

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y COGNITIVAS DE HEMATOONCÓLOGOS EN COLOMBIA RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DEL 'BURNOUT'

Sociodemographic and cognitive characteristics of hematological oncologists in Colombia related to the burnout syndrome

► Laura Verónica Rodríguez Cifuentes¹, Patricia Hernández Zubieta², Javier Ignacio Godoy Barbosa³

¹ Magíster en Psicología, Universidad Católica de Colombia.

² Magíster en Psicología, Universidad Católica de Colombia.

³ Oncólogo clínico, Hospital Militar Central.

Resumen

Introducción: el *burnout* es un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, con mayor prevalencia en trabajadores del área de la salud.

Objetivos: describir las características sociodemográficas y cognitivas de un grupo de hematooncólogos en Colombia relacionadas con el síndrome del *burnout*.

Método: estudio transversal descriptivo con un muestreo no probabilístico por conveniencia, realizado con 60 médicos especialistas en hematología, oncología y hematooncología vinculados a la ACHO. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta de datos sociodemográficos y laborales de elaboración propia, cuestionario de esquemas de Young, inventario de pensamientos automáticos e inventario de *burnout* de Maslach.

Resultado: los resultados obtenidos mostraron la presencia de los esquemas cognitivos de autosacrificio y estándares inflexibles, así como las distorsiones de falacia de razón y de recompensa divina, presencia del *burnout* en niveles medios (M = 59,1), al igual que en las dimensiones de baja realización personal (M = 67,4), despersonalización (M = 59,6) y agotamiento emocional (M = 40,6). En relación con el género se encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas de SB (M = 74,8) que los hombres (M = 53,7).

Conclusiones: los hematooncólogos evaluados podrían desarrollar niveles superiores del *burnout* a futuro, sobre todo las mujeres, por lo cual es necesario encaminar acciones de prevención al respecto.

Palabras clave: síndrome del *burnout* (D002055), variables cognitivas, variables sociodemográficas, hematólogos, oncólogos (D000072103).

Abstract

Introduction: Burnout is a three-dimensional syndrome characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal achievement, with a higher prevalence among workers in the health area.

Objectives: To describe the sociodemographic and cognitive characteristics of a group of hemato-oncologists in Colombia related to the burnout syndrome.

Method: Descriptive cross-sectional study with a non-probabilistic sampling for convenience, carried out with 60 specialists in hematology, oncology and hemato-oncology linked to the ACHO. The instruments were a survey of sociodemographic and labor data of own elaboration, questionnaire of schemes of Young, inventory of automatic thoughts and the inventory of burnout of Maslach.

Result: The results of knowing the presence of self-sacrificing cognitive schemes and standards inflexible, as well as distortions of fallacy of reason and divine reward, presence of burnout in medium levels (M = 59.1), as in the dimensions of low personal fulfillment (M = 67.4), depersonalization (M = 59.6) and emotional exhaustion (M = 40.6). In relation to the gender that was found that women obtained higher SB (M = 74.8) than men (M = 53.7).

Recibido: 6 de octubre de 2017; **aceptado:** 22 de junio de 2018

DATOS DE CONTACTO

Correspondencia: Laura Verónica Rodríguez Cifuentes. **Dirección:** Transversal 78C # 6B-82 Casa 13. **Teléfono:** 318 362 5253.

Correo electrónico: vrodriguez89@gmail.com

Conclusions: The hemato-oncologists are able to develop higher levels of burnout in the future, especially for women, which is why it is necessary to take preventive actions in this regard.

Key words: Burnout syndrome, cognitive variables, sociodemographic variables, hematologist, oncologists (D000072103).

Introducción

El estrés es uno de los problemas que más afecta a los seres humanos, sobre todo cuando está relacionado con la actividad laboral¹. La respuesta al estrés laboral crónico ha sido descrita como el síndrome del *burnout* (SB)², caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal³.

El *agotamiento emocional* es la experiencia en la que las personas sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios². La *despersonalización* se entiende como el desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, distantes y frías hacia los beneficiarios del propio trabajo y los colegas, irritabilidad y falta de motivación hacia el trabajo, cinismo e ironía⁴. La *baja realización personal* se refiere a sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo, y sentido disminuido de autoeficacia⁵.

El SB es el resultante de la interacción de agentes del entorno social, laboral, y de características personales. Como parte de los factores laborales se encuentra relacionado con el clima y el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad⁶, entre otros; mientras que los factores personales están asociados con variables sociodemográficas, como el sexo, la edad, el estado civil, la profesión, al igual que con características de personalidad y estrategias de afrontamiento.

Se cree que el sexo no es un fuerte predictor del SB, aunque a menudo los hombres obtienen mayores puntajes en la dimensión de despersonalización y las mujeres en agotamiento emocional, lo que puede estar relacionado con estereotipos de sexo según roles⁷. Para la edad, las personas jóvenes reportan mayores niveles de SB, siendo más vulnerables en los primeros años de su carrera profesional⁸.

Para el estado civil, las personas solteras tienen mayor probabilidad de padecer SB a diferencia de las personas casadas o con pareja estable, e incluso hasta mayor que personas divorciadas, y más aún si tienen hijos, lo que sugiere que el soporte familiar amortigua

los efectos del estrés laboral y anula la sobreimplicación en el trabajo⁹. Aparte del factor protector que se considera la familia, se ha planteado la importancia que tienen las relaciones sociales sobre el efecto de los estresores laborales, es básico que exista un apoyo social que le permita a las personas sentirse queridas, valoradas y cuidadas, de ahí la relevancia de las actividades extralaborales¹⁰.

En una investigación llevada a cabo con 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica, se encontró que la prevalencia global de SB de la muestra fue del 11,4%. La prevalencia del SB en mujeres fue mayor que en los hombres; en la dimensión de agotamiento emocional, las mujeres puntuaron un 12% por encima de los hombres, pero obtuvieron menores niveles en las dimensiones de baja realización personal y despersonalización. En cuanto al estado civil, se evidenció mayor presencia en las personas solteras (14,6%); sin embargo, esta variable no mantuvo una asociación estadísticamente significativa con el SB, al igual que la edad¹¹.

La profesión ha sido una de las variables más importantes en el estudio del SB; las ocupaciones más vulnerables son aquellas centradas en proporcionar servicios a personas, como el área de la salud, aunque a lo largo de los últimos años el interés por estudiar el SB se ha extendido a otras profesiones¹². Las especialidades médicas con mayor riesgo de SB son aquellas que generan alta presión emocional por las características propias de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes, como es el caso del área de oncología¹³.

Según la revista oficial de la Sociedad Americana de Oncología Clínica, los estudios sobre el SB sugieren una prevalencia del 35% entre los oncólogos médicos, del 38% en los oncólogos de radiación (radioterapeutas) y del 28% al 36% entre los oncólogos cirujanos¹⁴. De hecho, en una investigación metaanalítica con estudios que evaluaron la presencia del SB en los profesionales que proveen cuidado y atención a pacientes con cáncer, se identificaron 461 estudios que cumplían con ciertos criterios, de los cuales se tuvieron en cuenta 10, que representaban 2.375 participantes en total. Los resultados mostraron una prevalencia global de agotamiento

emocional del 36%, despersonalización del 34% y baja realización personal del 25%, lo que demuestra heterogeneidad entre los estudios, y un alto nivel de SB en general en esta población¹⁵.

Otra de las variables a nivel personal está relacionada con los recursos psicológicos; desde los modelos cognitivos del estrés se otorga especial importancia a variables cognitivas como moduladoras del SB, ya que, aunque existen presiones y demandas ambientales que producen estrés en casi todas las personas, son las diferencias individuales las que determinan la sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos¹⁶. El modelo cognitivo plantea la existencia de patrones cognitivos estables que dan forma a un perfil cognitivo característico¹⁷, patente en ámbitos de esquemas, procesos (distorsiones cognitivas) y productos (pensamientos automáticos)¹⁸.

Los esquemas son estructuras cognitivamente estables que dictan los cursos de acción y de interpretación de las situaciones¹⁹, guían los pensamientos, sentimientos y conductas, mediante la interpretación de las demandas ambientales¹⁸. Dentro de los procesos se encuentran las *distorsiones cognitivas*, alteraciones en la forma de ver los hechos que buscan que la realidad sea coherente o se ajuste a las creencias no razonables de los individuos²⁰, y que operan a través de los esquemas. Los *pensamientos automáticos* son mensajes (pensamientos e imágenes)²⁰ que representan las conclusiones obtenidas por las personas basándose en las reglas del procesamiento de información a las que siguen²¹.

Con relación a variables cognitivas y al SB, se desarrolló una investigación con docentes de secundaria de Madrid; esta pretendía analizar la relación entre algunas consecuencias del malestar docente y variables de tipo cognitivo como las creencias irracionales y la autoeficacia. Se encontró que el 32% de la muestra presentó un alto nivel de estrés de rol y aproximadamente un 23% mostró elevado SB; aquellos profesores que tuvieron las puntuaciones más altas en creencias irracionales obtuvieron puntuaciones superiores en estrés del rol, somatización, SB y depresión. Sin embargo, la percepción de eficacia correlacionó negativamente con SB²².

El interés por este trabajo obedece a la responsabilidad de generar intervenciones tempranas sobre el síndrome en profesionales de la salud, en

especial para los futuros hematooncólogos, que se vinculan de manera permanente con el sufrimiento y la muerte.

Teniendo en cuenta la anterior revisión teórica e investigativa, el objetivo de esta investigación fue describir las características sociodemográficas y cognitivas de un grupo de hematooncólogos en Colombia relacionadas con el síndrome del burnout.

Materiales y métodos

Esta investigación es de corte transversal descriptivo, puesto que no se realizó manipulación de variables, los datos fueron recopilados en un único momento²³. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, los criterios de elegibilidad fueron: a) ser médicos especializados en hematología, oncología y hematooncología; b) estar afiliados de manera activa a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO); c) informar sobre su interés por participar de manera voluntaria en la investigación. La muestra estuvo conformada por 60 médicos especialistas de los 189 participantes potencialmente elegibles. Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

- Encuesta de datos sociodemográficos y laborales (elaboración propia).
- Maslach *Burnout* Inventory (MBI): desarrollado por Maslach y Jackson (1981) y validado para población colombiana por Castrillón (2013)²⁴. Es un instrumento autoaplicable que consta de 20 ítems de los 22 propuestos inicialmente por los autores; está conformado por tres dimensiones: baja realización personal (RP), despersonalización (DP) y agotamiento emocional (AE); cuenta con opción de respuesta tipo Likert, que oscila entre 1 y 5, la cual va de nunca a diariamente. En cuanto a los referentes psicométricos, el coeficiente Alfa de Cronbach de la prueba total es de 0,79 y para las dimensiones es de 0,80 para RP, 0,67 para DP y 0,70 para AE. Un resultado global o por factor que esté por encima del percentil 75 es un indicador de su presencia, por encima del percentil 85 es un indicador de presencia severa de cada factor o de *burnout* total.
- Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF): elaborado por Young (1998) y validado para población colombiana por Londoño *et al.* (2012)²⁵. Es un instrumento de libre acceso, autoaplicable,

que contiene 75 ítems mediante los cuales se identifican 15 esquemas desadaptativos: privación emocional (M = 9,61), abandono (M = 13,03), desconfianza/maltrato (M = 11,21), defectuosidad (M = 7,44), aislamiento social (M = 10,74), fracaso (M = 8,18), dependencia (M = 7,99), vulnerabilidad (M = 11,86), apego (M = 9,81), subyugación (M = 8,64), autosacrificio (M = 12,33), inhibición emocional (M = 10,54), estándares inflexibles (M = 14,81), grandiosidad (M = 13,17) y autocontrol insuficiente (M = 10,77). Las opciones de respuesta están diseñadas bajo una escala tipo Likert, que oscila entre 1 (totalmente falso) y 6 (me describe perfectamente). En cuanto a los referentes psicométricos, el coeficiente Alfa de Cronbach de la prueba total es de 0,95 y para los 15 esquemas está entre 0,74 y 0,89.

- Inventario de pensamientos automáticos (IPA): desarrollado por Ruiz y Luján (1991), como se citó en Ruiz e Imbernon (1999)²⁶, inventario de libre acceso, autoaplicable, que identifica los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en 15 distorsiones cognitivas. Consta de 45 ítems, con opción de respuesta tipo Likert, que oscila entre 0 y 3; se considera que una puntuación por encima de dos puntos indica la presencia de la distorsión en la actualidad, por encima de seis puntos puede ser indicador de una forma particular de interpretar los hechos.

Procedimiento

Inicialmente se estableció un convenio interinstitucional entre la ACHO y la Universidad Católica de Colombia para el desarrollo de la investigación. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera física en el marco del Segundo Congreso de Investigación en Hematología y Oncología, en la ciudad de Santa Marta, en agosto de 2015; los especialistas que de forma voluntaria estuvieron interesados en participar firmaron el consentimiento informado y autodiligenciaron los instrumentos. Posteriormente, vía correo electrónico se envió información de la investigación y con aquellos profesionales que contestaron informando su interés en participar se coordinó el envío del consentimiento informado y las pruebas para diligenciarlas de manera física y luego devolverlas a las investigadoras.

Estadística

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio del programa SPSS 20, los datos recolectados se analizaron de forma descriptiva, lo que permite identificar el comportamiento de las variables medidas para una mayor aproximación a la comprensión del fenómeno de estudio.

Resultados

La tabla 1 muestra la información descriptiva a nivel sociodemográfico.

Con respecto a la información laboral, es importante destacar que las puntuaciones medias indicaron que los hombres consideran que su trabajo es valorado por otros (M = 4,55, DE = 0,62), mientras que las puntuaciones de las mujeres fueron menores (M = 3,86, DE = 0,63), ubicándose en un rango regular según la escala de calificación. Del mismo modo, en la valoración de la remuneración económica, los hombres mostraron una valoración satisfactoria (M = 4,02, DE = 0,78), mientras que las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más bajas (M = 3,46, DE = 0,83), situándose en un rango regular según la escala de calificación.

Variables cognitivas

Los resultados obtenidos en las variables cognitivas permiten evidenciar en los médicos hematooncólogos puntuaciones por debajo de los valores de referencia en la mayoría de los esquemas mal adaptativos, excepto en los esquemas de estándares inflexibles, en los cuales se obtuvo una media de 15,91 con un valor de referencia de 14,81, y el esquema de autosacrificio con una media obtenida de 12,78 y valor de referencia de 12,33. El esquema de autosacrificio está relacionado con la voluntad de satisfacer las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, lo que puede generar la sensación de que las propias necesidades no se satisfacen adecuadamente; y el esquema de estándares inflexibles sugiere el esfuerzo por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica, así como perfeccionismo, entendido como atención desmedida a los detalles o subestimación del buen desempeño y en una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Es importante mencionar que las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas que los hombres en estos autoesquemas, lo cual indicaría posiblemente

Variable	N	%
Variables demográficas		
<i>Lugar de nacimiento</i>		
Bogotá	28	46,7%
Barranquilla	9	15,0%
Cali	7	11,7%
Medellín	3	5%
Otro	13	21,7%
<i>Lugar de trabajo</i>		
Bogotá	37	61,7%
Cali	8	13,3%
Medellín	5	8,3%
Barranquilla	3	5%
Otros	7	11,7%
<i>Sexo</i>		
Masculino	45	75%
Femenino	15	25%
<i>Edad</i>		
30 a 40 años	23	38,3%
41 a 50 años	19	31,7%
51 a 60 años	14	23,3%
61 a 70 años	4	6,7%
Variables familiares		
<i>Estado civil</i>		
Soltero	12	20%
Casado	43	71,7%
Unión libre	3	5%
Separado	2	3%
<i># hijos</i>		
0	20	33,3%
1	7	11,7%
2	21	35%
3	11	18,3%
4	1	1,7%
<i>Dinámica familiar</i>		
Regular	1	1,7%
Satisfactoria	20	33,3%
Muy satisfactoria	39	65%
Variables relacionadas con hábitos		
<i>Consumo de cigarrillo</i>		
Sí	2	3,3%
No	58	96,7%
<i>Consumo de alcohol</i>		
Sí	16	26,7%
No	44	73,3%
<i>Consumo de otras sustancias</i>		
Sí	2	3,3%
No	58	96,7%
<i>Aumento de consumo en el último año</i>		
Sí	5	8,3%
No	55	91,7%
<i>Estado de salud</i>		
Regular	8	13,3%
Buena	28	46,7%
Excelente	24	40%

Variable	N	%
<i>Actividades de ocio</i>		
Actividad física	39	65%
Lectura	12	20%
Actividades familiares	5	8,3%
Viajes	6	10%
Música, cine y televisión	18	30%
Variables relacionadas con la formación profesional		
<i>Especialidad</i>		
Hematología	12	20%
Oncología	17	28,3%
Hematooncología	27	45%
Hematooncología pediátrica	4	6,7%
<i>Tiempo de egresado</i>		
1-3 años	10	16,7%
3-6 años	9	15,0%
6-9 años	13	21,7%
>9 años	28	46,7%
<i>Percepción de exigencia de actualización</i>		
Nada exigente	1	1,7%
Poco exigente	1	1,7%
Regular	5	8,3%
Exigente	21	35,0%
Muy exigente	32	53,3%
Variables laborales		
<i>Horas de trabajo a la semana</i>		
30-40 horas	21	35,0%
41-50 horas	20	33,3%
>50 horas	19	31,7%
<i>Entidades a las que se encuentra vinculado</i>		
1	26	43,3%
2	26	43,3%
3	8	13,3%
<i>Incapacidad durante el último año</i>		
Sí	12	20%
No	48	80%
<i>Percepción experiencia profesional</i>		
Poco satisfactoria	1	1,7%
Regular	7	11,7%
Satisfactoria	24	40,0%
Muy satisfactoria	28	46,7%
<i>Percepción de la valoración de su trabajo por parte de otros</i>		
Regular	7	11,7%
Valorado	23	38,3%
Muy valorado	30	50,0%
<i>Percepción recompensa económica</i>		
Nada satisfactoria	1	1,7%
Poco satisfactoria	1	1,7%
Regular	15	25,0%
Satisfactoria	30	50,0%
Muy satisfactoria	13	21,7%

que las mujeres perciben en mayor medida que las necesidades de otros están por encima de las suyas y además tienden a exigirse más a sí mismas, y a mostrarse perfeccionistas y autocríticas.

Adicionalmente, se encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones elevadas en el esquema de defectuosidad con una media de 8,06 (DE = 5,02), teniendo como valor de referencia una media de 7,44, lo cual podría indicar una tendencia a percibirse como inapropiadas, sensibles a la crítica. Así mismo, otro esquema que reflejó puntuaciones por encima del valor de referencia fue el de subyugación (M = 8,64), tanto en hombres (M = 9,06, DE = 4,50) como en mujeres (M = 9,13, DE = 4,85), lo cual sugiere posiblemente una tendencia a evitar mostrar reacciones emocionales por temor a las consecuencias a nivel social.

En cuanto a las distorsiones cognitivas, los resultados muestran puntuaciones por encima de dos puntos en las distorsiones de falacia de recompensa divina (M = 2,7) y falacia de razón (M = 2,0). La primera hace referencia a la tendencia a no buscar soluciones a situaciones específicas suponiendo que la situación mejorará de manera mágica en el futuro, sin que se tomen acciones reales encaminadas a la resolución de dichas situaciones; y la segunda, a la tendencia a probar de forma frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto, sin tener en cuenta los argumentos del otro²⁶; en este aspecto nuevamente las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas que los hombres.

Síndrome del 'burnout'

Con respecto al SB, se encontró una media total de 59,1; en la escala de baja realización personal, 67,4; en despersonalización, 59,6; y en agotamiento emocional, 40,6, puntuaciones que sugieren la presencia del síndrome total en un rango promedio; sin embargo, porcentualmente, se encuentra que el 40% de la muestra presentó puntuaciones por encima del percentil 75, indicando una presencia del síndrome en niveles altos y mostrando, además, la posibilidad que tienen los demás participantes de desarrollar el síndrome a ese nivel. De nuevo se hallaron puntuaciones más altas del síndrome en general y en cada una de sus dimensiones en las mujeres, así como en aquellos participantes con edades comprendidas entre los 30 y los 40 años, mientras que los participantes con edades comprendidas entre los 61

y 70 años presentaron las puntuaciones más bajas; con respecto a la especialidad médica, los hematooncólogos fueron quienes reportaron puntuaciones más altas que el resto de las especialidades; de igual forma, los profesionales que tienen menor tiempo de egresados obtuvieron las puntuaciones más altas en el SB y sus dimensiones.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir las características sociodemográficas y cognitivas de profesionales de hematología y oncología en Colombia relacionadas con el SB. A nivel sociodemográfico es importante destacar que, en lo referente a la profesión y el ejercicio laboral, las mujeres perciben que su trabajo no es tan valorado por parte de otros como los hombres y, así mismo, que la remuneración económica que reciben no es tan satisfactoria. Lo anterior eleva la inquietud asociada con el rol profesional entre hombres y mujeres en labores donde existe un alto nivel de responsabilidad, en este caso centrado en los enfermos.

En cuanto a los componentes cognitivos, los resultados obtenidos en esta investigación señalan que los médicos especialistas no presentan esquemas mal adaptativos, dando cuenta de una funcionalidad cognitiva en términos de creencias, emociones y conductas asociadas a la interpretación de demandas ambientales. Aunque de acuerdo con las puntuaciones, es posible establecer una tendencia a interpretar los eventos bajo los esquemas de autosacrificio y estándares inflexibles, sobre todo en las mujeres, quienes obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres, tanto en estos esquemas como en defectuosidad y subyugación.

Con referencia a los procesos de la estructura cognitiva, es decir, las distorsiones, esta investigación permitió identificar tendencia a presentar errores en el procesamiento de la información relacionados con la falacia de razón y recompensa divina (así como en los datos anteriores, con mayores puntuaciones en las mujeres). Dichas distorsiones pueden estar reforzando los esquemas identificados; en el caso de la falacia de razón, es posible que esté retroalimentando al esquema de estándares altos e inflexibles, en función de dar la razón a los propios argumentos, generados por la necesidad de perfeccionismo y autoexigencia. Frente a lo anterior, es fundamental tener en cuenta lo planteado por Prieto (2011)²⁷, quien refiere que las creencias de

inadecuación, como la comparación constante con los demás, los pensamientos de inutilidad, junto con un elevado nivel de autoexigencia, el temor por cometer errores o ser valorado negativamente por los demás, correlacionan con mayores síntomas de SB que otras creencias.

De esta forma, con respecto al SB los resultados mostraron niveles promedio en cuanto a la presencia del síndrome total ($M = 59,1$) y cada una de sus dimensiones en los médicos hematooncólogos evaluados, sobre todo en la dimensión de baja realización personal ($M = 67,4$); aunque porcentualmente se encontraron altos niveles en el 40% de los médicos hematooncólogos, es importante tener en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala de baja realización personal, ya que algunos modelos explicativos del SB, como el de Gil-Monte, plantean el inicio del SB con la aparición de baja realización personal (dimensión cognitiva) y paralelamente altos niveles de agotamiento emocional (dimensión emocional), de tal forma que las actitudes de despersonalización que siguen a esos síntomas se consideran como una estrategia de afrontamiento desarrollada ante la experiencia de estrés crónico.

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con lo encontrado por Torres y Guarino (2013)²⁸ en su investigación, quienes evaluaron el síndrome en 93 médicos oncólogos venezolanos y encontraron una presencia moderada ($M = 60,7$), con mayores puntuaciones en realización personal ($M = 38,4$). Lo anterior posiblemente está relacionado con los factores personales como moduladores del síndrome, en este caso la profesión; Gálvez, Moreno y Mingote (2010)¹³ refieren que los profesionales de salud del área de oncología presentan un mayor riesgo de SB, debido a que generan alta presión emocional por las características propias de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes.

Continuando con los factores personales predictores del síndrome, a nivel teórico se ha planteado que el sexo no parece ser un fuerte predictor del SB y que generalmente los hombres obtienen mayores puntajes en la dimensión de despersonalización y las mujeres en agotamiento emocional^{5,7}; en esta investigación se encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas tanto en la evaluación global como en las dimensiones de baja realización personal, despersonalización y agotamiento emocional, lo que puede estar relacionado con la 'doble presencia', pues, aparte de

la presión laboral, las mujeres enfrentan las demandas domésticas y familiares que favorecen el estrés, y de cierta manera son responsables de la desigualdad laboral entre hombres y mujeres. Esto ya que las obligaciones domésticas pueden limitar a las mujeres en función de tiempo y acceso a puestos de dirección²⁹, por lo que su estatus laboral disminuye a medida que aumentan sus obligaciones sociales; es posible que esta explicación coincida con la percepción que mostraron las mujeres que participaron en esta investigación sobre la valoración de su trabajo y la remuneración salarial.

La edad ha sido considerada como otra variable predictora del SB, puesto que se cree que las personas pueden ser más vulnerables en los primeros años de carrera profesional⁸; en este caso los médicos especialistas con edades entre los 30 y 40 años, egresados de su especialidad hace tres años o menos, presentaron puntuaciones medias más altas de SB, tanto en baja realización personal como en despersonalización y agotamiento emocional, lo cual estaría relacionado con lo planteado por Maslach (2009)⁵ sobre la probabilidad que tienen las personas más jóvenes y, por lo tanto, con corta experiencia profesional de presentar el síndrome. Esto corresponde a lo reportado por Latorre y Saenz (2009)³⁰ en el estudio sobre perfil epidemiológico del SB en docentes en México, donde establecieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad, puesto que en los menores de 30 años obtuvieron una prevalencia del 63%, que va descendiendo en los mayores de 31 años y se desplaza de nuevo a niveles superiores de estrés pasados los 50 años; de tal forma que podría afirmarse que, independientemente de la profesión, la edad continúa siendo una variable asociada al SB.

En conclusión, la presente investigación, además de permitir la caracterización a nivel sociodemográfico y cognitivo de la muestra, contribuyó a establecer la relevancia que tendría para los hematooncólogos el tema del síndrome del *burnout* a partir del ejercicio profesional en funciones asociadas con el cuidado de los enfermos y el sufrimiento relacionado con enfermedades como el cáncer, sobre todo las mujeres, dando respaldo a los planteamientos teóricos y empíricos sobre el SB. Lo anterior conllevaría la necesidad de establecer programas de prevención para los especialistas asociados, teniendo en cuenta el rol de la mujer en este gremio, debido a que las puntuaciones de

desajuste en las escalas de valoración y en las escalas de tipo cognitivo mostraron mayor presencia en ellas. Otro factor que se reconoció en esta investigación corresponde a la edad, puesto que, a más temprana edad y menor tiempo de egreso de la especialidad, se presentan mayores puntuaciones frente al nivel del SB. Por esto sería importante que en los procesos de formación de los especialistas se pueda trabajar en el fortalecimiento de habilidades que les permitan hacer frente a la presión laboral que implican los primeros años de ejercicio profesional, aún más teniendo en cuenta que en el país continúa aumentando la prevalencia de cáncer, lo que resalta la necesidad de contar con profesionales altamente calificados en los niveles académico, laboral y psicológico.

Finalmente, esta y otras investigaciones han mostrado la relevancia de acoger variables que puedan estar asociadas con el SB, motivo por el cual también sería pertinente que a nivel de riesgos psicosociales se contemplen estrategias para prevenir y mitigar el síndrome en los trabajadores, lo que implica una tarea interdisciplinaria, que compete también a los psicólogos enfocados en las áreas asistenciales y organizacionales, y a las entidades gremiales de cada especialidad médica.

Frente a las limitaciones de la investigación, es preciso mencionar que no es posible generalizar los resultados a todos los médicos hematooncólogos colombianos, debido a que se contó con una muestra reducida por bajos niveles de participación.

Aspectos éticos

Esta investigación se desarrolló según el marco normativo de la Ley 1090 de 2006, que reglamenta el ejercicio de la psicología en Colombia y dicta el Código Deontológico y Bioético. Así mismo, la Ley 1581 de 2012, bajo la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, y la Resolución 8430 de 1993, según la cual esta investigación se cataloga con un riesgo mínimo, ya que no implicó intervención o modificación intencionada de variables biológicas, psicológicas o sociales de los participantes; únicamente se emplearon registros de datos a través de la aplicación de pruebas de diagnóstico a nivel psicológico. De acuerdo con las disposiciones anteriores, se elaboró y solicitó a los participantes el consentimiento informado.

La investigación fue revisada y aprobada por el comité de ética de la Universidad Católica de Colombia como parte de los requerimientos establecidos en convenio interinstitucional entre la ACHO y la Universidad.

Fuente de financiación del estudio

La ACHO financió el estudio según convenio de cooperación en investigación para el acceso a la muestra y el análisis de resultados.

Conflictos de interés

No se definen conflictos de interés por entidades gubernamentales o privadas. Según convenio entre la Universidad Católica de Colombia y la ACHO, los datos pertenecen a esta última.

Referencias

1. Salazar CA. Aspectos normativos en la legislación colombiana para la determinación como enfermedad profesional del estrés laboral. *Revista CES Salud Pública* [internet]. 2011 [citado 2017 oct 2]; 2(1):85-90. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1452/915
2. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En: Gil-Monte P, Moreno B, compiladores. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide; 2007. p. 21-41.
3. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Los Altos, CA: ISHK Maloor Books; 2003.
4. Napione M. ¿Cuándo se 'quema' el profesorado de secundaria? España: Ediciones Díaz de Santos; 2008.
5. Maslach J. Comprendiendo el burnout. *Revista Ciencia y Trabajo* [internet]. 2009 [citado 2017 oct 2]; 11(32):37-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/41126168_Comprendiendo_el_Burnout
6. Ortega C, López F. El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [internet]. 2004 [citado 2017 oct 2]; 4(1):137-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>.
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* [internet]. 2001 [citado 2017 oct 2]; 52:397-422. Disponible en: <http://www.wilmar-schaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
8. Jiménez J, Betancor L. El síndrome del *burnout* como riesgo psicosocial. Disponible en: <http://www.prevencionintegral.com/actualidad/editorial/2013/05/26/sindrome-del-burnout-como-riesgo-psicosocial>
9. Cáceres G. Prevalencia del síndrome del *burnout* en personal sanitario militar [tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2006.
10. Martínez A. El síndrome del burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia Revista de Comunicación* [internet]. 2010 [citado 2017 oct 2]; (112):1-39. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

11. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del *burnout* en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española Salud Pública* [internet]. 2009 [citado 2017 oct 2]; 83(2):251-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083206>
12. Torres B, San Juan C, Rivero A, Herce C, Achucarro Y. *Burnout* profesional: ¿un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones* [internet]. 1997 [citado 2017 oct 2]; 13(1):1-29. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/274393352_Burnout_profesional_Un_problema_nuevo_Reflexiones_sobre_el_concepto_y_su_evaluacion
13. Gálvez M, Moreno B, Mingote J. El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas. *El vuelo de Ícaro*. España: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
14. Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol* [internet]. 2012 [citado 2017 oct 2]; 30(11):1235-41. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jco.2011.39.7380>
15. Trufelli DC, Bensi CG, García JB, Narahara JL, Abrão MN, Diniz RW, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* [internet]. 2008 [citado 2017 oct 2]; 17(6):524-31. Disponible en: http://www.academia.edu/13653261/Burnout_in_cancer_professionals_a_systematic_review_and_meta-analysis
16. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
17. Beck A, Freeman A. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica S.A.; 1995.
18. Clark D, Beck A. Estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En: Caro I, compilador. *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós; 1997. p. 119-27.
19. Caro I. *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. España: Descleé de Brower S.A.; 2011.
20. Beriso A, Plans B, Sánchez M, Sánchez D. *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. Madrid: EOS; 2003.
21. Freeman A, Oster C. *Terapia cognitiva de la depresión*. En: Cabballo V, editor. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Siglo Veintiuno; 1997. p. 543-74.
22. Bermejo L. Variables cognitivas mediadoras en el malestar docente. *Mapfre Medicina* [internet]. 2007 [citado 2017 oct 2]; 18(1):4-17. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol18-n1-art4-estres-profesor.pdf>
23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill; 2010.
24. Castrillón, D. Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2013 (en prensa).
25. Londoño N, Schnitter M, Marín C, Calvete E, Ferrer A, Maestre K, et al. Young Schema Questionnaire-Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica* [internet]. 2012 [citado 2017 oct 2]; 11(1):147-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672012000100012&script=sci_arttext&lng=en
26. Ruiz J, Imbernon J. Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. 2ª ed. [internet]. Disponible en: www.psicologia-online.com
27. Prieto M. Estrés y ansiedad en profesores. *Revista Crítica* [internet]. 2011 [citado 2017 oct 2]; 61(974):42-5. Disponible en: http://www.revista-critica.com/administrador/components/com_avzrevistas/pdfs/e80b23dbdecd08c-1871d57a0507c0554-974-Emociones-que-nos-rompen-ansiedad-y-depresi--n---jul.ago.2011.pdf
28. Torres B, Guarino L. Diferencias individuales y *burnout* en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*. 2013;12(1):95-104.
29. Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E. *Salud laboral, riesgos laborales, psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide; 2013.
30. Latorre I, Sáez J. ¿Cuál es el perfil epidemiológico de padecer burnout en profesores no universitarios de la región de Murcia? *Reifop* [internet]. 2009 [citado 2017 oct 2]; 12(1):77-83. Disponible en: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1240872812.pdf