

Basado en la revisión de la literatura y artículos citados, se halla que la conceptualización del burnout surgió por primera vez en el año 1974 de la mano del psiquiatra Herbert Freudenberger, quien definió el término como una consecuencia de un exceso en la carga laboral, ya que, su

trabajo se vuelve una práctica agotadora, conllevando al funcionario a una sensación de fracaso y por ende el inicio del llamado síndrome de burnout. (Álvarez y Paniagua, 2019). Posteriormente la psicóloga Christina Maslach investigo sobre el deterioro de responsabilidad profesional que algunos sujetos presentaban; en su mayoría los de aquellas áreas que prestaban en apoyo a otros como los profesionales y auxiliares de la salud y los docentes y/o educadores. Finalmente, en el año En 1986 se concretó que el síndrome de burnout tiene su ocurrencia en el área donde los profesionales o trabajadores se encuentran en contacto con personas teniendo como secuela un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

5.1.2 Conceptualización de fatiga por compasión

El concepto de fatiga por compasión tiene sus antecedentes desde 1960 cuando se estudiaban las consecuencias del cuidado en las enfermeras de los heridos de la guerra de Vietnam, pero se le dio nombre por primera vez cuando fue plasmado por Joinson en un artículo de enfermería de 1992 que mostraba un estudio realizado a un grupo de enfermería en el área de urgencias de un hospital, el cual hablaba sobre los efectos negativos de la continua exposición a las historias de dolor y sufrimiento de los pacientes. A partir de 1995 el psicólogo Charles Figley lo describe como una conductas y reacciones emocionales a consecuencia ayudar o querer ayudar a un sujeto que sufre y finalmente en el 2002 lo relaciona al precio emocional que debe pagar el profesional por involucrase y preocuparse por sus pacientes.

Teorías basadas en el burnout

Teniendo en cuenta las pesquisas realizadas, se pudo hallar que el burnout es un proceso paulatino más que una etapa, logrando llegar a una fase crónica. En cambio, los síntomas de la

fatiga por compasión aparecen de manera abrupta y aguda, por lo que, se reflexiona que es más una manifestación directa y no una patología como tal, dichas señales sirven de alertas para indicar que la persona debe realizar cambios relevantes en la rutina. Es por ello, que en este apartado se tendrán en cuenta solo las teorías que explican el síndrome de burnout.

5.1.3 Modelo multidimensional de Maslach

Christina Maslach en 1977 al estudiar a los trabajadores que atendían al público en situaciones de estrés, observó las respuestas emocionales encontrando el desinterés y la falta de responsabilidad en su trabajo; a lo largo de varios años de estudio en como culminación sus investigaciones, en 1981 aparece el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como resultado de múltiples entrevistas realizadas en su investigación.

De la misma manera continuaron las exploraciones por parte de diferentes autores como Pines y Kafry; Spaniol y Caputo; Edelwichy y Brodsky quienes definieron que existían diferentes componentes aparte de los físicos en estos comportamientos y que el factor de riesgo común era la exposición a estos factores durante un largo tiempo. A medida que avanzaban las investigaciones en el tema encontraron que existían 3 factores para que se presente este síndrome. Aproximadamente en el 2001 el *burnout* es considerado una psicopatología el cual es producto de una exposición larga a estrés o el llamado estrés crónico.

Siguiendo a conforme a la teoría de Maslach el burnout es la respuesta al estrés crónico, acorde a una serie de sentimientos y actitudes negativas hacia sus compañeros de trabajo, hacia sí mismos y hacia quienes atienden o presta servicio. Se presentan las emociones irritabilidad, odio, entre otras; actitudes como cinismo, apatía y hostilidad; de la misma manera se exhiben cogniciones como baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración; conductas como

comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo y en el sistema fisiológico se muestran síntomas como cansancio, insomnio, dolor de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc. (Bambula y Gómez, 2016).

Con respecto al primer punto el burnout se conforma como un síndrome tridimensional que se caracteriza por *agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal y profesional*, lo anterior no es más que una respuesta a los estresores crónicos interpersonales. El primer componente agotamiento emocional es la clave de este síndrome pues le da a la persona el sentimiento de encontrarse sobre exigido, agotado y debilitado.

5.1.4 Modelo existencial del burnout desde Ayala Pines

De acuerdo Pines (1993) “el burnout es un fenómeno específico de profesionales que tienen altas expectativas y metas sobre su trabajo y del cual se derivará el sentido del significado existencial”. Este modelo hace referencia a las personas presentan una necesidad de encontrar un significado a su vida y existencia; por tal motivo cuando se encuentran en su trabajo y este no le proporciona tal significado aparece la sensación de fracaso además de estar expuesto a un largo periodo de tiempo a situaciones estresantes y más aun con las personas que realizan atención al público. De manera inicial los individuos tienen unas altas expectativas y motivaciones, pero al no lograr cumplirlas se presenta el fracaso y en consecuencia la aparición del síndrome.

Las motivaciones en el caso de los trabajadores que se desempeñan en la atención a otras personas van a depender del ambiente laboral; en un ambiente donde se le proporcione recursos

y apoyo, el trabajador podrá realizarse, cumplir sus metas y expectativas. Por el contrario, en un contexto laboral donde se presenten situaciones estresantes, exista poca estimulación o pocos recursos, este percibirá que ha fracasado y por consiguiente aparecerá el burnout. (Bambula y Gómez, 2016).

Teorías basadas en la fatiga por compasión

5.1.5 Fatiga por compasión según Figley

Según Charles Figley, la fatiga por compasión consiste en aquella capacidad de desempeñarse con los individuos que sufren y de igual manera verse afectados al ejercer dicho trabajo. Se cataloga como el residual de exponerse con aquellos que sufren acontecimientos traumáticos. La empatía es el elemento central de esta teoría, puesto que el profesional al estar en contacto con el sufrimiento de otro genera una respuesta empática que motiva a ayudar, por tanto, al crear conciencia de dicho sufrimiento, este es experimentado por el mismo gracias al desarrollo sus capacidades para empatizar, permitiéndole vincularse y comprender diferentes situaciones físicas, psicológicas y emocionales de estos pacientes, no obstante, dicha vinculación concibe tres fuentes significativas de desgaste:

Reflejo empático espontáneo: comprende la interiorización por parte del personal al cuidado de las vivencias de sufrimiento y enfermedad del paciente que coloca al cuidador en una situación inevitable de tensión.

Escucha activa y empatía: la adaptación del profesional ante el malestar físico o enfermedad que aqueja su paciente, esta adaptación le permite comprender y responder con una emoción adecuada a la situación.

Tensión entre empatía y ecpatía: la posición que debe tomar el profesional a cerca de que tanto se debe involucrar con el paciente, que cercanía es benigna y cual no genera un conflicto interno en él, pues no hay un punto neutral que no afecte a ambos (Campos Vidal et al., 2017).

De acuerdo con Figley, se puede identificar los signos de la fatiga por compasión (FC), que son: *Re- experimentación, evitación e hiperactivación* que guardan una relación con los síntomas del *estrés traumático secundario*.

Tabla 2. Signos de la fatiga por compasión (FC)

Re- experimentación	Evitación	Hiperactivación
Pensamientos intrusivos	“No querer volver ahí otra vez”	Problemas de sueño
Sueños intrusivos		Irritabilidad
Distrés psicológico y/o fisiológico	Deseo de evitar los pensamientos	Estallidos de ira
Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas de los pacientes	Evitación de sentimientos	Hipervigilancia
Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.	Evitación de conversaciones asociadas al dolor del paciente	Incremento de ansiedad
	Evitación a la exposición del material traumático del paciente	Impulsividad
	Perdida de energía	Reactividad
	Evitación de salidas extra laborales con los compañeros	Aumento de percepción de exigencias y amenazas
	Automedicación y/o adicciones	Aumento de la frustración

Tomado de: cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía Campos-Vidal et al (2017). Elaboración propia.

Adicionalmente, los síntomas de fatiga por compasión suelen aparecer de una manera inesperada y oscilan entre el agotamiento físico, altos niveles de estrés, depresión, confusión y aislamiento, irritabilidad y desesperanza.

Estos síntomas pueden llegar a afectar diferentes dimensiones en la vida personal y profesional del colaborador y a continuación se enumeran algunos de ellos:

Tabla 3. Dimensiones afectadas en la vida personal y profesional

Reacciones somáticas:	Pérdida de fuerza de voluntad para las labores, insomnio, aumento de accidentes laborales, tensión muscular, fluctuación de la temperatura corporal, aumento del ritmo cardiaco y dolor de espalda.
Reacciones relacionales:	Insensibilidad, indiferencia, dificultad para paliar el sufrimiento y perdida de disfrute en las actividades de ocio.
Reacciones emocionales:	Apatía, ira, sensación de desesperanza, falta de motivación, estado de depresión, tristeza, compulsiones como comer beber y gastar en exceso.
Reacciones espirituales:	Falta de conciencia espiritual, desinterés por la introspección, juicios empobrecidos, disminuye el cuestionamiento y discernimiento de creencias espirituales.
Reacciones cognitivas:	Falta de concentración, desorganización, falta de atención, desinterés con el paciente, menor capacidad de concentración, sueños y pesadillas recurrentes.

Fuente: Campos-Vidal, J. F., Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. Elaboración propia.

Por otro lado, en tanto esto ocurre, también existe un beneficio al estar expuesto a estas situaciones; esta es la *satisfacción por compasión*, que hace referencia al sentimiento de recompensa, éxito y triunfo al apoyar a su paciente y también debe sumársele otra variable llamada *disengagement* que hace mención a destreza que tenga el trabajador de reconocer sus límites y responsabilidades lo que le permite mantener una distancia saludable y cuando no

existe un equilibrio entre ellas aparece la FC. Sin embargo, se comprobó que ambas variables pueden coexistir (Campos-Aguerre., 2016).

5.1.6 Fatiga por compasión según Stamm

En el año 2010 Stamm ofrece una nueva mirada a la teoría de la fatiga por compasión implementada por Figley, en esta mirada la satisfacción por compasión son todos los aspectos positivos que se obtienen al trabajar como funcionario del área de la salud o en profesiones que requieran prestar ayuda; y no solo eso si no el sentirse productivo y contribuir al bienestar organizacional, el tener unas adecuadas relaciones interpersonales. Por otro lado, la fatiga por compasión son todos los aspectos negativos que tiene este tipo de trabajo, entre los que está el burnout que hace referencia a el agotamiento, depresión y frustraciones; adicionalmente el estrés traumático secundario que hace referencia al sentimiento negativo que se produce por la empatía al ayudar a alguien que ha sufrido un trauma (Campos-Aguerre., 2016).

Esta autora propone como eje central a la satisfacción por compasión, ya que, si se cuenta con niveles altos de satisfacción por compasión, este funciona como un factor protector para los síntomas o aspectos negativos de la fatiga por compasión. Sin embargo, no se impide que la fatiga por compasión se desarrolle.

A modo de conclusión, en ocasiones la FC puede asociarse como una subcategoría del síndrome de burnout, sin embargo, esta no tiene que ver con factores laborales, se encuentra aún más relacionada con la empatía que los trabajadores experimentan al estar en contacto con sujetos que sufren y la sensación y sentimientos de logro que se obtienen al prestar sus servicios y apoyo a sus pacientes.

La FC se mide gracias a un cuestionario que fue desarrollado principalmente por Figley y Stamm en el año de 1995 en el que se evalúan tres ítems principales; *estrés traumático secundario, burnout y satisfacción de compasión*.

6. Marco contextual

6.1 Atención prehospitalaria

El contexto que se originó la necesidad de realizar este trabajo de grado fue en la atención prehospitalaria, el cual, su origen se remonta hacia el año 1800 donde el barón Jean Dominique Larrey perteneciente al ejército napoleónico concluyó que la atención y cuidado de los heridos en batalla de una manera oportuna daba una mayor sobrevida a estos; así mismo un rápido transporte hasta el sitio donde se le realizaba la atención y/o una intervención in situ lograba que los heridos tuvieran una recuperación oportuna y adecuada. A causa de lo anterior se instauraron hospitales de campaña y se creó un sistema de transporte que trasladaba a los heridos desde el campo de batalla hasta el hospital de campaña-primeras ambulancias- de la misma manera capacito al personal cuidador y transportador sobre los cuidados y el control de las hemorragias para los pacientes. Posteriormente por el año de 1864 en la convención de ginebra se crea la cruz roja internacional quien reconoció a los proveedores de salud proporcionándoles una posición, además de un código ético que orientaba la prestación de atención en salud de manera igualitaria sin importar en que bando se encuentre el afectado y proporcionándoles libre movilidad en los campos de batalla. (NAEMT, 2015).

En Colombia la atención prehospitalaria es relativamente de reciente aparición, se conoce que los equipos gubernamentales como defensa civil, cruz roja y bomberos son los que tradicionalmente han prestado estos servicios, la aparición de equipos independientes datan

desde la década de los ochentas donde comenzó a funcionar el primer sistema de atención prehospitalaria en Cali-GER- adscrito a la defensa civil, el cual contaba con coordinación médica vía radio de los médicos asistenciales del hospital universitario del valle-HUV- quienes contaban con amplia experiencia, además de dos ambulancias tripuladas por socorristas con énfasis en atención de accidentes de tránsito.

De acuerdo a la resolución 3100 de 2019 el ministerio de salud y la protección social define la atención prehospitalaria como:

El servicio de salud responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas en el ámbito extrahospitalario, encaminadas a prestar atención de urgencias a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta su traslado hacia un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Puede incluir acciones de apoyo al salvamento y rescate.

En Cali la atención prehospitalaria como prestador de servicios de salud se orienta al ámbito público y privado. En la estructura pública, se pueden encontrar alrededor de 5 servicios de ambulancias que se encuentran anclados a diferentes empresas y hospitales como es el caso bomberos, cruz roja y el CRUE¹ municipal. Estas ambulancias prestan el servicio de traslado de pacientes de hospital menor a mayor nivel de complejidad dentro y fuera del perímetro urbano, traslado a citas programadas, además de brindar apoyo a las emergencias y urgencias que se presentan en la ciudad. Por otro lado, en el espacio privado se cuenta con alrededor de 35

¹ Centro regulador de urgencias y emergencias

empresas o servicios de ambulancias; entre ellas están las que realizan traslado y atención domiciliaria a los pacientes que se encuentren afiliados a ellas, igualmente hay otras entidades que se dedican a brindar apoyo a los accidentes de tránsito ocurridos en la ciudad. La mayoría de estas compañías cuentan un talento humano compuesto por médicos generales, tecnólogos en atención pre hospitalaria, técnicos profesionales en atención pre hospitalaria, técnicos auxiliares de enfermería capacitados en soporte vital básico y avanzado, adicionalmente se cuenta con conductores que tienen énfasis en conducción de vehículos de emergencia y primeros auxilios, lo anterior de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 quien permite la habilitación de estos servicios.

6.2 Coronavirus (COVID- 19; SARS-CoV-2 2)

La pandemia debido al virus Sars-Cov2 o COVID 19 inicialmente fue detectada en diciembre de 2019 en el país de china debido a una serie de casos de neumonía que se trasmitían muy fácilmente y de ahí su rápida expansión y contagio. De manera inicial se pensó que la causa de este virus se atribuía a agentes virales del SARS (síndrome respiratorio agudo severo) y MERS (síndrome respiratorio del medio oriente), sin embargo, al analizar de manera microscópica el agente viral, los investigadores encontraron que se trataba de algo nuevo. Ese tipo de agente viral correspondía a la familia del coronavirus presente principalmente en la zoología (Castrillón y Montoya, 2020). No obstante, estos son trasmisibles a los humanos gracias a una relación y mutación genética, que una vez contagia al ser humano puede ocasionar síntomas que en primera instancia pueden confundirse con una gripe común y llegar hasta casos más severos que comprometen la vida.

El virus tiene un periodo de incubación de aproximadamente 1 a 14 días OMS (2020), además tiene una particularidad y es que su sintomatología puede ser tan leve o inexistente que el portador no la notara continuando con sus actividades cotidianas y facilitando así su transmisión de persona a persona durante dicho periodo. A su vez las múltiples celebraciones como el año nuevo chino y la gran fiesta familiar que se realizaron finalizando el año 2019 e iniciando el 2020 hizo que muchos turistas y personas visitaran el país, lo cual contribuyó a su rápida propagación. Los sistemas de salud de diversos países del mundo no se encontraban preparados para recibir un virus de tal magnitud con tal incidencia en la mortalidad de la población, no obstante, se debe tener en cuenta que con anterioridad se han presentado diversos virus que han generado un impacto importante en la economía y la sociedad global siendo comparado con la peste negra y la gripe española, en la cual los sistemas de salud han presentado un colapso debido a la falta de previsión, por tanto, la sociedad debe implementar medidas preventivas y educativas, además de apoyo por parte de los entes gubernamentales para así colaborar con el bien común de toda la población mundial. (Franco et al., 2020).

7. Método

7.1 Tipo de investigación

Este estudio se realizó con los lineamientos del enfoque tipo cuantitativa. Siguiendo a Hernández, et al., (2014) se clasifica como cuantitativa, porque el objetivo de esta investigación es medir, el cual pretende por medio de la recolección de datos probar hipótesis, establecer teorías o establecer pautas de comportamiento y analizar datos que implican la recolección y análisis de datos estadísticos.

7.2 Alcance

Esta investigación es de alcance descriptivo; que, de acuerdo con Hernández, Fernández, Baptista et al., (2014) “se clasifica como descriptiva porque la meta consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos” (p.91-92).

7.3 Diseño de investigación

El diseño es del tipo no experimental de corte transversal o transaccional pues se toma en un único momento o tiempo y cuyo propósito es la descripción de variables, analizar la incidencia y la interrelación en ese momento en el cual se recogieron los datos (Hernández, et al., 2014).

7.4 Fuente de información

La *población* estuvo conformada por hombres y mujeres profesionales en medicina y enfermería, tecnólogos en atención prehospitalaria y técnicos auxiliares de enfermería de la ciudad de Cali.

La *selección de la muestra* fue 136 participantes, es una muestra de tipo no probabilístico intencional de acuerdo con Hernández-Sampiere (2014) “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p.176).

Criterios de inclusión:

1. Ser médico, tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, auxiliares de enfermería.

2. Trabajar en alguna empresa que preste servicios de atención pre hospitalario y/o de traslado de pacientes.
3. La entidad para la cual trabajen los participantes debe encontrarse ubicada en la ciudad de Cali.

7.5 Instrumentos

Los instrumentos que fueron aplicados en esta investigación, fue el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, el cual, fue creado por Cristina Maslach en 1981 como resultado de múltiples entrevistas realizadas en su investigación y el *The Professional Quality of Life (ProQOL-IV)* el cual, fue acuñado por Beth Hudnall Stamm en 1995, como una herramienta de valoración para calcular el impacto del trabajo en la salud y el bienestar emocional del personal que laboran en campos relacionados con el cuidado de personas. Con dichas herramientas se pretendió obtener información del estado físico y psicológico del talento humano que desempeña labores en la atención en salud en el área prehospitalaria.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de 2 instrumentos que pretendían medir diferentes variables no cognitivas como intereses, opiniones o preferencias. Las respuestas no son buenas o malas, lo que se pretende demostrar es la conformidad o inconformidad de las personas mediante enunciados, la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos. A continuación, se realiza una breve descripción de cada uno de los instrumentos aplicados en esta investigación.

Instrumento 1: *El Maslach Burnout Inventory (MBI)*, es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, las tres dimensiones o escalas que definen el burnout que, según define la autora son: Agotamiento Emocional (AE),

Despersonalización (DP) y Realización Personal en el Trabajo (RPT). Los ítems se subdividen en tres escalas que son:

- **Escala de agotamiento emocional:** se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.
- **Escala de despersonalización:** Describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.
- **Escala de realización personal en el trabajo:** Representan sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Las tres escalas presentan una variable continua la cual es el agotamiento, las puntuaciones son *bajas* entre 1 y 33, *media* entre 34 y 66 y *alta* entre 67 y 99. Las puntuaciones *altas* son las que definen el síndrome.

Instrumento 2: La herramienta *The Professional Quality of Life (ProQOL-IV)* es un instrumento con 30 preguntas que utiliza una escala de 5 puntos (0 = nunca, 5 = siempre). Se debe considerar que las preguntas deben ser respondidas de acuerdo a la situación actual del participante de acuerdo a su experiencia profesional. El instrumento obtiene una puntuación compuesta y puntuaciones de 3 subescalas que incluyen la satisfacción compasión, burnout y fatiga de la compasión:

- **Satisfacción por compasión:** Recoge la satisfacción generada el en profesional por el hecho de hacer bien el trabajo.
- **Burnout:** Mide el agotamiento experimentado a través de la expresión de ideas y sentimientos negativos de desesperanza y despersonalización.

- **Estrés traumático secundario:** Mide los efectos de la exposición al trauma o situaciones estresantes por parte del profesional.

Su escala de medición es de tipo Likert de 5 puntos siendo: 0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre.

8. Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos del enfoque cuantitativo con el diseño tipo No experimental de corte transversal o transaccional pues se toma en un único momento o tiempo, donde se llevó a cabo las siguientes etapas:

- a. Formulación de la pregunta de investigación:** Se realizó una lluvia de ideas sobre los posibles temas a abordar, se tuvo en cuenta la psicología organizacional y los diferentes fenómenos que se presentan en los contextos laborales.
- b. Planteamiento y delimitación del problema:** Se planteó de una manera clara y precisa los diferentes rasgos de los temas que se abordaron; estos fueron el síndrome de burnout y la fatiga por compasión.
- c. Revisión de literatura y elaboración del marco teórico:** Se realizó revisión de diferentes bibliográficas en los sitios web de Google academia, *Scielo*, *Dialnet*, *frontiers of medicine* y *SCOPUS* haciendo referencia a los temas mencionados en el punto anterior.
- d. Visualización del alcance del estudio:** Este paso consistió en la verificación de los límites que tendría este apartado; quedando delimitado a las instituciones de la salud y su ambiente laboral; más específicamente aquellos lugares donde se desempeña la atención prehospitalaria.

- e. Elaboración de hipótesis y definición de variables:** De acuerdo a las referencias bibliográficas y artículos revisados se estable la hipótesis que en el área de alcance del estudio pueden experimentar los temas definidos en el planteamiento y delimitación del problema. Por otro lado, las variables se tomarán de acuerdo a la población que se elegirá.
- f. Desarrollo del diseño de investigación:** Se decidió que los fenómenos que iban a estudiarse en el ambiente laboral del área escogida no debían ser manipulados intencionalmente por tanto este sería no experimental; así mismo los datos se tomarían en un único momento cuya definición es transversal o transeccional.
- g. Definición y selección de la muestra:** Se definió la muestra teniendo en cuenta el género, profesión, área y lugar donde desempeñan sus labores, acorde con las características y propósitos de la investigación lo que la hace una muestra no probabilística.
- h. Recolección de datos:**
- **Elección de los instrumentos a aplicar:** Se realizó la búsqueda exhaustiva de los instrumentos de burnout y fatiga por compasión.
 - **Organización de los instrumentos para su aplicación en modalidad virtual:** Se realizó la digitalización de las preguntas en una aplicación para la creación de encuestas desde la plataforma Google forms, posterior a ello, se procedió a generar el link de acceso para enviar la encuesta a la población.
 - **Recolección de la información:** Se envió el link de acceso a la encuesta por medio de la red social WhatsApp.
 - **Tabulación de la información:** Después de la aplicación, se realizó la descarga de los mismos y se tabularon los datos en el programa ofimático Excel.

- **Codificación de la información:** Después de descargar los datos, se realizó el proceso de clasificación de los resultados correspondiente a cada inventario, en el cual, se separaron las respuestas de las escalas de burnout y fatiga por compasión. Posterior a ello, se realizó la codificación de los componentes que evalúan los instrumentos, entre los niveles: *alto medio* y *bajo* y las variables por género, edad, años de experiencia y área de desempeño para cada uno de los componentes con sus respectivos porcentajes.
- i. **Análisis de datos y reporte de resultados:** El tratamiento de datos se realizó mediante una distribución de frecuencias que hace referencia al orden que se le da a los datos recolectados y son presentados como una tabla (O’Leary, 2014 y Nicol, 2006 citado por Hernández, et al., 2014, p.282). El proceso de elaboración de graficas se realizó mediante programa ofimático Excel.

9. Aspectos éticos

Se encuentra alineada con las condiciones éticas determinadas en el artículo 11 de la Resolución 008439 de 1993 que hace referencia a la investigación con seres humanos garantizando así la dignidad de las personas. Dentro de estas condiciones se encuentra que el secreto profesional que es el que garantiza el anonimato de los participantes, además de la misma manera los participantes tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que les sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando se considere, también cuando lo crean necesario contarán con el derecho a la información con respecto a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización y una vez esta concluya; los resultados serán presentados por escrito a la universidad y es factible que haya la publicación de un artículo, sin tener una pretensión económica pues los fines son académicos y profesionales, por lo que la colaboración de los

participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Por otro lado, deberán firmar el consentimiento informado que debe contener: título, descripción, participación, condiciones éticas. Lo anterior, con el fin de certificar que los partícipes son informados acerca del proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos; participando así, de manera consciente, libre y voluntariamente en la investigación. Así mismo, el investigador se compromete a respetar la buena fe, la confidencialidad e intimidad con relación a la información brindada (ver Apéndice 2).

10. Aspectos legales de los riesgos laborales

De acuerdo a la resolución 2404 del 22 de julio de 2019 en la cual se establece que instrumentos de evaluación y guías se deben implementar para evaluar los diferentes riesgos psicosociales, así como donde deben ser aplicados (ámbito laboral), la periodicidad de su aplicación, las baterías elegidas para la evaluación y las guías de análisis.

En la resolución mencionan que con respecto a la ley 1616 de 2013 cobró una gran importancia para las administradoras de riesgos profesionales (ARL) la promoción y prevención de la salud mental dentro del ámbito laboral por medio de estrategias, actividades, servicios y programas (Arango, 2019) y posteriormente según la resolución 2646 de 2008 que fue expedida por el ministerio de la protección social se definió y estudio que existen diferentes factores de riesgo psicosocial en el trabajo y que estos deben ser evaluados, intervenidos y monitorizados para el bienestar de los trabajadores; desde esa perspectiva el ministerio de la protección social realizó diferentes estudios para el diseño de diferentes instrumentos que les permitieran evaluar estos riesgos y posteriormente el ministerio de trabajo delineó diferentes protocolos de

intervención entre los cuales se encuentran protocolos específicos para el agotamiento laboral, estrés, depresión y *burnout*. Aunque para la fatiga por compasión no cuenta con un protocolo determinado podría inferirse que esta debería ser tratada de la misma manera que el síndrome de *burnout*.

11. Resultados

A partir de la recolección de los datos, a través de la aplicación de los instrumentos: *Maslach Burnout Inventory (MBI)*; *The Professional Quality of Life (ProQOL-IV)*, se procedió al tratamiento de datos que se realizó mediante “una distribución de frecuencias que hace referencia al orden que se les da a los datos recolectados y son presentados como una tabla” (Leary, 2014 y Nicol, 2006 citado por Hernández, et al., 2014, p.282).

Tabla 4. Datos sociodemográficos participantes masculinos

<i>Características sociodemográficas de los participantes masculinos</i>										
Sitio de Trabajo	Empresas de Ambulancias				Clínicas, IPS o EAPB				Total <i>n</i>	Total %
Área de Desempeño	Otra área de desempeño		Traslado de pacientes		Otra área de desempeño		Traslado de pacientes			
Intervalo de edad/Años de experiencia Laboral	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
20 a 30 Años	1	1%	9	11%	2	3%	1	1%	13	16%
De 1 a 5 años de experiencia	1	1%	8	10%	1	1%	0	0%	10	13%
De 6 a 10 años de experiencia	0	0%	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%
31 a 40 Años	2	3%	39	49%	2	3%	0	0%	43	54%
De 1 a 5 años de experiencia	0	0%	11	14%	0	0%	0	0%	11	14%
De 6 a 10 años de experiencia	1	1%	9	11%	1	1%	0	0%	11	14%
Mayor a 10 años de experiencia	1	1%	19	24%	1	1%	0	0%	21	26%
41 a 50 Años	1	1%	13	16%	3	4%	0	0%	17	21%
De 1 a 5 años de experiencia	0	0%	4	5%	1	1%	0	0%	5	6%
De 6 a 10 años de experiencia	0	0%	4	5%	0	0%	0	0%	4	5%
Mayor a 10 años de experiencia	1	1%	5	6%	2	3%	0	0%	8	10%
50 a 65 Años	0	0%	7	9%	0	0%	0	0%	7	9%
De 1 a 5 años de experiencia	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
De 6 a 10 años de experiencia	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Mayor a 10 años de experiencia	0	0%	5	6%	0	0%	0	0%	5	6%
Total general	4	5%	68	85%	7	9%	1	1%	80	100%

Fuente: Elaboración propia.

De 136 participantes, predominó el género masculino con 80 hombres lo que constituyó el 59% de la muestra total; 31 de ellos tiene como profesión auxiliar en enfermería, 20 de ellos tienen entrenamiento como conductores de vehículos de emergencia, 17 son técnicos o tecnólogos en APH² y 12 médicos. En este género el rango de edad preponderante fue el

² APH son las siglas que abrevian atención prehospitalaria.

intervalo de 31 a 40 años con 43 hombres; 41 de ellos se encuentran actualmente laborando en empresas de ambulancias y los 2 restantes en clínicas, IPS³ o EAPB⁴, los años de experiencia en este rango de edad está por encima de los 10 años pues es representado por, seguido de 11 con experiencia entre 6 a 10 años y los 11 restantes se encuentran entre 1 y 5 años; por lo que concierne al área en la cual desempeñan sus labores, 39 de ellos realizan el traslado de pacientes y 4 de ellos se realizan labores administrativas.

En segundo lugar, se encuentra el intervalo de edad entre 41 a 50 años representado por 17 hombres; de los cuales 14 se encuentran laborando en ambulancias, los 3 restantes en clínicas, IPS o EAPB, en cuanto a su experiencia laboral, 8 de ellos cuenta con más de 10 años de experiencia seguido de 5 que se encuentran en el rango de 1 a 5 años y 4 entre 6 a 10 años. En tercer lugar, tenemos a 13 participantes en el intervalo de 20 a 30 años de edad; de los cuales 10 están laborando en ambulancias y 3 en clínicas, IPS o EAPB; 10 de ellos tienen experiencia entre 1 a 5 años, los tres restantes de 6 a 10 años, 10 de los participantes se desempeñan en el área de traslado de pacientes, dejando como restantes 3 que desempeñan labores de tipo administrativo.

Por último, tenemos el intervalo de edad de 50 a 65 representado por 7 participantes, todos laboran actualmente en ambulancias, 5 de ellos cuentan con más de 10 años de experiencia y los 2 restantes entre 6 a 10 años de experiencia.

Tabla 5. Datos sociodemográficos participantes femenino

<i>Características sociodemográficas de los participantes femeninos</i>

³ IPS son las siglas que abrevian institución prestadora de servicios de salud.

⁴ EAPB son las siglas que abrevian entidades administradoras de planes de beneficios, lo que anteriormente se llamaba EPS empresa promotora de salud.

Sitio de Trabajo	Empresas de Ambulancias				Clínicas, IPS o EAPB				Total <i>n</i>	Total %
	Otra área de desempeño		Traslado de pacientes		Otra área de desempeño		Traslado de pacientes			
Intervalo de edad/Años de experiencia Laboral	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
20 a 30 Años	11	20%	9	16%	8	14%	0	0%	28	50%
De 1 a 5 años de experiencia	7	13%	5	9%	5	9%	0	0%	17	30%
De 6 a 10 años de experiencia	3	5%	4	7%	3	5%	0	0%	10	18%
Mayor a 10 años de experiencia	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
31 a 40 Años	4	7%	11	20%	8	14%	1	2%	24	43%
De 1 a 5 años de experiencia	0	0%	4	7%	1	2%	1	2%	6	11%
De 6 a 10 años de experiencia	1	2%	3	5%	5	9%	0	0%	9	16%
Mayor a 10 años de experiencia	3	5%	4	7%	2	4%	0	0%	9	16%
41 a 50 Años	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	2	4%
De 1 a 5 años de experiencia	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
Mayor a 10 años de experiencia	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
50 a 65 Años	0	0%	0	0%	2	4%	0	0%	2	4%
Mayor a 10 años de experiencia	0	0%	0	0%	2	4%	0	0%	2	4%
Total general	16	29%	20	36%	19	34%	1	2%	56	100%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al género femenino, 56 de los participantes representa este género dejando el 41% restante de la muestra; 24 son auxiliares de enfermería, 13 enfermeras profesionales, 12 tecnólogas en APH y 7 médicos. El rango de edad que predomina en este género es el intervalo de 20 a 30 años de edad; teniendo 28 participantes de las cuales 20 laboran en ambulancias y los 8 restantes en clínicas, IPS o EAPB, con respecto a los años de experiencia 17 de ella cuenta con 1 a 5 años, 10 de 6 a 10 años y 1 de ellas con más de 10 años. 19 de ellas se desempeña en el área administrativa dejando 9 de ellas en el traslado de pacientes.

El siguiente intervalo de edad es el de 31 a 40 años cuya muestra es de 24 participantes, de las que 15 están laborando en ambulancias y 9 en clínicas, IPS o EAPB. Sus años de experiencia están por encima de los 6 años, ya que de 18 participantes 9 tienen más de 10 años y los 9 restantes tienen entre 6 a 10 años de experiencia, lo que deja a los 6 restantes entre 1 a 5 años de trayectoria laboral.

En tercer y cuarto lugar, se encuentra el lapso entre 41 a 50 y 50 a 65 años teniendo 2 participantes en cada rango de edad, 1 de ellas aún se encuentra trabajando en ambulancias desempeñándose en el área administrativa, en tanto 3 de ellas se encuentran desempeñándose en áreas administrativas en clínicas, IPS o EAPB; por lo referente a la experiencia laboral de las 4 participantes 2 tienen más de 10 años, 1 se encuentra en el lapso de 6 a 10 y finaliza 1 con 1 a 5 años de experiencia.

11.1 Componentes del síndrome de burnout en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.

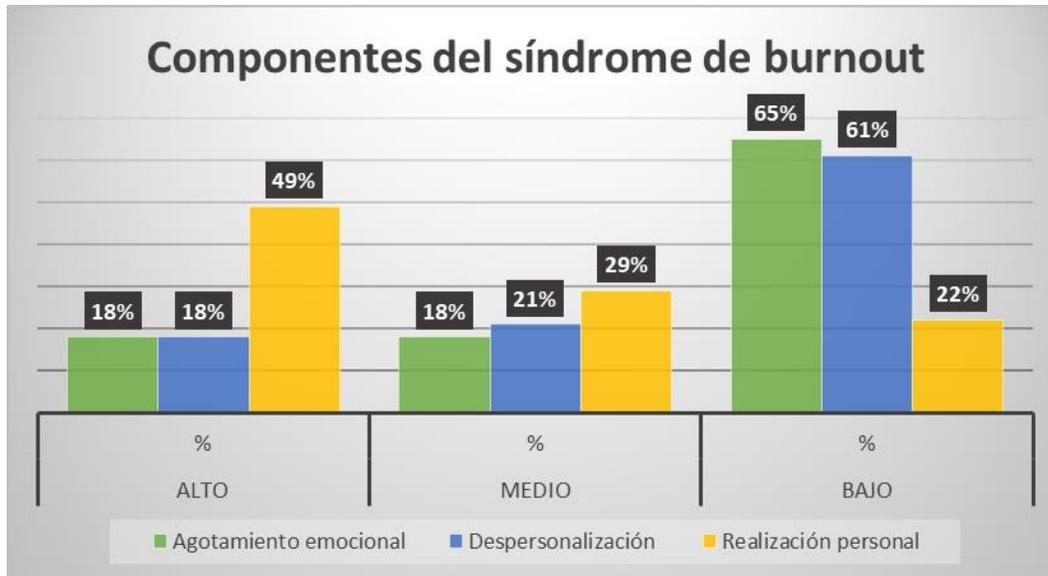
Los componentes del síndrome de burnout que se tuvieron en cuenta en esta indagación, fueron los siguientes: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal.

Tabla 6. Componentes del síndrome de burnout

Componentes del síndrome de burnout								
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Agotamiento emocional	24	18%	24	18%	88	65%	136	100%
Despersonalización	25	18%	28	21%	83	61%	136	100%
Realización personal	67	49%	39	29%	30	22%	136	100%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*. Elaboración propia del autor

Gráfico 1. Componentes del síndrome de burnout



Elaboración propia de la autora

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico: identificar los componentes del síndrome de burnout en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encuentra en situación de pandemia, se encontró que, con respecto al componente de *agotamiento emocional*, de los 136 participantes, el 65% reporto un nivel bajo, en los niveles medio y alto está el 18% de la población. Así mismo por lo que respecta al componente de *despersonalización* se halló que el 61% tiene un nivel bajo, mientras que el 21% y 18% están en un nivel medio y alto respectivamente. En lo que respecta al componente de *realización personal* se observa que un 49% muestra una realización personal alta, mientras que el 29% presenta un nivel medio y por último se tiene que el 22% tiene un nivel bajo, estos resultados indican que ellos no se perciben con agotamiento emocional ni despersonalización, pero si se sienten con realización personal en el cumplimiento de sus funciones laborales.

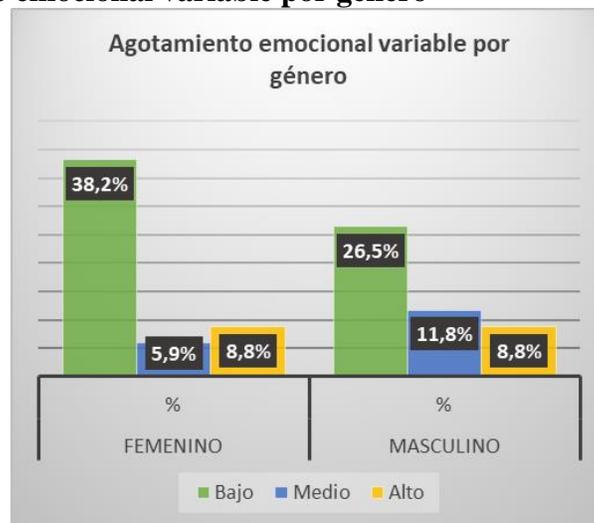
Componente agotamiento emocional

Tabla 7. Agotamiento emocional por género

Agotamiento emocional variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
Bajo	52	38,2%	36	26,5%
Medio	8	5,9%	16	11,8%
Alto	12	8,8%	12	8,8%
Totales	72	52,9%	64	47,1%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 2. Agotamiento emocional variable por género



Elaboración propia del autor

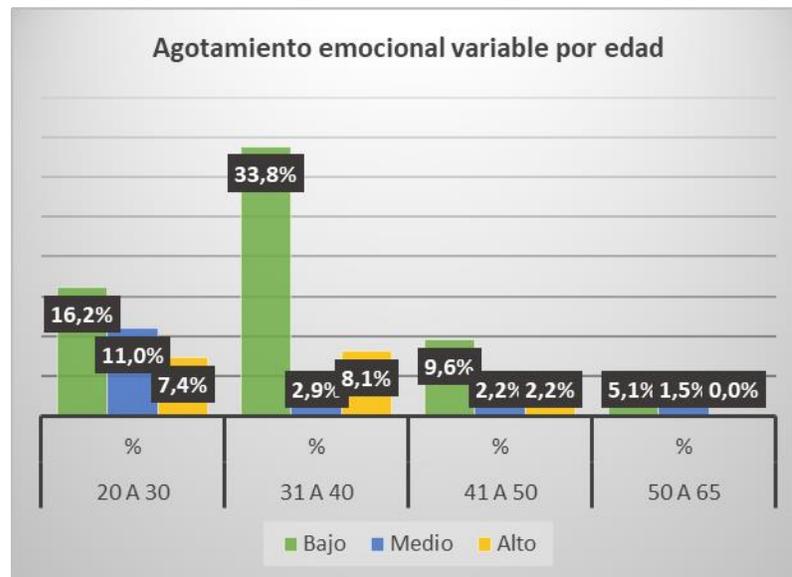
Por lo que se refiere al componente de *agotamiento emocional* referente al género se encontró que el 58,8% es femenina y el 41,2% es masculino; se debe agregar que el 38,2% fue el mayor porcentaje encontrado es el femenino en un nivel de agotamiento emocional bajo, mientras que el menor porcentaje encontrado corresponde al masculino con un 5,9% en el nivel de agotamiento emocional medio.

Tabla 8. Agotamiento emocional por edad

Agotamiento emocional variable por edad								
Niveles	20 a 30		31 a 40		41 a 50		50 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	22	16,2%	46	33,8%	13	9,6%	7	5,1%
Medio	15	11,0%	4	2,9%	3	2,2%	2	1,5%
Alto	10	7,4%	11	8,1%	3	2,2%	0	0,0%
Totales	47	34,6%	61	44,9%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 3. Agotamiento emocional variable por edad



Elaboración propia del autor

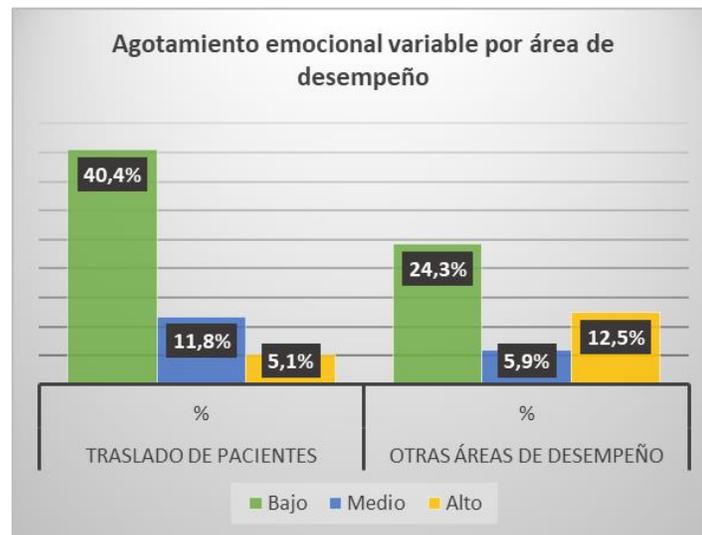
Se consideró también la edad dentro del agotamiento emocional y se pudo ver que el rango de edad entre los 31 y 40 años con un agotamiento emocional bajo tiene el máximo porcentaje 33,8%. Ahora bien, se acertó con que el rango de edad de 50 a 65 tuvo un menor agotamiento emocional dentro del nivel alto 0,0%. No obstante, se puede evidenciar que los participantes de 31 a 40, prevalece el agotamiento emocional con un 8,1%, siendo el porcentaje predominante en el nivel alto.

Tabla 9. Agotamiento emocional variable por área de desempeño

Agotamiento emocional variable por área de desempeño				
Niveles	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	f	%	f	%
Bajo	55	40,4%	33	24,3%
Medio	16	11,8%	8	5,9%
Alto	7	5,1%	17	12,5%
Totales	78	57,4%	58	42,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 4. Agotamiento emocional variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

Por otro lado, se consideró el área de desempeño en el agotamiento emocional, encontrando que 40,4% se desempeña en el área de traslado de pacientes y se encuentra en un nivel de *agotamiento emocional bajo*, siendo este el mayor porcentaje dentro de esta variable; de igual manera se encontró el menor porcentaje en el área de traslado de pacientes con un 5,1% *alto*. Sin embargo, se puede inferir que los participantes que se encuentran en otras áreas de desempeño, tienen predominancia a presentar agotamiento emocional, con un 12,5 % siendo preponderante en el nivel *alto*.

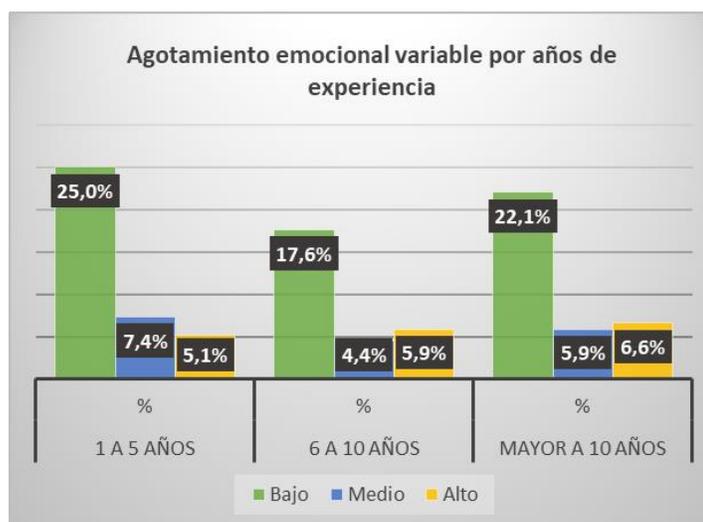
Tabla 10. Agotamiento emocional por años de experiencia

Agotamiento emocional variable por años de experiencia						
Niveles	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	34	25,0%	24	17,6%	30	22,1%
Medio	10	7,4%	6	4,4%	8	5,9%
Alto	7	5,1%	8	5,9%	9	6,6%
Totales	51	37,5%	38	27,9%	47	34,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*

Elaboración propia del autor

Gráfico 5. Agotamiento emocional variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

Por lo que respecta a los años de experiencia se halló que el 25% de los participantes que se encontraban en el rango de 1 a 5 años de experiencia se encuentran en *un nivel de agotamiento emocional bajo* siendo este el mayor porcentaje encontrado, de igual manera en el rango de 1 a 5 se presentó también el menor porcentaje con un 5,1%. No obstante, se puede evidenciar que los participantes con mayor de 10 años de experiencia, tienen mayor predominancia a presentar agotamiento emocional con un porcentaje *alto* de 6,6% a comparación al resto de la población.

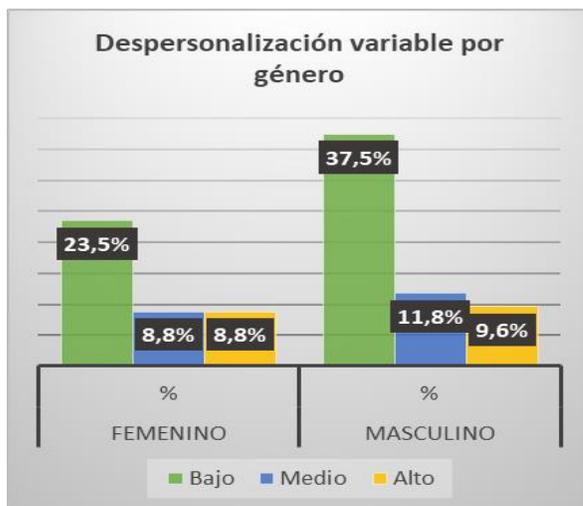
Componente despersonalización

Tabla 11. *Despersonalización por género*

Despersonalización variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
Bajo	32	23,5%	51	37,5%
Medio	12	8,8%	16	11,8%
Alto	12	8,8%	13	9,6%
Totales	56	41,2%	80	58,8%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 6. *Despersonalización variable por género*



Elaboración propia del autor

A continuación, el componente de despersonalización, el cual, mostro que el 37,5% de la población es de género masculino y se encuentra en un *nivel bajo de despersonalización* siendo ese el máximo porcentaje; por otro lado, se pudo ver que en el *nivel medio y alto de despersonalización* se encuentra el género femenino con un 8,8% respectivamente, siendo estos

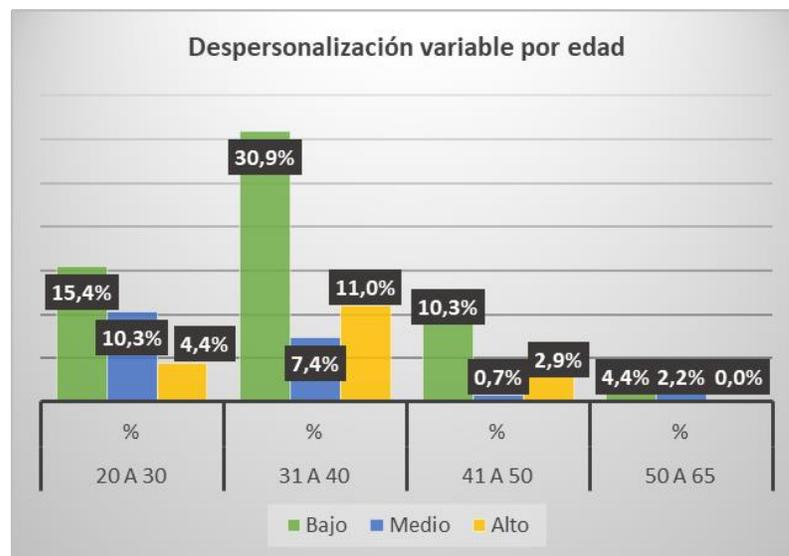
los porcentajes más bajos dentro de la tabla. Sin embargo, se evidencia que el género masculino tiene mayor predominancia a presentar despersonalización, con un porcentaje de 9,6% siendo *alto* a comparación de las participantes femeninas.

Tabla 12. Despersonalización por edad

Despersonalización variable por edad								
Niveles	20 a 30		31 a 40		41 a 50		50 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	21	15,4%	42	30,9%	14	10,3%	6	4,4%
Medio	14	10,3%	10	7,4%	1	0,7%	3	2,2%
Alto	6	4,4%	15	11,0%	4	2,9%	0	0,0%
Totales	41	30,1%	67	49,3%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 7. Despersonalización variable por edad



Elaboración propia del autor

Por lo que refiere a la variable de edad dentro del componente de despersonalización se halló que el 30,9% de la población se encuentra en el rango de edad 31 a 40 años en un *nivel bajo*, mientras que el rango de edad de 50 a 65 años tiene el porcentaje *más bajo* con un 0,0%. No obstante, se evidencia que las personas entre 31 a 40 años, tienen mayor predominancia a la

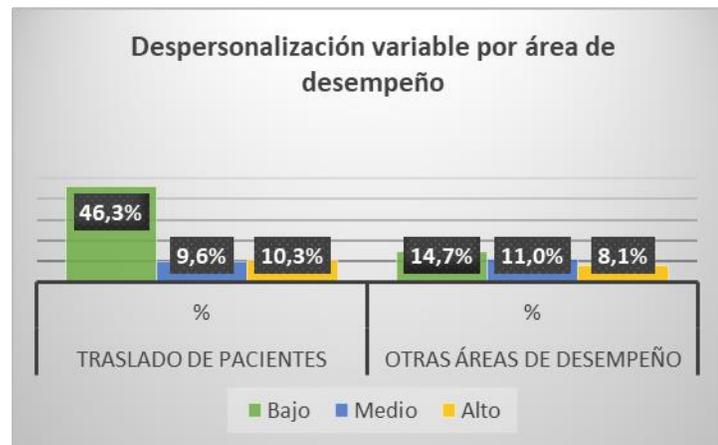
despersonalización con un porcentaje de 11,0% en el nivel alto en comparación a los participantes de las otras edades.

Tabla 13. Despersonalización por área de desempeño

Despersonalización variable por área de desempeño				
Niveles	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	f	%	f	%
Bajo	63	46,3%	20	14,7%
Medio	13	9,6%	15	11,0%
Alto	14	10,3%	11	8,1%
Totales	90	66,2%	46	33,8%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 8. Despersonalización variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

Dentro de este componente también se pudo observar que el 46,3% de la muestra se encuentra en el área que corresponde al traslado de pacientes mostrando una despersonalización en nivel bajo, ahora bien, dentro de las otras áreas de desempeño se tiene el porcentaje más bajo, un 8,1% en el nivel alto de despersonalización. No obstante, se puede evidenciar, que las personas que laboran en el área de traslado de pacientes presentan predominancia con un

porcentaje de 10,3% de nivel alto en este componente a diferencia de los que se desempeñan en otras áreas.

Tabla 14. Despersonalización por años de experiencia

Despersonalización variable por años de experiencia						
Niveles	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	32	23,5%	24	17,6%	27	19,9%
Medio	13	9,6%	6	4,4%	9	6,6%
Alto	6	4,4%	8	5,9%	11	8,1%
Totales	51	37,5%	38	27,9%	47	34,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 9. Despersonalización variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

De manera semejante se tomaron los años de experiencia a la población y se encontró que un *nivel bajo de despersonalización* en los años de experiencia entre 1 y 5 años con un porcentaje de 23,5%. Por otro lado, se observó que en el *nivel medio y alto de despersonalización* se encuentran los porcentajes más bajos con un 4,4% respectivamente. No obstante, se evidencia que los participantes que tienen mayor de 10 años de experiencia,

presentan predominio en el componente en mención con un porcentaje alto de 8,1%, en comparación al resto de la población.

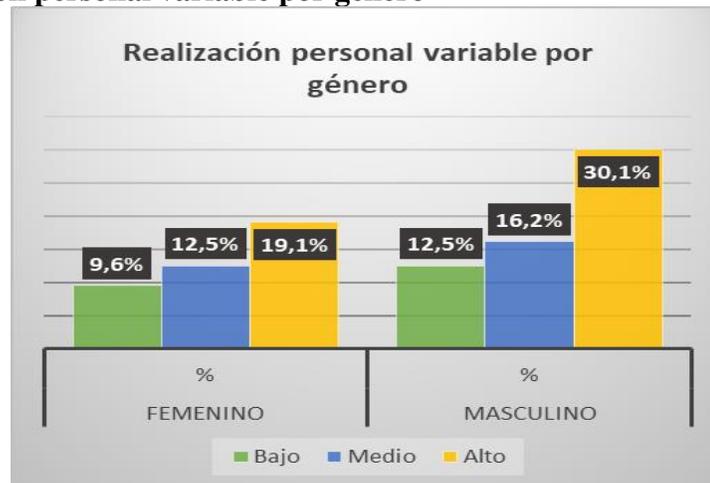
Componente de realización personal

Tabla 15. Realización personal por género

Realización personal variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
Bajo	13	9,6%	17	12,5%
Medio	17	12,5%	22	16,2%
Alto	26	19,1%	41	30,1%
Totales	56	41,2%	80	58,8%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslach (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 10. Realización personal variable por género



Elaboración propia del autor

Con respecto al componente de realización personal se encontraron los siguientes resultados teniendo en cuenta las mismas variables utilizadas: Se halló que el 30.1% de la población se encuentra en una *realización personal alta* y corresponde al género masculino, contrastando lo anterior se descubrió que el 9,6% corresponde al género femenino y tiene una *realización personal baja*. Ante este componente, se puede evidenciar que tanto el género

masculino y femenino se perciben en niveles altos, el cual predomina ante este componente en comparación a los porcentajes de los otros niveles.

Tabla 16. Realización personal por edad

Realización personal variable por edad								
Niveles	20 a 30		31 a 40		41 a 50		50 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	11	8,1%	16	11,8%	3	2,2%	0	0,0%
Medio	14	10,3%	18	13,2%	4	2,9%	3	2,2%
Alto	16	11,8%	33	24,3%	12	8,8%	6	4,4%
Totales	41	30,1%	67	49,3%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*

Elaboración propia del autor

Gráfico 11. Realización personal variable por edad



Elaboración propia del autor

Teniendo en cuenta la edad en este tercer componente, se encontró que el 24,3% con una *realización personal alta* se encuentra la población entre los 31 a 40 años de edad, por otro lado, con un *nivel bajo de realización personal* las edades entre los 41 a 50 años y las edades entre los 51 a 65 años con un *nivel de realización personal medio*, ambos representados con el 2,2% de la población total. No obstante, a pesar de que los participantes entre 31 a 40 años presentan niveles

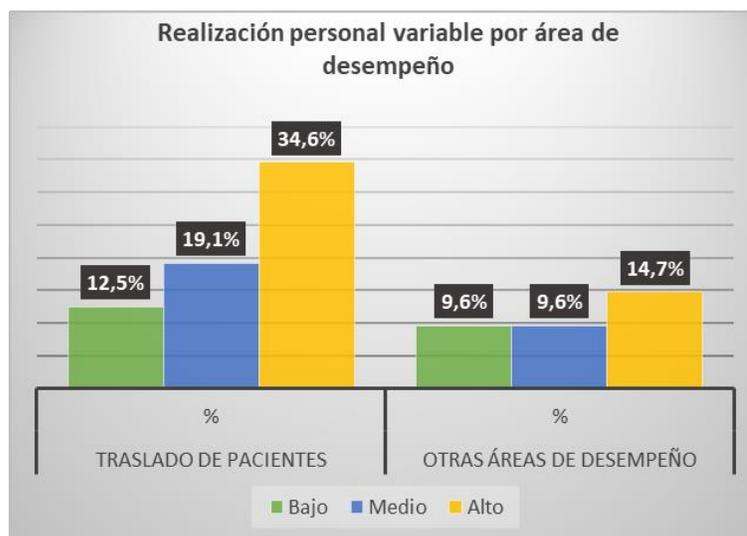
más altos ante este componente, también es la población con niveles bajos de 11,8%, dentro de toda la tabla.

Tabla 17. Realización personal por área de desempeño

Realización personal variable por área de desempeño				
Niveles	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	17	12,5%	13	9,6%
Medio	26	19,1%	13	9,6%
Alto	47	34,6%	20	14,7%
Totales	90	66,2%	46	33,8%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 12. Realización personal variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

Por lo que respecta a la variable de área de desempeño se detectó que el mayor porcentaje se encuentra en el área de traslado de pacientes con un 34,6% de *realización personal alta*. Los dos porcentajes más bajos se encuentran en otras áreas de desempeño con un 9,6% y una *realización personal baja y media* respectivamente. Esto nos muestra, que las personas que

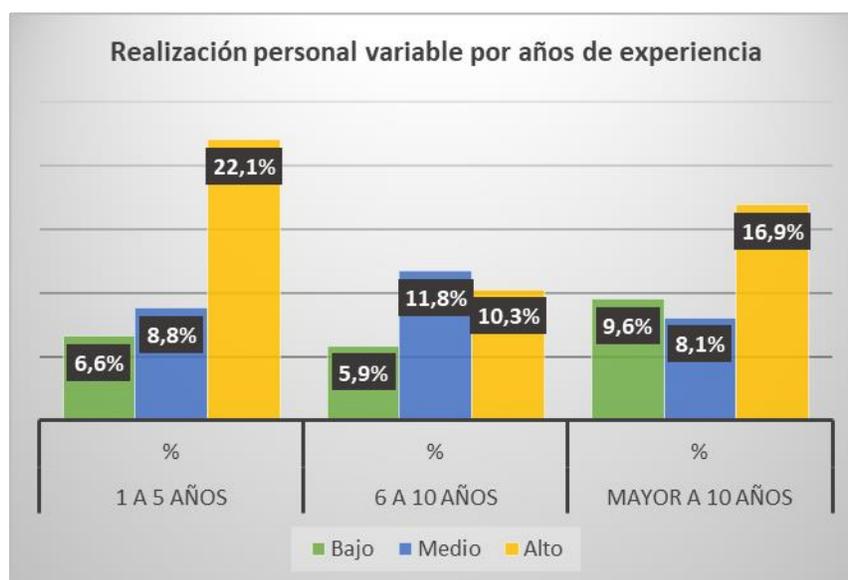
laboran en el área de traslado de pacientes suelen sentir satisfacción en su sitio de trabajo y las funciones que desempeñan.

Tabla 18. Realización personal variable por años de experiencia

Realización personal variable por años de experiencia						
Niveles	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	9	6,6%	8	5,9%	13	9,6%
Medio	12	8,8%	16	11,8%	11	8,1%
Alto	30	22,1%	14	10,3%	23	16,9%
Totales	51	37,5%	38	27,9%	47	34,6%

Fuente: *Inventario multidimensional de Maslash (MBI)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 13. Realización personal variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

En la variable por años de experiencia se halló que entre 1 y 5 años de experiencia tiene el porcentaje más *alto* con un 22,1% dentro del componente de realización personal, contrastando con el porcentaje más *bajo* que es el 5,9% y hace parte en la población de 6 a 10 años. Con estos

resultados, se puede evidenciar que ante menor experiencia laboral mayor satisfacción en el área profesional.

Llegados a este punto se puede inferir que de acuerdo a los resultados obtenidos se tiene que en dos de los componentes del síndrome de burnout predominan los *niveles bajos* pues se halló que en *agotamiento emocional* y *despersonalización* el género femenino tiene un porcentaje del 38,2% y 23,5%; de la misma manera el género masculino con un 26,5% y 37,5% por cada componente antes mencionado. Sin embargo, en el tercer componente que es *realización personal* se tiene predominancia de los *niveles altos* tanto en el femenino como en el masculino con un 19,1% y 30,1% respectivamente.

11.2 Síntomas de fatiga por compasión que presentan los funcionarios de una entidad que realiza traslado de pacientes y atención prehospitalaria de la ciudad de Cali que se encontraba en situación de pandemia por COVID-19.

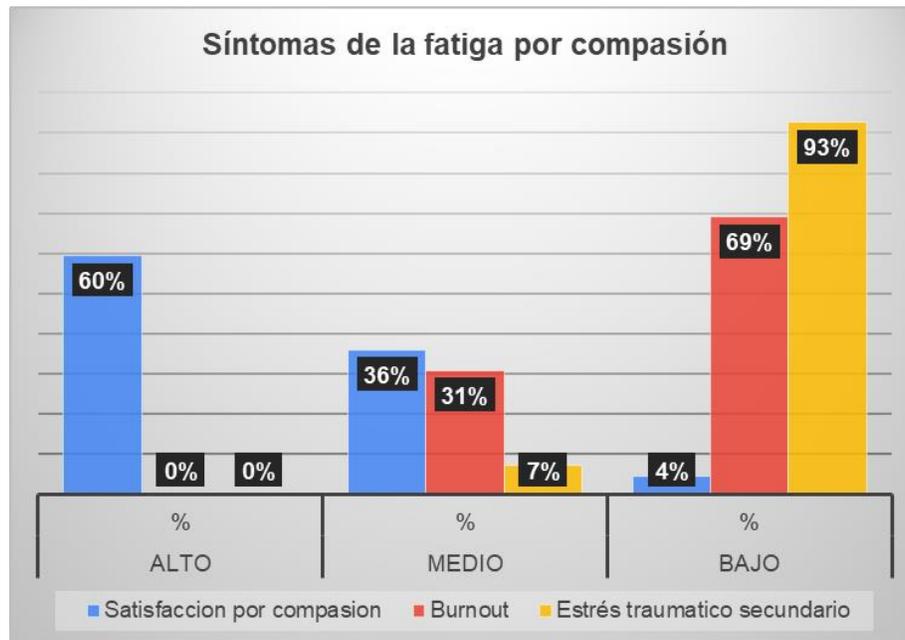
Los síntomas de fatiga por compasión que se tuvieron en cuenta en esta investigación, fueron los siguientes: satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario.

Tabla 19. Síntomas de fatiga por compasión

Síntomas de la fatiga por compasión								
Niveles	Alto		Medio		Bajo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Satisfacción por compasión	81	60%	49	36%	6	4%	136	100%
Burnout	0	0%	42	31%	94	69%	136	100%
Estrés traumático secundario	0	0%	10	7%	126	93%	136	100%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 14. Síntomas de fatiga por compasión



Elaboración propia del autor

Con respecto al segundo objetivo específico que nos atañe que consiste en la descripción de los síntomas que presentan los funcionarios de una entidad de traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali, el cual se encontraba en situación de pandemia por COVID-19. Basado en los resultados, se encontró que de los 136 participantes presentaron un nivel *alto* de *satisfacción por compasión* que hace referencia a la complacencia que les genera el ayudar a las personas, este se presenta en un 60%.

Por otro lado, podemos identificar que un 69% y un 93% mostraron niveles bajos tanto en *burnout* como en *estrés traumático* secundario; se debe resaltar, además, que en los componentes anteriormente mencionados tenemos un 0% en los niveles altos, el cual, esto nos indica que tal parece los participantes no presentaron síntomas de burnout ni estrés traumático secundario en tiempo de pandemia.

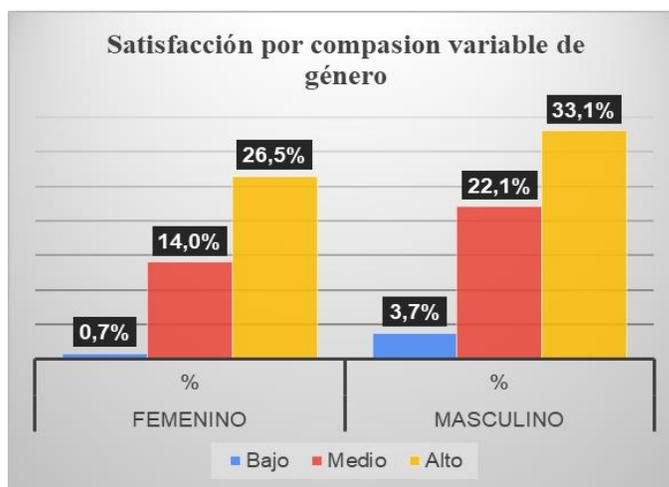
Síntoma de satisfacción por compasión

Tabla 20. Satisfacción por compasión variable por género

Satisfacción variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
Bajo	1	0,7%	5	3,7%
Medio	19	14,0%	30	22,1%
Alto	36	26,5%	45	33,1%
Totales	56	41,2%	80	58,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 15. Satisfacción por compasión variable por género



Elaboración propia del autor

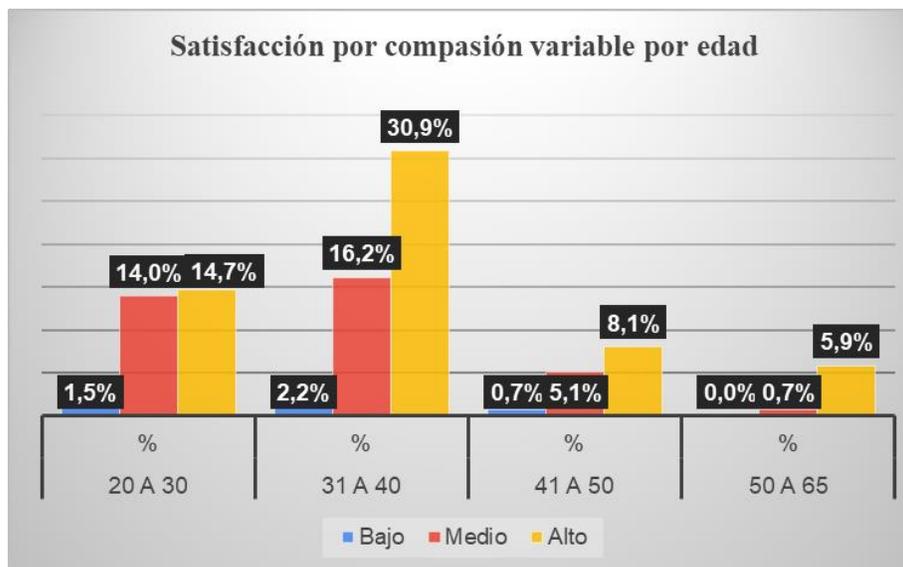
Por lo que respecta al síntoma que evalúa la satisfacción por compasión se halló que el 33,1% que corresponde al género masculino se encontraba satisfecho por lo que respecta al agrado por ayudar y brindar cuidados a las personas que lo requieren al igual que las participantes femeninas con un 26,5%. Lo anterior contrasta con el 3,7 y 0,7% de los participantes tanto femenino como masculino, quienes tienen revelan un nivel bajo de satisfacción, es decir, que en su mayoría se sienten complacidos.

Tabla 21. Satisfacción por compasión variable por edad

Satisfacción por compasión variable por edad								
	20 a 30		31 a 40		41 a 50		50 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	2	1,5%	3	2,2%	1	0,7%	0	0,0%
Medio	19	14,0%	22	16,2%	7	5,1%	1	0,7%
Alto	20	14,7%	42	30,9%	11	8,1%	8	5,9%
Totales	41	30,1%	67	49,3%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 16. Satisfacción por compasión variable por edad



Elaboración propia del autor

Por otro lado, considerando la edad de cada uno de los integrantes se observó que un 30,9% en el rango entre los 31 y 40 años, tiene un *nivel alto de satisfacción por compasión*, en contraste con 0,7 % el cual es el porcentaje más bajo que se presentó en la población correspondiente a los rangos de edad entre 41 a 50 y 50 a 65 años. Es decir, que tal parece que la población joven tiene tendencia a sentir mayor complacencia a diferencia del adulto mayor, el

cual, puede influir que en tiempo de pandemia podría predominar el miedo al contagio por COVID 19 en población en adultez mayor.

Tabla 22. Satisfacción por compasión variable por área de desempeño

Satisfacción variable por área de desempeño				
	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	3	2,2%	3	2,2%
Medio	30	22,1%	19	14,0%
Alto	57	41,9%	24	17,6%
Totales	90	66,2%	46	33,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 17. Satisfacción por compasión variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

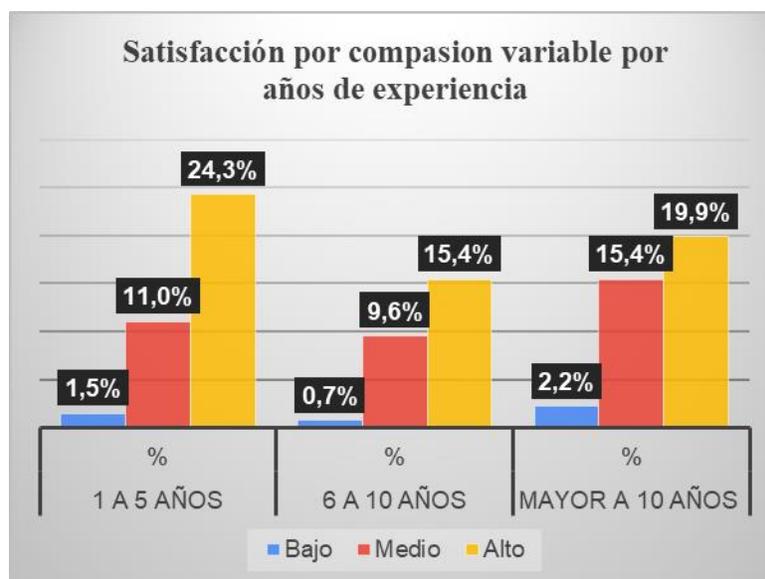
Dentro la variable *por área de desempeño* se pudo mostrar que el 41,9% corresponde al traslado de pacientes teniendo un *nivel de satisfacción alto*. De la misma manera se pudo hallar que tanto en el traslado paciente como en otra área de desempeño se tiene el menor porcentaje con un 2,2% en ambas.

Tabla 23. Satisfacción por compasión, variable por años de experiencia

Satisfacción por compasión variable por años de experiencia						
	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	2	1,5%	1	0,7%	3	2,2%
Medio	15	11,0%	13	9,6%	21	15,4%
Alto	33	24,3%	21	15,4%	27	19,9%
Totales	50	36,8%	35	25,7%	51	37,5%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 18. Satisfacción por compasión variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

Acerca de la variable años de experiencia dentro del *síntoma de satisfacción por compasión* se obtuvo que en el periodo comprendido de 1 a 5 años se presenta un alto nivel de satisfacción que corresponde al 24,3% siendo este el mayor porcentaje dentro de dicha variable, en contraste con el 0,7% que es el valor más bajo y corresponde a los 6 a 10 años de experiencia. Esto nos indica, que tal parece a menores años de experiencia mayor niveles de satisfacción.

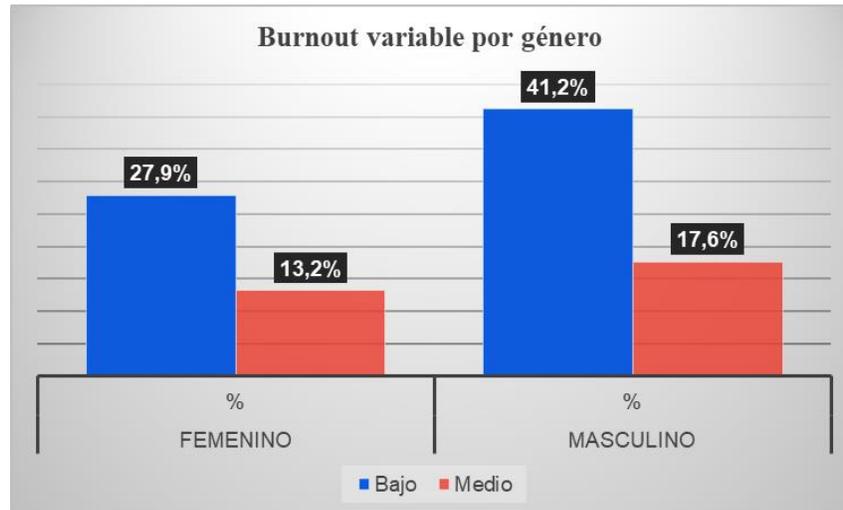
Síntoma de burnout

Tabla 24. *Burnout variable por género*

Burnout variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	38	27,9%	56	41,2%
Medio	18	13,2%	24	17,6%
Totales	56	41,2%	80	58,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 19. *Burnout variable por género*



Elaboración propia del autor

Por lo que respecta a esta variable se pudo encontrar que respuestas en nivel alto no se tuvieron, por lo que solo se encontró niveles bajos y medios, por lo que se refiere a los porcentajes encontramos que el 41,2% es la mayor cuantía; corresponde al género masculino y presento niveles de burnout bajos, y el porcentaje más bajo lo presentaron las mujeres con un 13,2% señalando que tienen un nivel medio en este componente.

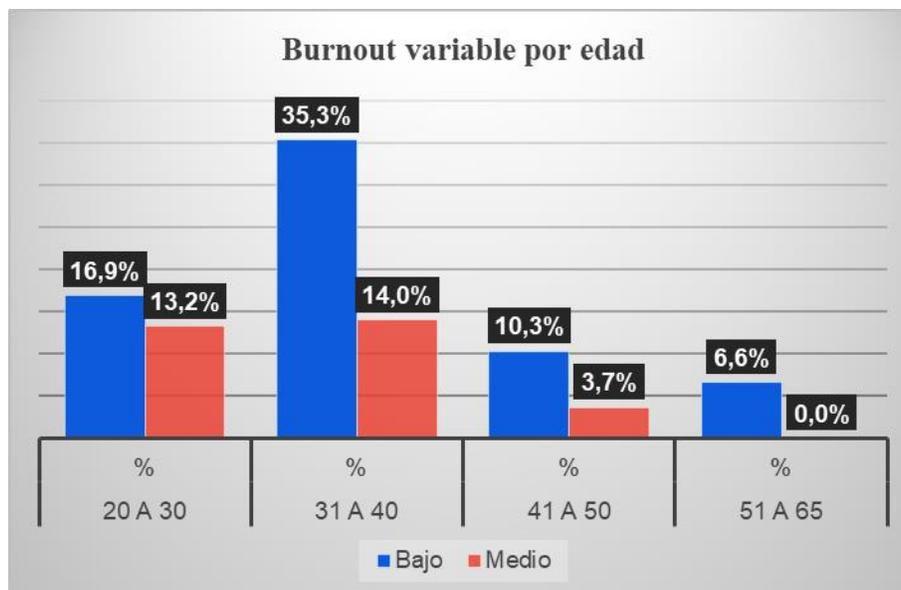
Tabla 25. Burnout variable por edad

Burnout variable por edad								
Niveles	20 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	23	16,9%	48	35,3%	14	10,3%	9	6,6%
Medio	18	13,2%	19	14,0%	5	3,7%	0	0,0%
Totales	41	30,1%	67	49,3%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*

Elaboración propia del autor

Gráfico 20. Burnout variable por edad



Elaboración propia del autor

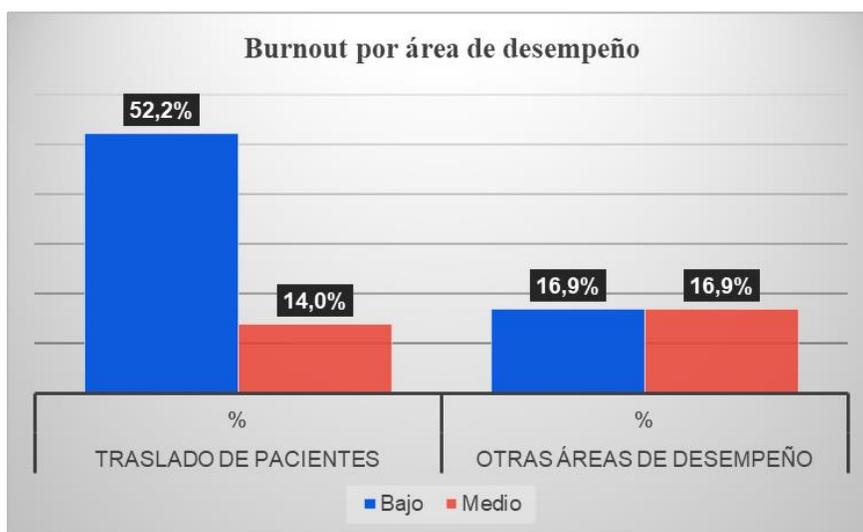
Así mismo se percibió que en cuanto a la edad de los participantes el 35,3% que se encuentra en el periodo de edad entre los 31 a 40 años presenta un nivel de burnout bajo, a su vez el 3,7% que se encuentra en el lapso entre los 41 a 50 años presenta un nivel medio de burnout. En estos resultados, nos encontramos que ninguna de las edades se halló niveles altos de burnout, es decir, que tal parece que en el tiempo de pandemia no fue factor para presentar dichos síntomas.

Tabla 26. Burnout variable por área de desempeño

Burnout por área de desempeño				
Niveles	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	71	52,2%	23	16,9%
Medio	19	14,0%	23	16,9%
Totales	90	66,2%	46	33,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 21. Burnout variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

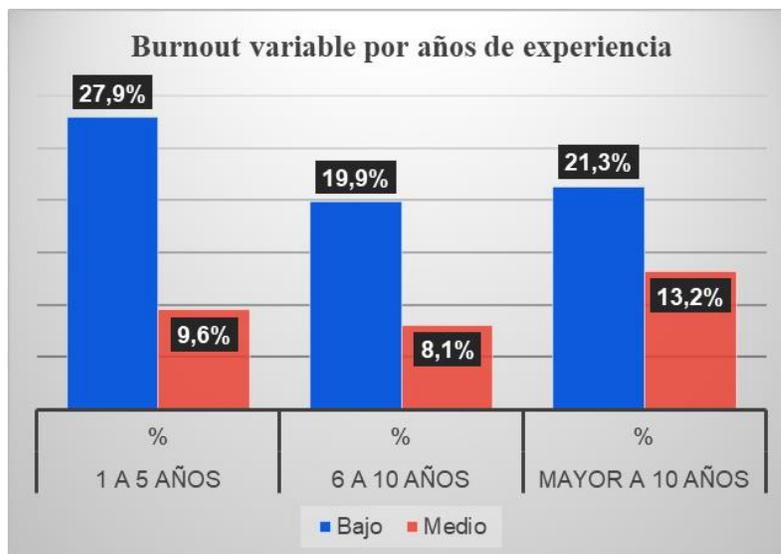
Considerando ahora la variable por área de desempeño y de acuerdo a los resultados arrojados se puede inferir que en el área de traslado de pacientes se encuentra el mayor y el menor porcentaje de *burnout*. Sin embargo, el 52,2% de la población que se encuentra tiene un nivel bajo, mientras que en nivel medio se encuentra el menor porcentaje con un 14,0%. Esto nos indica, que no influye el área de desempeño ante este síntoma, ya que en ambos se presentaron puntuaciones bajas.

Tabla 27. Burnout variable por años de experiencia

Burnout variable por años de experiencia						
Niveles	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	38	27,9%	27	19,9%	29	21,3%
Medio	13	9,6%	11	8,1%	18	13,2%
Totales	51	37,5%	38	27,9%	47	34,6%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 22. Burnout variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

En lo que respecta a los años de experiencia aquellos que se encuentran en niveles bajos de burnout y representan la mayoría son los participantes que se encuentran entre los primeros 5 años de experiencia laboral con un 27,9%; también se percibió que quienes están entre los 6 a 10 años están en la minoría y tienen unos niveles medios de burnout representados por un 8,1%. Sin embargo, se puede evidenciar que los participantes con experiencia mayor a 10 años presentaron

nivel medio con un porcentaje de 13,2%. Esto quiere decir, que tal parece que a mayores años de experiencia, hay predisposición en presentar síntomas de burnout.

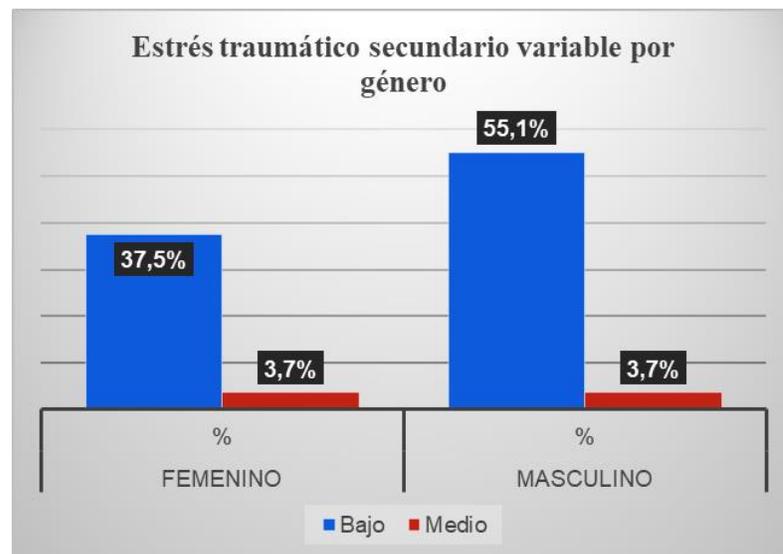
Síntoma de estrés traumático secundario

Tabla 28. Estrés traumático secundario variable por género

Estrés traumático secundario variable por género				
Niveles	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	51	37,5%	75	55,1%
Medio	5	3,7%	5	3,7%
Totales	56	41,2%	80	58,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 23. Estrés traumático secundario variable por género



Elaboración propia del autor

Analizando el componente de estrés traumático secundario en cuanto a la variable por género se halló que el 55,1% corresponde a los participantes masculinos que experimentaron un nivel bajo, con respecto a los participantes que tuvieron un porcentaje medio, donde ambos géneros tanto masculinos como femeninos con un 3,7% respectivamente. Estos resultados nos

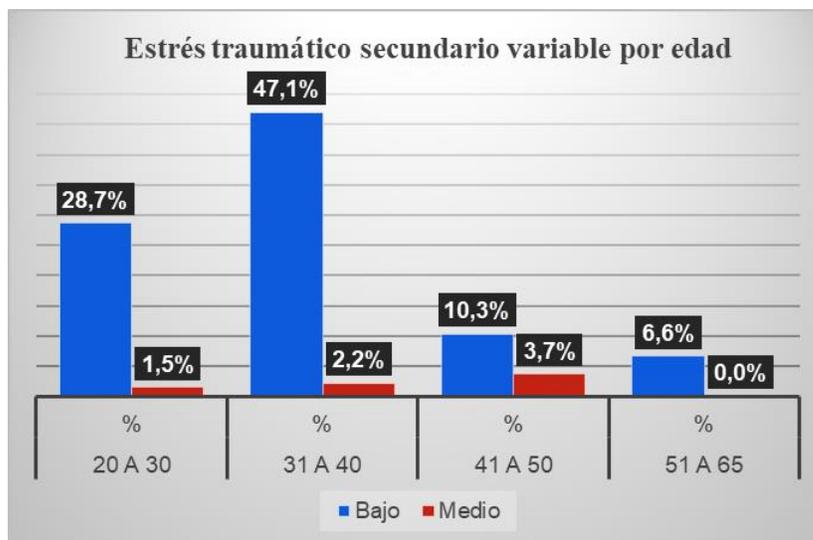
indican, que tal parece que ninguno de los participantes presentó este síntoma en tiempo de pandemia por COVID 19.

Tabla 29. Estrés traumático secundario variable por edad

Estrés traumático secundario variable por edad								
Niveles	20 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 65	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	39	28,7%	64	47,1%	14	10,3%	9	6,6%
Medio	2	1,5%	3	2,2%	5	3,7%	0	0,0%
Totales	41	30,1%	67	49,3%	19	14,0%	9	6,6%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 24. Estrés traumático secundario variable por edad



Elaboración propia del autor

Se debe considerar ahora la variable en cuanto a la edad, donde se halló que el 47,1% de los encuestados presentó un nivel bajo de estrés encontrándose en el periodo de edad de los 31 a los 40 años, ahora bien, se mostró que el 1,5% que se encuentra en el intervalo de 20 a 30 años presentó un nivel medio. Esto nos indica que a pesar de que todas las edades prevalecieron los

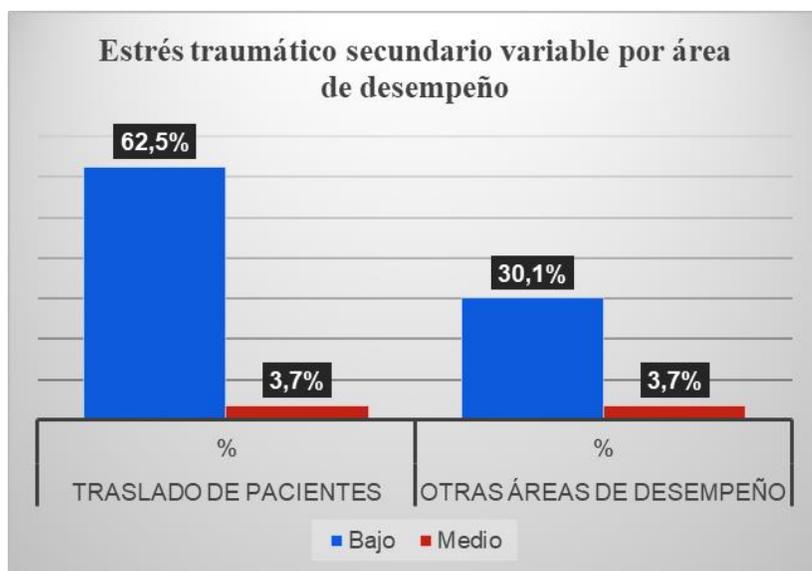
niveles bajos, los participantes entre los 41 a 50 años presentaron un nivel medio con un porcentaje de 3,7%, tal parece que tienen predisposición ante este síntoma.

Tabla 30. Estrés traumático secundario variable por área de desempeño

Estrés traumático secundario variable por área de desempeño				
Niveles	Traslado de pacientes		Otras áreas de desempeño	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	85	62,5%	41	30,1%
Medio	5	3,7%	5	3,7%
Totales	90	66,2%	46	33,8%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 25. Estrés traumático secundario variable por área de desempeño



Elaboración propia del autor

Referente al sitio donde los participantes ejercen sus funciones, se halló que quienes realizan traslado de pacientes experimentaron un *nivel bajo* de estrés siendo representado por el 62,5%, de la misma manera se encontró que el 3,7% de la población que se encuentra laborando tanto en traslado de pacientes como en otras áreas, se evidenció un *nivel medio* ante este síntoma.

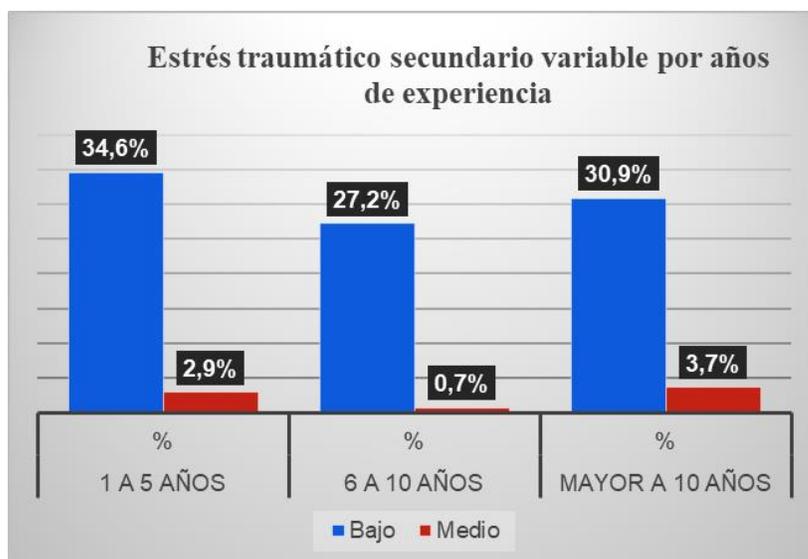
No obstante, ante estos resultados se puede inferir que para ambas áreas hay predisposición de presentar estrés traumático secundario, ya que, se obtuvo un *nivel medio* de un 3.7%.

Tabla 31. Estrés traumático secundario variable por años de experiencia

Estrés traumático secundario variable por años de experiencia						
Niveles	1 a 5 años		6 a 10 años		Mayor a 10 años	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	47	34,6%	37	27,2%	42	30,9%
Medio	4	2,9%	1	0,7%	5	3,7%
Totales	51	37,5%	38	27,9%	47	34,6%

Fuente: *Inventario the professional quality of life (ProQOL-IV)*
Elaboración propia del autor

Gráfico 26. Estrés traumático secundario variable por años de experiencia



Elaboración propia del autor

Todavía cabe señalar que las personas percibieron un nivel bajo nivel de estrés secundario en el periodo de 1 a 5 años de experiencia ya que este se ve representado en un 34,6%, pero otro lado, la población de 6 a 10 se ve representado un 0,7% de las personas que experimento un nivel medio. Sin embargo, ante estos resultados se puede inferir que la población que cuenta

experiencia mayor a 10 años son propensos a presentar estrés traumático secundario ante un 3,7% en nivel medio.

A groso modo, con estos resultados, se puede evidenciar que, ante los 3 síntomas mencionados anteriormente, el 60% de la población presentaron *niveles altos* de satisfacción por compasión, el 36% *nivel medio* de burnout y 93% *nivel bajo* de estrés traumático secundario, ante ello, se puede inferir que tal parece que el tiempo de pandemia por COVID 19 no fue un factor predominante para presentar sintomatología de fatiga por compasión.

11.3 Relación entre burnout y fatiga por compasión en un grupo profesionales que realizan traslado de pacientes y atención pre hospitalaria de la ciudad de Cali que se encuentra en situación de pandemia.

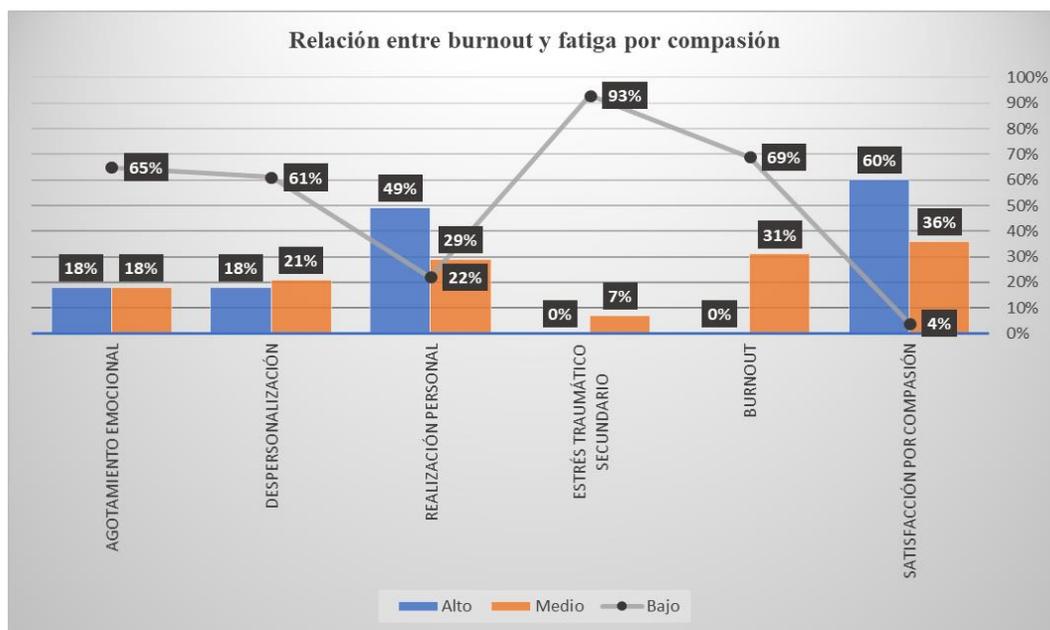
El siguiente apartado trata sobre la relación entre los componentes del burnout y los síntomas de fatiga por compasión; para lo cual se tomaron los resultados de ambos cuestionarios aplicados.

Tabla 32. Relación entre burnout y fatiga por compasión

Relación entre burnout y fatiga por compasión						
Niveles	Componentes del burnout			Síntomas de fatiga por compasión		
	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Estrés traumático secundario	Burnout	Satisfacción por compasión
Alto	18%	18%	49%	0%	0%	60%
Medio	18%	21%	29%	7%	31%	36%
Bajo	65%	61%	22%	93%	69%	4%

Elaboración propia del autor

Gráfico 27. Relación entre burnout y fatiga por compasión



Elaboración propia del autor

Una vez graficados dichos los resultados, se logró evidenciar que los niveles *bajos* presentan una tendencia al alza en cuanto a los componentes o síntomas negativos y un descenso en aquellos que son positivos; para ilustrarlo mejor, a continuación, se visualiza que, en los componentes negativos de burnout, como lo son: *agotamiento emocional* y *despersonalización* tienen unos porcentajes de 65% y 61% respectivamente. No obstante, por lo que respecta a la *realización personal* este porcentaje baja a un 22%, es decir que los participantes sienten satisfacción en el desempeño de sus labores.

En ese mismo orden de ideas, se manifestó que en cuanto a los síntomas de fatiga por compasión y sus niveles bajos, los ítems que evalúan síntomas negativos, tales como: *estrés traumático secundario* y *burnout* se tuvo unos porcentajes de 93% y 69%. Ahora bien, en cuanto

a la *satisfacción por compasión* se halló que dicha proporción baja de manera significativa al 4%; ante estos resultados se atinó una similitud en la sensación de complacencia con el desempeño de sus labores, tal como se expuso anteriormente con el componente *de realización personal*.

Sintetizando la relación que se halla más evidente es aquella entre los niveles altos de realización personal y satisfacción por compasión teniendo un 49% y 60% proporcionalmente. Lo anterior es debido también a que ambos términos se encuentran relacionados ya que, si bien, la realización personal genera un impacto positivo en el bienestar y la motivación de los participantes, pues ellos perciben un sentimiento de logro y satisfacción en el cumplimiento de sus labores. Cosa parecida experimentan con la satisfacción por compasión pues se puede advertir el bienestar emocional que sienten los entrevistados como resultado de la empatía y conexión humana al brindar ayuda y apoyo a otros.

12. Discusion

Conforme a los resultados hallados en esta investigación, por lo que respecta a la aplicación del Inventario multidimensional de Maslach (MBI) y lo componentes que evalúa; se halló que en cuanto al ítem de *agotamiento emocional* se ve un nivel bajo con un 65% ya que los sujetos no poseen falta de capacidad de comprometerse con su trabajo y sus responsabilidades; de la misma manera que la *despersonalización* con un 61%, presenta un bajo nivel de desconexión emocional con las demás personas y con ellas mismas. Por el contrario, en lo que respecta a la realización personal esta se encuentra en un nivel alto con un 49% ya que los entrevistados encuentran significado en sus labores diarias y sienten complacencia en el cumplimiento de sus labores.

Lo anterior va de la mano con el estudio realizado en Bogotá por Rodríguez et al. (2011) en el que se hallaron datos similares ya que en los componentes de agotamiento emocional y despersonalización predominaron los niveles bajos y el nivel de realización personal esta alto, dando como resultado una prevalencia del síndrome de burnout baja del 2,2% de la población estudiada.

Por otro lado, el artículo de Valdez, et al., (2011) en el que se analiza el síndrome de burnout en el contexto de una epidemia por H1N1, contexto parecido al de esta tesis, se encontraron variaciones en los resultados, pues el síndrome estuvo presente de manera moderada con un 24% y se tuvo una variación en los componentes; el cansancio emocional y la despersonalización fueron moderados, además de la presencia de una baja realización personal.

Ahora bien, Cueva et al., (2017) menciona la investigación realizada en Brasil que mostro un alto nivel de síndrome de burnout con una incidencia del 76,3%; donde el desgaste emocional y la despersonalización alcanzaron niveles muy altos entre el 80 y 100%; asimismo, la realización personal muy baja estando por encima del 90%.

En cuanto a la fatiga por compasión y a la luz de lo que se evalúa en el inventario The professional quality of life (ProQOL-IV). Los síntomas de *estrés traumático secundario* y *burnout* se encuentran en niveles bajos con un 69% y 93% respectivamente, por otro lado, los niveles de *satisfacción por compasión* que se centra en los aspectos positivos y gratificantes de trabajar ayudando a otros se encuentran en un nivel alto con un 60%; dando como resultado un agrado al brindar cuidados y apoyo a los individuos que cuidan.

Lo anterior entra en concordancia con la teoría de Stamm que menciona Campos-Aguerre (2016) en su investigación, ya que hace referencia a la satisfacción por compasión como un factor protector para los aspectos negativos de la fatiga por compasión, es por esto que en los

resultados de esta pesquisa podemos encontrar ausentes las medidas altas de *burnout* y *estrés traumático secundario*.

Por otro lado, en el artículo de Zamora et al., (2022) cuya investigación se realizó en la ciudad de Bogotá se hallaron resultados similares, ya que, la satisfacción por compasión se encuentra alta con un porcentaje del 51.11%, por tanto, se coincide en que los aspectos negativos de la FC también se encuentran presentes en niveles bajos a moderados.

Dicho esto, se infiere que los niveles del síndrome de burnout y fatiga por compasión en para este estudio se perciben bajos, puesto que, para que el síndrome de burnout este presente, se deben tener altos valores en los componentes negativos (*agotamiento emocional* y *despersonalización*) y una baja realización personal. Así mismo por lo que se refiere a la fatiga por compasión, es poco probable que los atributos negativos como el burnout y el estrés traumático puntúen altos cuando se evidencia una alta satisfacción por compasión.

13. Conclusiones

A modo de conclusión, los resultados mostraron que en los profesionales de salud y atención prehospitalaria conservaron una actitud de complacencia al realizar sus actividades profesionales, lo que se irradia al ámbito personal y por consiguiente se reflejó en la atención al paciente impactando la satisfacción de los usuarios, a pesar que se encontraban en el contexto de la pandemia por COVID-19.

La pregunta de investigación fue respondida en gran medida, puesto que se abordaron los diferentes componentes tanto del síndrome de burnout como la fatiga por compasión que fueron medidos gracias a las escalas aplicadas a cada uno de los participantes. Se debe considerar

además que el marco teórico fue el punto de partida para abordar los diferentes conceptos y resultados hallados.

Por lo que respecta a los aportes a la psicología, estos van encaminados hacia la psicología laboral, ya que contribuyeron a la comprensión del contexto y ambiente laboral vivido durante la pandemia, de igual que concientizar a todas las personas que se encontraban aisladas y/o vulnerables a posibles contagios, que existen diferentes redes de apoyo que les permitirán afrontar el estrés, escuchar de manera activa para reconocer y entender sus emociones, lo anterior también permite que el uso de las diferentes tecnologías no aislé a las personas y estas puedan tener una conexión social, brindar información sobre las diferentes técnicas de autocuidado y hábitos a adquirir en este nuevo contexto y por último, estar atentos a las diferentes señales de alarma que puedan llevar a una crisis.

Finalmente, como en todo proceso investigativo no faltan las limitaciones que se encuentran en el camino, en esta, se percibió la existencia de temor a la no confidencialidad de los resultados obtenidos y una posible cultura de carácter punitivo en la organización, es por este motivo que las respuestas de los participantes pudieron verse influenciadas al momento de la aplicación, adicionalmente se debe mencionar que la investigadora se encontraba en la organización desarrollando un cargo de carácter administrativo, lo que pudo influir de la misma manera dichos resultados.

14. Recomendaciones

Con base a los resultados obtenidos y en conexión con las conclusiones se realizan las siguientes recomendaciones:

- Para futuras investigaciones se debe tener en cuenta que quien la realice, no tenga conexiones o vínculos donde se realice pues esto puede entorpecer o viciar la

tesis. La anterior recomendación se expone pues en el momento en el que se llevó a cabo la investigadora se encontraba en un cargo administrativo lo que pudo influir en la transparencia de las respuestas dadas por los participantes.

- Incentivar que las organizaciones o empresas brinden un ambiente laboral que tenga como prioridad la cultura no punitiva, lo que permitirá entornos profesionales más saludables.
- Invitar al fortalecimiento de los programas de bienestar emocional y profesional en las organizaciones; por lo que es importante una actualización continua en lo referente a los diferentes protocolos y procedimientos para la atención de los pacientes, permitiendo así un mejoramiento continuo en la atención. Por otro lado, es importante la monitoria continua del personal que se tenga a cargo tanto física como emocionalmente, de la misma manera mantener diferentes canales de comunicación que brinden las diferentes herramientas que se encuentran al alcance de cada uno de los colaboradores para ofrecer apoyo en cuanto lo necesiten. Por otro lado la promoción de actividades que incentiven el autocuidado y desarrollo de una buena salud mental como diferentes capacitaciones que tengan como premisa la resolución de los conflictos y el manejo adecuado de las emociones.

15. Referencias bibliográficas

Álvarez, P y Paniagua, C. (2019). Factores que predisponen al padecimiento del síndrome de burnout en los tecnólogos en atención pre hospitalaria del valle de Aburra [Tesis de pregrado Universidad CES] Archivo digital.

http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4050/4/11522255939_2019.pdf

Baena, L. (2019). *Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del servicio de Andalucía de salud*. [Tesis doctorado Universidad de Granada] Archivo digital. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/55980>

Bambula, F., Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131

<https://www.redalyc.org/journal/213/21345152008/html/>

Campos-Aguerre, P. (2016). Estudio sobre la fatiga de compasión, satisfacción por compasión y burnout en profesionales que trabajan con alumnos con trastorno grave de conducta. [Tesis pregrado, Universidad Pontificia Comillas]. Archivo digital.

<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/29656/retrieve>

Campos Vidal, J. F., Cardona Cardona, J. y Cuartero Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 119-136. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.07>

Corbella J. (2020, marzo 15). La mayoría de contagios del coronavirus se produce durante la fase de incubación. *La Vanguardia*.

<https://www.lavanguardia.com/ciencia/20200315/474137031476/contagio-coronavirus-incubacion-asintomatico.html>

Cueva, J., Cusco, D. y Sánchez, G. (2017). Burnout, una silenciosa amenaza en el servicio de atención prehospitalaria. *Revista de Investigación Académica y Educación*, 1 (2), 7-12.

<https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/articulo/13>

Echeverría J. (2020, marzo 30). Pandemia del coronavirus y globalización. *El Universo*.

<https://www.eluniverso.com/noticias/2020/03/30/nota/7800198/pandemia-coronavirus-globalizacion?amp>

Fabri, N.V., Martins, J.T., Galdino, M.J.Q., Ribeiro, R.P., Oliveira Moreira, A.A. y Haddad, M. (2021). Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. *Enfermería Global*. 20, 4 (oct. 2021), 291–323.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.457511>

Frutos R., López-Roig M., Serra-Cobo J. y Devaux C. (2020). COVID-19: La conjunción de eventos que conducen a la pandemia de coronavirus y lecciones para aprender sobre amenazas futuras. *Fronteras en medicina*, 7:223. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00223>

Gómez, R., González, I., Grisales J., Mejía, R. y Pulido, M. (2012) *Síndrome de burnout, amenaza oculta*. [Tesis de postgrado, Universidad Sergio Arboleda] Archivo digital.

<https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/978/Sindrome%20de%20Burnout.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez-Castillo, M. (2020). Guía de orientación psicológica ante la crisis del COVID-19. *Colegio Oficial de la Psicología de Castilla la Mancha*. <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ORIENTACION-PSICOLOGICA-COVID19-COPCASTILLAM.pdf>

González, M. y Soto, C. (2010). Niveles del síndrome de burnout en reanimadores y técnicos

Paramédicos del SAMU metropolitano de Chile [Tesis pregrado Universidad de Chile]

Archivo digital.

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117512/Tesis%20final%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González Procel, C., Sánchez Padilla, Y., Peña Loaiza, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*, 4(1). 483-498.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313248>

Hernández-Sampiere, Fernández, Baptista et al. (2014). Metodología de la Investigación. (6ta Ed.). McGraw-Hill / Interamericana editores, S.A. de C.V. México. ISBN: 978-1-4562-2396-0.

Jiménez, M., Riaño S., Umbarila E. y Mahecha, L. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de salud del servicio urgencias de la unidad integrada de servicios de salud Fontibón- subred suroccidente E.S.E y de la unidad integrada de servicios de salud Engativá- subred norte E.S.E de la ciudad de Bogotá, en el primer semestre del año 2018. [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales] Archivo digital.

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/967/1/PREVALENCIA%20DEL%20S%28%29%20SINDROME%20DE%20BURNOUT%20EN%20EL%20PERSONAL%20ASISTENCIAL%20DE%20SALUD%20DEL%20SERVICIO%20URGENCIAS%20%281%29.pdf>

Macaya, P. y Aranda F. (2020) Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n03-014/>

Ministerio de salud y protección social. (2019). *Resolución 3100*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio del trabajo. (2015) *Decreto 1072*.

<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+1072+Sector+Trabajo+Actualiz+ado+a+Diciembre+20+de+2021.pdf/f1f86400-2b37-0582-5557-87a5d3ea8227?t=1640204850717>

Ministerio del trabajo. (2019). *Resolución 2404*.

<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+2404+de+2019-+Adopcion+bateria+riesgo+psicosocial%2C+guia+y+protocolos.pdf>

National Association of Emergency Medical Technicians. (2015). Soporte vital de trauma prehospitalario PHTLS: pasado presente y futuro. (8va ed.), Pre-hospital trauma life support PHTLS (pp. 7-9). Mexico: Intersistemas.

Ojeda López, R. N., Mul Encalada, J., & Jiménez Díez, O. (2020). Calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital privado en Yucatán. *RICSH Revista Iberoamericana De Las Ciencias Sociales Y Humanísticas*, 9(17), 430 - 458. <https://doi.org/10.23913/ricsh.v9i17.205>

Organización mundial de la salud OMS (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Quiceno, J. M., y Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117–125.

<https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/218>

Rodríguez-Paipilla, M., Rodríguez-Gómez, R., Riveros, A., Rodríguez-D´Luyz, M., Pinzón, J. (2011). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. [Tesis de postgrado, Universidad del Rosario y

Universidad CES] Archivo digital. <https://repository.urosario.edu.co/items/0f84c075-1edf-43a4-9909-24198063913c>

Serrano-Cumplido A, Antón-Eguía Ortega PB, Ruiz García A, Olmo Quintana V, Segura Fragoso A, Barquilla García A, Morán Bayón Á. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *PubMed Central*. 46, 48–54.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303648/>

Valdez, B., Corrales, F., Kienhelger, L., Hernández, J. (2011). Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. *Suma Psicológica*, 18(2), 17-28 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3970983.pdf>

Zamora, P. M., Sequera, J. P. & García, J. L. (2022). *Características de fatiga por compasión en enfermeros de cuidado paliativo en una institución de cuarto nivel de Bogotá 2021*. [Tesis de maestría, Universidad Javeriana]. Archivo digital.

<http://hdl.handle.net/10554/59201>

Apéndice 1. Encuesta sociodemográfica

Una vez el participante empiece con el cuestionario deberá diligenciar los siguientes datos sociodemográficos

1. **Edad:** (En años)
2. **Nivel de estudios:** (Secundaria/ Bachiller en curso o incompleto, Secundaria/ Bachiller completo, Técnico en curso o incompleto, Técnico completo, Tecnológico en curso o incompleto, Tecnológico completo, Universitario - pregrado en curso o incompleto, Universitario completo – pregrado, Universitario - posgrado o especialización en curso, Universitario - posgrado o especialización completo.)
3. **Profesión actual:** (Pregunta abierta)
4. **Sitio de trabajo actual:** (Pregunta abierta)
5. **En qué área se desempeña actualmente:** (Traslado de pacientes, Referencia y contrarreferencia, Centro regulador de urgencias, Extramurales, Administrativos y/o de apoyo.)

INVESTIGACIÓN: Síndrome de burnout y fatiga por compasión en un grupo de profesionales de atención prehospitalaria en contexto de COVID -19 en la ciudad de Cali.

Ciudad y fecha:

Yo, una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a, estudiante de la Universidad Antonio Nariño, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación de Maslach Burnout Inventory (MBI)
2. Aplicación de The Professional Quality of Life (ProQOL-IV)

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos sirvan para futuras investigaciones y procesos de intervención en las organizaciones.

La información y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en medio electrónico y será guardada en la Universidad bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceros, sin embargo, los datos obtenidos podrán ser utilizados para una publicación académica.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Doc..... No..... de.....

Huella

Apéndice 1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10. Siento que me he hecho más duro con la gente
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18. Me siento apreciado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22. Me parece que los pacientes me culpan de sus problemas

Apéndice 4 The Professional Quality of Life (ProQOL-IV)

1. Soy feliz

2. Estoy preocupado por una o mas personas a las que he ayudado o ayudo.
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
4. Me siento vinculado (asociado) a otras personas, en ocasiones de mi trabajo.
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
10. Me siento "atrapado" en mi trabajo
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
16. Me siento satisfecho por como soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de la asistencia médica.
17. Soy la persona que siempre he querido ser.
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre como he podido ayudarles.
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente que he ayudado
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.

26. Me siento "estancado" (sin saber que hacer) por cómo funciona el sistema de salud
27. Considero que soy un buen profesional.
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con las víctimas traumáticas.
29. Soy una persona demasiado sensible
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.