

SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PERSONAL DE LA SALUD LATINOAMERICANO¹

Latin American Healthcare Professionals Burnout Syndrome

DAVID STIVEN FORONDA VALENCIA², DANIELA GINET CIRO PARRA³
Y NATHALY BERRÍO GARCÍA⁴

Recibido: 2018 -10 -20 Aceptado: 2018-12-12

Resumen: Se realizó una revisión documental de investigaciones desarrolladas en Latinoamérica entre 2010 y 2018 con el objetivo de compilar artículos que describieran las características del síndrome de *burnout* en personal de la salud. Se consultaron estudios focalizados en médicos, enfermeras y docentes, comprobando escasez de evidencias empíricas para el área de APH. Se identificó que los instrumentos más utilizados para su medición son el Maslach Burnout Inventory —MBI— y el Cuestionario del Síndrome de Quemarse por el Trabajo —CESQT—. En Colombia, el *burnout* sólo hasta 2014 se constituyó como en-

fermedad laboral, y durante la revisión no se reportaron investigaciones de este síndrome en personal de APH. Se concluye que a pesar de que el *burnout* es un constructo que nació dentro de las ciencias de la salud, y que no es muy reciente, aún no se ha estudiado a cabalidad ni determinado la prevalencia del síndrome para el personal de APH. Se plantean recomendaciones para futuros estudios documentales y de investigación.

Palabras clave: síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste laboral, personal sanitario, paramédicos, técnicos de emergencias médicas.

Para citar este artículo en APA:
Foronda, D., Giro, D., y Berrío, N
(2018). Síndrome de burnout en
personal de la salud latinoamericano:
*Revista de Psicología Universidad de
Antioquia*, 10(2), 157-181. DOI:
10.17533/udea.rp.v10n2a07

- ¹. Revisión de tema.
- ². Técnico profesional en Atención Prehospitalaria, estudiante Programa de Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios —UNIMINUTO—. Correo: dforondaval@uniminuto.edu.co; <https://orcid.org/0000-0001-5269-5498>
- ³. Técnica Laboral en Recursos Humanos, psicóloga Corporación Universitaria Minuto de Dios —UNIMINUTO—. Correo: dciorparra@uniminuto.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-2942-4312>
- ⁴. Psicóloga, Magíster en Psicoterapia, estudiante Doctorado en Epidemiología y Bioestadística de la Universidad CES. Docente investigadora Corporación Universitaria Minuto de Dios —UNIMINUTO—. Correo: nberrio@uniminuto.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-3574-4101>

Abstract: This present review article studies empirical research on the burnout syndrome in prehospital care staff carried out between 2010 and 2018 in Latin America. Studies focused in doctors, nurses and teachers, and we could identify a theoretical gap for the prehospital area. The most used instruments for its measurement are the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Burning Syndrome Questionnaire for Work (CESQT). In Colombia, the burnout syndrome. In Colombia, the burnout syndrome was constituted as a work-related illness until 2014, and during

this review there were no reported investigations of this syndrome in prehospital care personnel. We conclude burnout is a construct that was born within the health sciences, and it isn't recent, and the prevalence of the syndrome for APH personnel hasn't yet been fully studied or determined. Recommendations are discussed for future investigations.

Keywords: stress at work, labor fatigue, prehospital care, paramedics, emergency medical technicians.

Introducción

El síndrome de *burnout* fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974), quien lo relacionó con el deterioro de los trabajadores que laboraban en organizaciones de servicio y brindaban atención y cuidado a los usuarios. Desde entonces, numerosos autores han hecho valiosos aportes al tema, pero la concepción tridimensional que hicieron Maslach y Jackson en la década de 1980 continúa siendo la más aceptada por la comunidad científica en la actualidad, convirtiéndose en la teoría más representativa sobre *burnout* a nivel mundial (Olivares, 2017).

El *burnout*, definido como síndrome psicológico, constituye una respuesta prolongada al estrés originado de la tensión crónica producida por la interacción conflictiva entre el empleado y su trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Es un fenómeno común en las organizaciones, pero sólo hasta el año 2014 se catalogó como enfermedad profesional en Colombia (Ministerio del Trabajo, 2014).

El *burnout* se manifiesta afectando elementos de las dimensiones psicológica, social y física en relación con el trabajo, deteriorando la calidad de vida. Se experimenta una sensación de cansancio que se ve reflejada en la vinculación emocional, interpersonal y autorrealización de los trabajadores. El *burnout* ocasiona numerosas bajas en las empresas, trayendo consigo consecuencias tanto a nivel individual como organizacional. En lo individual, se desarrollan sentimientos de incompetencia en los trabajadores, que no permiten el buen desarrollo de la labor profesional, lo que produce altos niveles de frustración;

en tanto que, para la organización, se relaciona con la disminución de la eficacia y calidad del servicio prestado, la baja productividad de los trabajadores, la deserción y la rotación continua del talento humano, lo que implica mayores esfuerzos en procesos de selección y capacitación (Domínguez, 2015).

Asimismo, el síndrome de *burnout* es característico de las personas que se enfrentan a una interacción humana constante en su trabajo (Aranda, Pando y Salazar, 2016). Los profesionales de la salud se incluyen en esta categoría. El desgaste profesional se produce en las tres dimensiones mencionadas, con diversos grados de gravedad, entre los profesionales de la salud (Nowakowska y Wolniewicz, 2017). En el sector salud de Latinoamérica se han establecido frecuencias del síndrome que oscilan entre el 2.1 % y el 76 % (Loya, Valdez, Bacardí y Jiménez, 2017).

Sin embargo, buena parte de los estudios sobre *burnout* que se han realizado en Colombia se han centrado en el campo educativo, dejando grandes vacíos en el sector salud, especialmente para los servicios extrahospitalarios (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2010). De ahí que las investigaciones sobre el síndrome de *burnout* en personal de atención prehospitalaria —APH— sean escasas a nivel nacional e internacional, lo que refleja la necesidad de abordajes teóricos y metodológicos en investigaciones con esta población.

La United States Agency International Development —USAID— (2009) define la APH como el conjunto de servicios de atención, primeros auxilios y transporte que se brindan a enfermos y accidentados antes de llegar a un centro hospitalario, constituyéndose como uno de los elementos esenciales para la atención de patologías urgentes, especialmente el trauma (Universidad de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2012); en la misma línea, para el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) los paramédicos se enfocan en la preservación de la vida y la prevención de la muerte o invalidez. El principal objetivo de los tecnólogos y técnicos profesionales de la APH es estabilizar los signos vitales a la persona, realizar una impresión diagnóstica, y definir su destino inmediato para finalizar la intervención (Universidad de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Además, la APH tiene mucha relevancia para el país, ya que en Colombia ha sido identificada «como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud para el manejo de urgencias y emergencias» (Universidad de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 68).

Por ende, la labor del personal APH es intrínsecamente más agotadora y tensionante que la de otro personal sanitario, pues su perfil ocupacional conlleva constantes riesgos biológicos, físicos, ergonómicos y psicosociales que podrían incrementar su propensión a padecer enfermedades profesionales, accidentes laborales, o síndrome de *burnout* (Young y Cooper, 1995). Se ha identificado que el sonido de la sirena, los accidentes de tránsito, el levantamiento de peso, el contacto con la sangre, el polvo y el estrés son los principales factores de riesgo (Carvalho *et al.*, 2016).

De igual modo, el personal prehospitalario afronta riesgos potenciales debido a la incertidumbre respecto al tipo de situación específica con la que se enfrentará y su posible solución. A diferencia de otras labores cuyo objeto es evidente, los paramédicos se deben esforzar por controlar un riesgo que puede ser difícil de identificar (Echeverri, Ruiz, Echeverri y Cardona, 2010).

Adicionalmente, se hace necesario investigar acerca de este síndrome especialmente en la población que labora extrahospitalariamente, porque se requiere estimar si para el contexto colombiano los paramédicos pueden tener o llegar a desarrollar niveles elevados de *burnout* vinculados con su profesión, para que de esta manera se aporten resultados que permitan diseñar planes y estrategias para la promoción de la salud general y prevención o disminución de *burnout*, lo que mejoraría la calidad de la atención a los pacientes.

En consecuencia, se hace necesario desarrollar una revisión de tema que sintetice los principales hallazgos científicos y las propuestas teóricas en relación con el síndrome de *burnout* en paramédicos. Con esta revisión las instituciones de salud se verán beneficiadas, pues permitirá la identificación de conclusiones desarrolladas, la ausencia de investigaciones sobre el *burnout* en el campo prehospitalario e información específica del síndrome en APH.

Metodología

Se hizo una revisión de tema de tipo descriptivo sobre el *burnout*. Se realizó un rastreo de literatura en bases de datos científicas con los descriptores *burnout* AND paramédicos, síndrome de quemarse por el trabajo AND APH, y *burnout* AND personal de la salud. En la revisión se incluyeron artículos de investigación y tesis sobre *burnout* en personal sanitario de Latinoamérica publicados entre 2010 y 2018 en idioma inglés y español.

Igualmente, se consultaron los repositorios digitales de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Chile y la Universidad de Buenos Aires, instituciones educativas que se encuentran entre las diez mejores universidades de Latinoamérica según la clasificación de Scimago Institutions Rankings; se obtuvo así sólo un artículo. También se recopiló información de varios libros especializados en síndrome de *burnout*.

Sin embargo, las escasas fuentes bibliográficas colombianas sobre *burnout* en personal sanitario sostienen haber empleado una validación nacional del Maslach Burnout Inventory —MBI— realizada por la Universidad de Antioquia en 2004 y dirigida por Liliana Chaves, anterior coordinadora del grupo de investigación en Psicología Cognitiva de dicha institución, quien refiere a través de correo electrónico que la investigación no continuó por pérdida de datos del proyecto (L. Chaves, comunicación personal, 15 de febrero de 2015). De ahí que los artículos que mencionan dicho instrumento se hayan retirado de los antecedentes —ver tabla 1—.

Por último, el análisis documental permitió observar que la mayor parte de investigaciones de *burnout* están centradas en personal de enfermería y médicos —ver tabla 2—.

Concepto del síndrome de quemarse por el trabajo —SQT— o síndrome de *burnout*

Desde la concepción psicosocial han surgido al menos seis formas diferentes de nombrar el síndrome, identificando las condiciones de trabajo como

las de mayor influencia en su presentación: síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome del quemado, estar quemado, quemazón profesional o desgaste profesional. Las denominaciones responden al origen de la patología como una consecuencia del contexto laboral y no del contexto personal de los trabajadores (Gil-Monte, 2003).

El *burnout* nace del estrés laboral crónico y suele presentarse generalmente en personas que trabajan con atención directa a terceros como en el caso del personal sanitario, los docentes, servicio al cliente, etc., aunque actualmente ya se puede hablar de *burnout* en personas que no tienen atención directa con personal.

Distintos autores a lo largo del tiempo han intentado definir este síndrome, pero el concepto más utilizado a nivel mundial y en la comunidad científica fue el acuñado por Maslach y Jackson en la década de 1980. Estos investigadores definen el burnout como «un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas» (Olivares, 2017, p. 59).

De ese modo, Cristina Maslach se ha constituido en la principal exponente del síndrome de *burnout* a nivel mundial y, según Olivares (2016), lo ha posicionado como una problemática social real que afecta la calidad de vida de los seres humanos. La mayoría de los individuos tienden a responder de una manera poco funcional ante situaciones de alta tensión en el contexto laboral, y los síntomas predominantes de esta respuesta se caracterizan por un agotamiento abrumador, un sentido de ineficacia e insuficiencia de la realización personal (Maslach *et al.*, 2001).

En este sentido, el ambiente laboral desempeña un papel fundamental como catalizador de estímulos estresores que cambian de manera negativa las conductas de los trabajadores y que pueden influir en algunos más que en otros, dependiendo de la personalidad y las estrategias de afrontamiento que asume cada individuo.

Maslach y Jackson (1981) describen tres dimensiones del *burnout* relacionadas e interdependientes, referidas a aspectos emocionales, actitudinales y cognitivos:

Cansancio emocional —CE—. Hace referencia a un incremento de sentimientos negativos y de agotamiento emocional hacia sí mismo debido a las exigencias del trabajo, lo que genera pérdida de los propios recursos emocionales. El trabajador cree no sentirse capacitado para enfrentarse a las demandas laborales.

Despersonalización —DP—. Se refiere al desarrollo de respuestas negativas, sentimientos y conductas cínicas hacia otros. Se caracteriza por insensibilidad, pérdida de empatía y conductas de rechazo hacia el otro, quien generalmente es el usuario.

Baja realización personal —RP—. Hace referencia a la dificultad para el logro y a la tendencia que tiene el trabajador de evaluar negativamente tanto a sí mismo como a su trabajo, generando desinterés por éste, irritabilidad, falencias en la autoestima, disminución de la competencia laboral, entre otros fenómenos.

Tabla 1. *Artículos excluidos de la revisión*

Estudio	Lugar	Muestra	Observaciones de exclusión
Molero, Pérez, Gázquez y Barragán (2018)	No identificado	719 profesionales de la salud	Artículo excluido porque se hizo con aval de una universidad española, pero no se clarifica de qué país es la muestra.
Gutiérrez, Lobo y Martínez (2018)	Colombia	100 enfermeros	El estudio cita la validación del 2004 del MBI realizada por un grupo de psicólogos. Investigación liderada por Liliana Chaves de la Universidad de Antioquia que no se pudo terminar.
Grisales, Muñoz, Osorio y Robles (2016)	Colombia	174 jefes y auxiliares de enfermería	
Sánchez, Loli y Sandoval (2015)	Perú	178 médicos, enfermeros y pilotos que laboran en atención prehospitalaria	Se evidenciaron inconsistencias en la metodología. En el resumen mencionan el uso del MBI, pero en la metodología describen el Cuestionario Abreviado de Siegrist y Meter de la Universidad de Dusseldorf, y no se reportan resultados en relación con el MBI.
Aranzazu y Rodríguez (2015)	Colombia	133 especialistas en áreas odontológicas	El estudio cita la validación del 2004 del MBI realizada por un grupo de psicólogos. Investigación liderada por Liliana Chaves de la Universidad de Antioquia que no se pudo terminar.
Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón (2011)	Colombia	184 médicos, jefes y auxiliares de enfermería	

Sintomatología de *burnout*

El uso de un lenguaje coloquial para referirse al *burnout* como estrés o cansancio hace que no se dimensione seriamente el problema. En realidad, el síndrome de *burnout* va más allá de un cansancio habitual que desaparece tras los días de descanso y, antes bien, se integra con la existencia de una serie de elementos a nivel psicológico, social y físico que desencadenan diversas consecuencias sobre el trabajo, razón por la cual recibe la denotación de síndrome.

Las consecuencias incluyen el deterioro de las relaciones interpersonales, la aparición de comportamientos depresivos, ansiosos e irritables y la dificultad para concentrarse; todo ello hace parte de la sintomatología en el nivel psicosocial. A esto se añaden problemas conductuales de evitación y compulsión que ponen en riesgo las condiciones personales de salud de los trabajadores. La sensación de cansancio que se referencia en la conceptualización de *burnout* se ve reflejada en la vinculación emocional, interpersonal y autorrealización. Además, las alteraciones en el sueño, el deterioro cardiovascular, la gastritis, la pérdida de peso, los dolores musculares y de cabeza, la fatiga crónica, desórdenes gastrointestinales y problemas en los ciclos menstruales se pueden relacionar con los daños a nivel físico (Forbes, 2011).

Tabla 2. *Antecedentes documentales —artículos de investigación y tesis—*

Estudio	Lugar	Muestra	Instrumentos	Resultados
Anchali (2018)	Ecuador	28 paramédicos del personal de atención prehospitalaria de Quito	Maslach Burnout Inventory —MBI—	Se encontró que el 48 % presenta síndrome de burnout en un nivel bajo, el 22 % en nivel moderado y el 30 % en un nivel alto. El grupo etario más afectado es el de los 39 a 49 años y aquellos que llevan trabajando entre 5 y 10 años.
Lima, Farah y Bustamante (2018)	Brasil	153 profesionales de atención básica	MBI	La prevalencia del síndrome es del 51 %, siendo mayor en enfermeros, y las variables con más prevalencia fueron la insatisfacción en el trabajo y la autoevaluación negativa del estado salud.
Bedoya (2017)	Colombia	57 evaluados —médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería—	MBI	El 45.9 % de los hombres y el 54 % de las mujeres manifiestan haber sufrido momentos críticos en los últimos cinco años. El 73 % refiere sentir molestias relacionadas con la actividad asistencial. La prevalencia del síndrome fue del 10.5 %.
Hoppen <i>et al.</i> (2017)	Brasil	52 médicos intensivistas	MBI	La proporción de médicos con despersonalización fue del 61 %, baja realización del 62 % y agotamiento emocional elevado o moderado del 52 %. Los jóvenes con mayor carga laboral y poca experiencia son los que más sufren de estrés.
Muñoz y Velásquez (2016)	Colombia	114 enfermeros de urgencias y de la unidad de cuidados intensivos —UCI— de tres hospitales	Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo —CESQT—	De los profesionales de enfermería de urgencias, el 4.1 % presenta el síndrome de quemarse por el trabajo —sqr— y los profesionales de la UCI tienen alto riesgo de desarrollar el síndrome. A su vez, se identificó que las subescalas de indolencia y desgaste psíquico difieren de gran manera según el servicio y lugar donde éstos laboran.
Castillo, Orozco y Alvis (2016)	Colombia	112 médicos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud —IPS—	MBI	El sexo femenino tuvo mayores niveles de realización personal y síndrome de <i>burnout</i> , mientras que los médicos que tienen menor antigüedad y sólo pregrado reportan mayores puntajes en agotamiento emocional, el cual varía según el área de cada médico.

Loaiza y Quiroz (2016)	Colombia	195 integrantes del personal asistencial de un hospital —médicos, enfermeros, auxiliares y paramédicos—	Maslach Burnout Inventory – Health Services Survey —MBI-HSS—	La prevalencia del burnout fue de 49.74 %. Las escalas que puntuaron más altas fueron despersonalización y agotamiento emocional, mientras que la baja realización personal se encuentra en nivel medio.
Terrones, Cisneros y Arreola (2016)	México	116 médicos residentes	MBI	La prevalencia general del síndrome fue del 89.66 %. Para la afectación, en una esfera fue de 48.28 %, en dos de 35.34 %, y en tres esferas de 6.03 %. En cada una de las subescalas los puntajes fueron los siguientes: agotamiento emocional alto: 41.38 %, alta despersonalización: 54.31 %, y baja realización personal: 41.38 %.
Vizcarra, Llajas, Limo y Talavera (2015)	Perú	18 enfermeras profesionales y 12 técnicos en enfermería para un total de 30	Clima Laboral CL-SPN, <i>scanning</i> neuropsicológico y MBI	El 80 % de la población no presenta síndrome de <i>burnout</i> , el 10 % tiene tendencia y el 10 % restante está en riesgo. Hay un clima laboral medio —60 %— y las condiciones laborales son desfavorables. Se concluye que existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre clima laboral y <i>burnout</i> .
Vega <i>et al.</i> (2015)	Chile	153 profesionales de enfermería	MBI y la <i>Grief Support Health Care Scale</i> —GSHCS—	El 4 % de los funcionarios presenta síndrome de <i>burnout</i> . El 89 % del total de participantes está en riesgo de tener síndrome de <i>burnout</i> , 61 % de ellos trabaja en la unidad de oncología.
Arayago, González, Limongi y Guevara (2015)	Venezuela	64 médicos especialistas y residentes del servicio de anestesiología	MBI-HSS	El 64.1 % de la población tiene síndrome de <i>burnout</i> , siendo mayor en los residentes con un 73.3 %. Por subescalas los resultados son: cansancio emocional: 34.4 %, despersonalización: 39.1 %, falta de realización personal: 81.2 %.
Henao, Gutiérrez, Pando y Tuesca (2014)	Colombia	300 profesionales y técnicos de salud de cuatro instituciones	Factores Psicosociales Negativos y MBI	El 27 % de los participantes presentó baja realización personal, el 12.3 % alta despersonalización y el 8 % alto agotamiento emocional. Respecto a los factores psicosociales negativos, se identificó que el 2.3 % expresó gran cantidad de tarea, el 61.3 % presentó bajas condiciones en el lugar de trabajo y un 7.7 % alta carga laboral. Además, se encontró

				dificultades relacionadas con la baja interacción social —80 %—, baja remuneración —43.7 %—, alta exigencia laboral —42 %— y alto papel laboral. El agotamiento emocional se ligó con la remuneración, la carga de trabajo y la exigencia laboral.
Toro (2014)	Colombia	49 enfermeras de una IPS que laboran en diferentes servicios	CESQT	El enunciado «pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas» perteneciente a la dimensión de ilusión por el trabajo obtuvo altos resultados de «siempre» con un 69 %, mientras que el ítem «me siento ilusionado por mi trabajo» fue el que menos puntuó con la respuesta de «siempre» y registra más respuestas «a veces» y «raramente».
Seguel y Valenzuela (2014)	Chile	101 enfermeras, 235 técnicos paramédicos y siete personas que no indicaron su título	Escala conflicto, trabajo y familia, Escalas de fatiga: <i>Checklist Individual Strength</i> —CIS— y <i>Maslach Burnout Inventory General Survey</i> —MBIGS—	El 86 % de la población son mujeres, el 90.8 % considera que las condiciones laborales son regulares. Para la subescala de influencia del trabajo en la familia se obtuvieron en promedio 17.9 puntos. En la evaluación de la fatiga el promedio fue de 47.3 puntos. Para el MBI-GS, en la subescala de desgaste emocional la mayoría de la población se situó en la clasificación media y baja con un 86.8 %; en la subescala de cinismo la mayor parte de la población se ubicó en la clasificación media y baja con un 92.7 %; y para la dimensión de eficacia profesional la mayoría se situó en alta eficacia profesional con el 93.8 %.
Suñer-Soler <i>et al.</i> (2014)	España y Latinoamérica	11 533 profesionales de la salud españoles y latinoamericanos	MBI	El agotamiento emocional fue la primera variable, asociada con el ausentismo, la intención de renunciar a la profesión, el deterioro personal y el deterioro familiar. La despersonalización estuvo más asociada con la percepción de haber cometido errores.

Buitrago y Garzón (2012)	Colombia	22 médicos, psicólogos, paramédicos, auxiliares de enfermería, conductores de ambulancia y camilleros de un centro de urgencias	MBI y la Escala de Evaluación de los Recursos de Afrontamiento Personal	El 93 % de los encuestados evidenciaron adecuados recursos de afrontamiento. Se concluye que el 23% de los participantes se encuentran en alto riesgo de padecer el síndrome de <i>burnout</i> , mientras que el 4 % ya lo padecen.
Tejada y Gómez (2011)	Colombia	131 médicos psiquiatras	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo —CES-QT— (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007)	El 9.9 % de los participantes presentaban altos niveles de <i>burnout</i> . Sólo el 4.96 % de los encuestados se consideran casos graves, puesto que presentaron puntuaciones altas en desgaste psíquico e indolencia. Sólo uno se catalogó como muy grave: sus puntuaciones en el CESQT eran altas, y sufría sentimientos de culpa.
Agudelo <i>et al.</i> (2011)	Colombia	227 médicos generales y especialistas	MBI-HHS	Se encontró que el síndrome de <i>burnout</i> tiene una tasa de 17.6 %; en las subescalas: 26.4 % en agotamiento alto, 26.1 % para despersonalización y un 7.2 % en realización personal.
Carrasco (2011)	Ecuador	51 paramédicos y técnicos en APH	MBI y el APGAR familiar	Se concluye con este estudio que, a mayor <i>burnout</i> , hay menos funcionalidad familiar. Se considera que la rotación continua del personal está relacionada con valores leves de disfuncionalidad familiar.
Cogollo <i>et al.</i> (2010)	Colombia	173 jefes y auxiliares de enfermería	Escala de Satisfacción en el Trabajo y una versión modificada de la Escala de Maslach para desgaste profesional	El desgaste profesional en el personal de enfermería del área de urgencias tuvo una prevalencia del 26.6 % y de la satisfacción laboral del 25.4 %.
Ferrel, Sierra y Rodríguez (2010)	Colombia	56 médicos especialistas	MBI para médicos	Se evidenciaron altos niveles de agotamiento emocional en un 94.6 % de los encuestados, seguido por un 53.6 % de despersonalización y un 53.6 % de falta de realización personal. Se establece la presencia del síndrome de <i>burnout</i> de nivel medio en los médicos.

González y Soto (2010)	Chile	102 individuos, de los cuales 47.1 % eran profesionales de la salud y 52.9 % fueron paramédicos	Adaptación al castellano del MBI-HSS (Gil-Monte, 2005)	Se obtuvo un 0 % en prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> . Con esto se contradice la conclusión generalizada en estudios nacionales e internacionales, sobre una prevalencia entre 15 % y 20 %.
------------------------	-------	---	--	---

Por ende, Quiceno y Vinaccia (2007), retomando las aportaciones de otros autores, plantean que:

Todos estos síntomas se tornan en cuadro clínico y las características de personalidad (factores internos-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome burnout (p. 120).

De modo semejante, Apiquian (2007) describe cuatro fases sintomatológicas del desarrollo del *burnout*:

Forma leve. Caracterizada por presentar síntomas físicos, vagos e inespecíficos. Aparecen dolores de espalda, cabeza y lumbalgias. El afecto tiende a ser menos operativo.

Forma moderada. Aparición de insomnio y problemas en la atención y concentración, con tendencia a la automedicación.

Forma grave. Existe un mayor ausentismo, disgusto a la tarea y cinismo, con tendencia al abuso de sustancias psicoactivas y al alcohol.

Forma extrema. Se caracteriza por el aislamiento, depresión crónica y crisis existencial con tendencia al riesgo suicida.

En este sentido, el síndrome de *burnout* es un proceso, más que un estado específico, que va evolucionando en las cuatro fases mencionadas anteriormente y que se desarrolla gracias a las condiciones propias del trabajo percibidas como estímulos estresores, haciendo que en los trabajadores existan cambios conductuales que repercuten de manera negativa en las actividades que ejercen cotidianamente.

Modelos teóricos sobre el desarrollo del *sqr*

Las diferencias en la sintomatología del *burnout* dependen de cada individuo y de los síntomas que se enfatizan (Martínez, 2010). Hay autores que se centran en el síntoma que se origina en primera instancia, y otros que buscan la secuencia del proceso de evolución de la patología. En consecuencia, se han creado varios modelos que intentan explicar el desarrollo del síndrome de *burnout*, pero ninguno con una aceptación completamente satisfactoria, aunque todos hacen aportaciones valiosas para su comprensión.

Modelo de Edelwich y Brodsky —1980—

El *sqr* es un proceso de desencanto hacia la actividad laboral. El modelo propone las siguientes fases previas al desarrollo del síndrome de *burnout*:

Entusiasmo. Es la sensación que se experimenta cuando se toma el trabajo como algo estimulante y se caracteriza por las aspiraciones y alta energía que tiene el trabajador. La percepción de los problemas es pasajera y solucionable. La fase se presenta cuando se está iniciando un nuevo trabajo.

Estancamiento. Surge cuando las aspiraciones y objetivos no llegan a su fin, aun con los esfuerzos realizados. En esta fase se duda si el trabajo vale la pena o es exactamente lo que se quiere.

Frustración. Es el periodo de desilusión en el que surgen problemas a nivel emocional, físico y conductual como consecuencia de la desmotivación, ello debido a que para el trabajador las cosas no están saliendo como esperaba.

Apatía. Es el estado en el cual las conductas de evitación e inhibición frente a la actividad laboral aparecen con el sentimiento de resignación por no poderse cambiar la situación (Edelwich y Brodsky, como se cita en Mansilla, 2012).

Modelo de Cherniss —1980—

El modelo afirma que el *burnout* es:

Un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento, y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (Cherniss, como se cita en Carlin y Garcés de los Fayos, 2010, p. 170).

Este modelo retoma las teorías de Albert Bandura y se aborda desde la teoría sociocognitiva del yo. Analiza el papel del pensamiento y su influencia en el desarrollo del burnout, haciendo especial énfasis en la variable *autoeficacia* como relevante para la gestación de este síndrome.

Modelo tridimensional del burnout

Este modelo fue creado por Maslach y Jackson (1981) y complementado por otros autores como Golembiewsky, Munzenrider y Carter, Leiter y Maslach, Lee y Ashforth y Gil-Monte, como se cita en Quiceno y Vinaccia (2007). El modelo sostiene que el síndrome se desarrolla en un principio como agotamiento emocional, luego surge la despersonalización y, por último, como consecuencia de los anteriores fenómenos, aparece la baja realización en el trabajo (Gil-Monte, 2005). Es el modelo más utilizado para la medición del síndrome a nivel mundial.

En este orden de ideas, para estudiar las tres dimensiones Maslach y Jackson (1981) desarrollan el MBI, cuestionario que tiene como objetivo medir el *burnout* a través del análisis de las tres subescalas, y que se ha constituido como el instrumento más común en el ámbito internacional para medir este síndrome. La escala ha tenido tres revisiones, y en la última se introdujeron las profesiones no asistenciales y se reemplazó el término despersonalización por cinismo (Martínez, 2010). Tiene versiones para educadores —MBI - *Educators*, ES— y para profesionales enfocados en servicios humanos —MBI - *General Survey*, GS— (Olivares, 2016).

Sin embargo, Olivares y Gil-Monte (2009) encontraron en varias investigaciones que el MBI presenta algunas debilidades psicométricas, por lo que

recomiendan utilizar el Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo —CESQT—. Para estos autores las principales debilidades del MBI tienen que ver con una reducida claridad en la definición de la sintomatología, traducciones con composición gramatical confusa, inadecuada redacción de los ítems y una estructura factorial cuestionable.

Lo anterior fue corroborado en el estudio de Guevara y Ocampo (2016), quienes establecen que el instrumento muestra inconsistencias en su estructura factorial y se requiere incrementar su validez y confiabilidad. De ahí que Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez (como se citó en Gil-Monte y Zúñiga, 2010) mencionen las deficiencias psicométricas que tiene el MBI, especialmente cuando se adapta a otro idioma diferente al inglés, por lo cual se hace necesario el diseño de otros instrumentos de evaluación.

Por último, el MBI ha sido recientemente validado en México (Aranda *et al.*, 2016), Brasil (Da Silva, Da Veiga, Flores y Zampieri, 2015), Chile (Buzze-tti, 2015) y Colombia (Hederich y Caballero, 2016). La versión colombiana es para estudiantes universitarios.

Modelo de Price y Murphy —1984—

El síndrome de *burnout* se asemeja a un proceso de duelo en el que el individuo pasa por tres pérdidas: en el nivel personal, interpersonal e institucional. Se proponen seis fases sintomáticas:

Desorientación. Sentimiento de extrañeza ante la nueva situación laboral. El trabajador mide los objetivos que ha alcanzado y desarrolla un sentimiento de fallo profesional.

Inestabilidad emocional. Se producen cambios emocionales a causa de la falta de apoyo emocional, siguiendo conductas de evitación y actitudes de distanciamiento.

Culpa. Se genera como consecuencia del fracaso percibido como responsabilidad del trabajador, aunque las situaciones no están bajo su control.

Soledad. Consecuencia de las fases anteriores. Se puede continuar o superar. Cuando se supera, se desarrollan las siguientes fases.

Alivio. Percepción de superación de los aspectos difíciles del trabajo.

Restablecimiento. El individuo se ajusta al ambiente diferente. Si el cambio es positivo, se denomina crecimiento (Price y Murphy, 1984).

Modelo de Gil-Monte —2005—

Considera cuatro variables para la comprensión del *burnout*: ilusión por el trabajo —IT—, desgaste psíquico —DP—, indolencia —I— y culpa —C—. El modelo integra dos tipos de perfiles: el perfil uno, que se desarrolla con puntuaciones altas en las subescalas indolencia y DP, y bajas en IT, y el perfil dos, que se obtiene mediante la suma de las anteriores subescalas más altos niveles en la subescala c. De manera que el modelo evalúa también aspectos cognitivos, actitudinales y emocionales, y se operacionaliza en el CESQT diseñado por Gil-Monte (2011). Además, en el contexto hispanohablante se está consolidando actualmente como uno de los modelos más utilizados para evaluar el síndrome por sus adecuadas propiedades psicométricas.

El CESQT tiene una versión que se aplica a los individuos que trabajan atendiendo a personas y una versión alternativa con validación mexicana en la que se cambia la escala *indolencia* por *desencanto profesional* —CESQT-DP— y que se usa en personal que no trabaja atendiendo directamente a los clientes (Camacho, Juárez, Gil-Monte y Medellín, 2010).

Conclusiones

En la revisión sistemática de Díaz y Gómez (2016) se evidenció que entre 2000 y 2010 hubo una tendencia al empleo de marcos conceptuales e instrumentos diseñados por Maslach y Jackson (1981), seguidos por los del investigador español Gil-Monte. Esto se corroboró en la presente investigación, ya que en la revisión se observó que el MBI es el instrumento más utilizado para medir el síndrome de *burnout*, especialmente en Latinoamérica. De 14 estudios, 12 utilizaron el MBI en sus investigaciones, siendo Colombia, Chile y Brasil los países en donde más se usa, en tanto que el CESQT presenta poco uso —siendo utilizado en Colombia— según los otros dos artículos incluidos en la revisión.

Asimismo, se es pertinente proponer investigaciones que permitan la validación de los instrumentos de medición del *burnout*, específicamente en el contexto sanitario. Lamentablemente algunas investigaciones en Colombia se hicieron con una validación inconclusa del MBI.

Por su parte, si bien se han desarrollado diferentes modelos que explican el síndrome de *burnout*, se evidenció que el modelo tridimensional de Maslach permea la mayoría de los instrumentos psicométricos como teoría de base. Adicionalmente, se encontró que las variables centrales del MBI —agotamiento emocional, despersonalización y baja eficacia profesional— guardan una posible relación con las cuatro escalas del CESQT —ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa—. Se puede suponer, pues, que el agotamiento emocional se relaciona con el desgaste psíquico, la baja eficacia profesional con la ilusión por el trabajo y la despersonalización con la indolencia y la culpa.

Por otro lado, el síndrome de *burnout* es muy común en el personal de la salud, según cifras de prevalencia que informan porcentajes que oscilan entre el 10.5 % y el 89.66 % (Bedoya, 2017; Lima *et al.*, 2018; Loaiza y Quiroz, 2016; Terrones *et al.*, 2016, entre otros), pero en Colombia son muy pocos los estudios que dan cuenta de la prevalencia del SQT en el personal de APH; inclusive, las mayores investigaciones se han centrado principalmente en médicos y enfermeras, lo que deja amplios vacíos en este tema y genera interrogantes sobre la posible presencia de *burnout* en otros trabajadores sanitarios.

Más todavía, Young y Cooper (1995) señalan que:

[...] la investigación sobre la salud de los profesionales que se desempeñan en APH se ha basado en que tal trabajo es intrínsecamente agotador y que tiene un nivel de tensión mayor a otro tipo de actividades del área de la salud (p. 5)

No obstante lo cual hoy en día no se le ha dado relevancia a este asunto.

Después de una exhaustiva búsqueda y análisis de los textos relacionados con el síndrome de burnout en personal de APH, se encontró que existen pocos estudios realizados con el tema, empero, se logró identificar que este personal puede ser propenso a desarrollarlo por los diversos contextos y situaciones a los que se enfrenta cotidianamente en su labor, con base en el perfil de los pa-

ramédicos descrito por la Universidad de Antioquia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) y por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

Lo anterior se confirmó en la revisión sistemática de Loya et al. (2017) sobre burnout en el sector salud latinoamericano, quienes recopilaron información acerca de servicios de cuidados intensivos, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología, aunque no reportan datos sobre personal de APH.

En consecuencia, en Colombia aún no existen estudios que midan el *SQT* únicamente en APH, ni en relación con otras variables. En este sentido, resultaría interesante empezar a diseñar investigaciones en las que se mida el nivel de burnout en APH para poder empezar a hacer contribuciones al mejoramiento de su calidad de vida laboral, así como a la producción científica del país.

A su vez, a pesar de que el burnout es un constructo que nació dentro de las ciencias de la salud y que no es nuevo, aún no se ha estudiado a cabalidad ni determinado la prevalencia del síndrome para el personal de APH.

De igual manera, se considera la necesidad de analizar el síndrome de burnout con otras variables como accidentes e incidentes laborales, ausentismo laboral, estrategias de afrontamiento, entre otros. Por ejemplo, si bien existen algunos estudios que dan cuenta de diversos modos de afrontamiento tanto cognitivos, conductuales y afectivos —que utilizan tanto profesionales de la salud como de otras áreas y que presentan *SQT* (Montoya y Moreno, 2012; Popp, 2008; Torres, Acosta y Cruz, 2013)—, no se puede aseverar que sean los mismos que implemente un técnico en APH, teniendo en cuenta sus condiciones de trabajo y los riesgos a los que es expuesto día a día.

Finalmente, una vez identificada la prevalencia del síndrome y la relación con estas variables se hace importante generar programas y proyectos enfocados a la prevención e intervención del burnout, que impliquen tanto la cualificación de profesionales como el diseño de políticas públicas.

REFERENCIAS

- Agudelo, C., Castaño, J., Arango, C., Durango, L., Muñoz, V., Ospina, A., y Tabora, J. (2011). Prevalencia y factores psicosociales asociados al síndrome de *burnout* en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. *Archivos de Medicina*, 11(2), 91-100.
- Anchali, M. (2018). *Incidencia del Síndrome de Burnout en el personal prehospitalario del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito en las estaciones x1, x4, x6, x7 y x20 en el período julio-diciembre 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Central de Ecuador, Quito.
- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (HSS) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227.
- Aranzazu, G., y Rodríguez, M. (2015). *Prevalencia del síndrome de burnout en especialistas del área de la odontología en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana* (Tesis de especialización). Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.
- Arayago, R., González, A., Limongi, M., y Guevara, H. (2016). Síndrome de *burnout* en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus*, 20(1), 13-21.
- Bedoya, E. (2017). Prevalencia del síndrome de *burnout* en trabajadores de un hospital público colombiano. *Medisan*, 21(11), 3172-3179.
- Buitrago, S., y Garzón, S. (2012). *Características y frecuencia de aparición del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas como respuesta al mismo, en el personal del Centro de Atención a Urgencias Emergencia* (Tesis de pregrado). Universidad de La Sabana, Chía.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A. G. de Chile* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago.
- Camacho, A., Juárez, A., Gil-Monte, P., y Medellín, J. (2010). *Validez factorial de la Escala CESQT, versión desgaste profesional en población mexicana* (Disertación de simposio). 3er. Foro sobre factores psicosociales en el trabajo, Santiago.
- Carlin, M., y Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de *burnout*: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.

- Carrasco, S. (2011). *Síndrome de burnout y funcionalidad familiar en el personal paramédico de las instituciones de Socorro de la ciudad de Quito durante 2 meses* (Tesis de especialización). Universidad del Azuay, Cuenca.
- Carvalho, S., Rodrigues de C., Da Silva, C., Morais, A., Cerqueira, S., y Oliveira, C. (2016). Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU. *Enfermagem em Foco*, 7(3/4), 31-35.
- Castillo, I., Orozco, J., y Alvis, L. (2015). Síndrome de *burnout* en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 187-192.
- Cogollo, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D., y Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Aquichan*, 10(1), 43-51.
- Da Silva, M., Da Veiga, V., Flores, L., y Zampieri, M. (2015). Validação da escala MBI-GS: uma investigação general survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. *Revista de Gestão*, 22(3), 403-416.
- Díaz, F., y 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.
- Domínguez, E. (2015). *Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales* (Tesis de pregrado). Universidad de la Rioja, Logroño.
- Echeverri, N., Ruiz, J., Echeverri, F., y Cardona, D. (2010). Condiciones laborales del personal pre-hospitalario en algunas empresas de Medellín, 2008. *Revista CES Salud Pública*, 1(1).
- Ferrel, R., Sierra, E., y Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7(1), 29-40.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Cegesti. Éxito empresarial*, 160, 1-4.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 19(2), 181-197.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

- Gil-Monte, P. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). The Spanish Burnout Inventory (CESQT)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P., y Zúñiga, C. (2010). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- González, M., & Soto, C. (2010). *Niveles del síndrome de burnout en reanimadores y técnicos paramédicos del Samu Metropolitano de Chile* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago.
- Grisales, H., Muñoz, Y., Osorio, D., y Robles, E. (2016). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 41, 244-257.
- Guevara, L., y Ocampo, N. (2014). Propiedades Psicométricas de Confiabilidad y Validez del *Maslach Burnout Inventory - General Survey*. *Revista Interamericana de Psicología Organizacional*, 33(2), 128-142.
- Gutiérrez, O., Lobo, N., y Martínez, J. (2018). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Universidad y Salud*, 20(1), 37-43.
- Hederich, C., y Caballero, C. (2016). Validación del cuestionario *Maslach Burnout Inventory - Student Survey* (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 9(1), 1-15.
- Hena, D., Gutiérrez, A., Pando, M. & Tiesca, R. (2014). Relación entre factores psicosociales negativos y el síndrome de burnout en el personal sanitario de Florencia (Caquetá, Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 30(1). doi: 10.14482/sun.30.1.4314
- Hoppen, M., Kissmann, N., Chinelato, J., Pacheco, V., Wenczenovicz, C., Leifer, F., y Friedman, G. (2017). Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 115-120.
- Lima, A., Farah, B., y Bustamante, M. (2018). Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 283-304.
- Loaiza, L., y Quiroz, M. (2016). Prevalencia del síndrome de *burnout* en personal asistencial de un hospital del departamento de Risaralda - Colombia. *Revista Psicoespacios*, 10(17), 9-25.

- Loya, K., Valdez, J., Bacardí, M., y Jiménez, A. (2017). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 4-48.
- Mansilla, F. (2012). El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. En: *Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: teoría y práctica* (pp. 57-82). España: Editorial Académica Española.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach C., y Jackson, S. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2003*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto número 1477*. Recuperado de http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., y Barragán, A. (2018). Burnout in Health Professionals According to their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile. *Frontiers in Psychology*, 9(424), 1-6.
- Montoya, P., y Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de *burnout*, estrategias de afrontamiento y *engagement*. *Psicología desde el Caribe*, 29(1). 205-227.
- Muñoz, A., y Velásquez, M. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 202-211.
- Nowakowska, S., y Wolniewicz, L. (2017). Professional Burnout among Nurses and Paramedics. *Medical Science Pulse*, 11(2). 22-25.
- Olivares, V. (2016). Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43.
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el *burnout*. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63.
- Olivares, V., y Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del «Maslach Burnout Inventory» (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(23), 160-167.

- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de *burnout* y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.
- Price, D., y Murphy, P. (1984) Staff Burnout in the Perspective of Grief Theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2007). Burnout: «Síndrome de quemarse en el trabajo (sqT)». *Acta colombiana de psicología*. 10(2), 117-125.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M., y Pinzón, J. (2010). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010* (Tesis de especialización). Universidad del Rosario - Universidad CES, Bogotá.
- Sánchez, K., Loli, R., y Sandoval, M. (2015). Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias - Instituto de Gestión de Servicios de Salud (SAMU - IGSS). *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 3-9.
- Seguel, F., y Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome *burnout* en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería universitaria*, 11(4), 119-127.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., y Gras, M. (2014). The Consequences of Burnout Syndrome among Healthcare Professionals in Spain and Spanish Speaking Latin American Countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89.
- Tejada, P., y Gómez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(3), 863-73.
- Terrones, J., Cisneros, V., y Arreola, J. (2016). Síndrome de *burnout* en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 242- 248.
- Toro, D. (2014). *Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Manizales.
- Torres, M., Acosta, M., y Cruz, A. (2013). *Burnout* y estrategias de afrontamiento en personal de atención en salud en una empresa social del Estado nivel 2. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 16-19.

- United States Agency International Development. (2009). *Curso de soporte básico de vida (csbv) atención prehospitalaria (APH)*. Recuperado de <https://scms.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/MR%20-%20SBV.pdf>
- Universidad de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria* (2ª ed.). Bogotá: Universidad de Antioquia.
- Vega, P., González, R., Santibañez, N., Ferrada, C., Spicto, J., Sateler, A., y Bustos, J. (2015). Apoyo en duelo y burnout en equipos de enfermería de unidades pediátricas de hospitales chilenos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-6.
- Vizcarra, M., Llajas, V., y Limo, C. (2015). Clima laboral, burnout y perfil de personalidad: un estudio en personal asistencial de un Hospital Público de Lima. *Informes Psicológicos*, 15(2), 111-126.
- Young, K., y Cooper, C. (1995). Occupational Stress in the Ambulance Service: a Diagnostic Study. *Journal of Managerial Psychology*, 10(3), 29-36.