

**BURNOUT Y ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN  
TRABAJADORES HUMANITARIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

**AURA MARGARITA JOJOA TOBAR**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología  
Mayo de 2011**

**BURNOUT Y ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN  
TRABAJADORES HUMANITARIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

**AURA MARGARITA JOJOA TOBAR**

**Asesor**

**Ps. ÁLVARO H. ÁLVAREZ C.**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología  
Mayo de 2011**

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
METODOLOGIA .....	15
Tipo de estudio.....	15
Participantes .....	15
Población.....	15
Muestra.....	15
Criterios de inclusión .....	16
Instrumentos.....	17
Cuestionario de calidad de vida profesional .....	17
Encuesta de información general .....	19
Variables sociodemográficas .....	19
Variables laborales.....	19
Características de la acción humanitaria .....	20
Hipótesis.....	20
Hipótesis de trabajo.....	20
Hipótesis nula.....	21
Procedimiento .....	21
Elementos éticos y bioéticos .....	22
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	24
Descripción de la muestra .....	24
Características sociodemográficas .....	24

Características laborales.....	25
Características de la acción humanitaria.....	25
VARIABLES DE ESTUDIO.....	25
Burnout.....	25
Estrés traumático secundario.....	26
Análisis de variables sociodemográficas y Burnout.....	27
Resultados de variables laborales y niveles de Burnout.....	29
Resultados de las características de la acción humanitaria y niveles de Burnout.....	30
Resultados de variables sociodemográficos y STS.....	31
Resultados de variables laborales y STS.....	33
Resultados de características de la acción humanitaria y STS.....	33
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	42
REFERENCIAS.....	45
ANEXOS.....	52

**LISTA DE TABLAS**

*Tabla 1.* Escalas e ítems ProQOL ..... 18

*Tabla 2.* Calificación del ProQOL ..... 18

*Tabla 3.* Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas 24

*Tabla 4.* Tabla de frecuencias respecto a las características laborales..... 25

*Tabla 5.*Tabla de frecuencia respecto a características de la acción humanitaria  
..... 25

*Tabla 6.* Tabla de contingencia edad y niveles de Burnout ..... 27

*Tabla 7.* Tabla de contingencia Género y niveles de Burnout ..... 28

*Tabla 8.* Tabla de contingencia estado civil y niveles de Burnout ..... 28

*Tabla 9.* Tabla de contingencia Nivel educativo y Burnout ..... 29

*Tabla 10.* Tabla de contingencia tipo de cargo y niveles de Burnout..... 29

*Tabla 11.*Tabla de contingencia tiempo trabajado y niveles de Burnout..... 30

*Tabla 12.* Tabla de contingencia percepción de seguridad y niveles de  
Burnout ..... 30

*Tabla 13.* Tabla de contingencia por tipo de población y niveles de Burnout  
..... 31

*Tabla 14.*Tabla de contingencia edad y STS..... 31

*Tabla 15.* Tabla de contingencia Género y niveles de STS ..... 32

*Tabla 16.* Tabla de contingencia estado civil y niveles de STS..... 32

*Tabla 17.*Tabla de contingencia presencia de hijos y Niveles de STS ..... 33

*Tabla 18.* Tabla de contingencia tipo de cargo y STS ..... 33

*Tabla 19.* Tabla de contingencia percepción de seguridad y STS ..... 34

*Tabla 20.* Tabla de contingencia de Grupos por tipo de población y niveles de  
STS..... 34

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. <i>Nivel de Burnout en la población</i> .....	26
Figura 2. <i>Nivel de STS en la población</i> .....	27

## RESUMEN

El objetivo del presente proyecto fue establecer la relación de Burnout, estrés traumático secundario STS, y las características sociodemográficas, laborales y propias de la atención humanitaria en trabajadores humanitarios del departamento de Nariño. Para ello se realizó un estudio cuantitativo de tipo correlacional, con una muestra de 40 trabajadores humanitarios del departamento de Nariño. La información fue recolectada mediante el cuestionario de calidad de vida profesional ProQOL IV (Stamm, 2010) y un instrumento que recolectó información de las demás variables. El estudio dio como resultado la presencia de Burnout bajo en el 77.5% de la muestra y el restante 22.5% no presenta este síndrome. Respecto al STS los resultados indican que en el 55% de la muestra se encontró presencia de niveles bajos de esta problemática. Utilizando la prueba estadística  $\chi^2$  para la correlación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las variables socio-demográficas, laborales y las características de la atención humanitaria respecto a Burnout y STS. En el análisis descriptivo de las tendencias de los resultados, se encontraron relevantes para el síndrome de Burnout: Género, estado civil, percepción de seguridad y tipo de población a la que asiste y de STS las tendencias más significantes fueron Paternidad y grupo por tipo de población a la que asiste. El presente estudio ofrece datos e información general del estado psicosocial del trabajador humanitario participante en la investigación.

*Palabras claves:* Burnout, estrés traumático secundario, trabajador humanitario

**ABSTRACT**

The objective of this project was to describe Burnout and secondary traumatic stress STS, in humanitarian workers who carrying out their work in the department Nariño. To do this it performed a quantitative descriptive study, with a sample of 40 humanitarian workers of Nariño department. The Information was collected through the questionnaire ProQOL IV (Stamm, 2010) and an instrument that collected information about demographic, work and own work humanitarian variables. The study resulted in the presence of burnout in 77.5% of the sample, recording scores that place them at a low level, and remaining 22.5% do not have this syndrome. Regarding secondary traumatic stress, the results indicate that 55% of the samples showed the presence of levels low this issue and 45% do not have this syndrome. There is a significant relationship between Burnout and secondary traumatic stress. It is found that the workplace is related to the presence of Burnout. In the descriptive analysis of trends of results were relevant to the Burnout Syndrome: Gender, marital status, perceived security and type of population attends STS and significant trends were Paternity and type of group population attends. This study provides data and an overview of state aid worker psychosocial research participant.

*Key words:* Burnout, secondary traumatic stress, humanitarian worker.

## INTRODUCCIÓN

La problemática de violencia en Colombia se viene desarrollando desde principios de la década de 1960, causando una grave crisis humanitaria que se refleja en el desplazamiento forzado, secuestros, accidentes con minas antipersonales, masacres, asesinatos selectivos, confinamiento, violaciones de los Derechos Humanos, transgresiones al Derecho Internacional Humanitario, entre otras problemáticas. Álzate (2005) plantea que las relaciones sociales se ven permeadas por estas situaciones y es allí donde la guerra ejerce un impacto inherente sobre la salud mental individual y colectiva; indica además que “entre los acontecimientos que afectan las relaciones sociales es, sin duda, la guerra el que causa los efectos más profundos por lo que tiene de crisis socioeconómica y de catástrofe y por lo que arrastra de irracionalidad y deshumanización” (párrafo 9).

Frente a esta situación, la población civil y no combatiente que queda en medio del conflicto, está desprotegida y ve vulnerados sus derechos. Es aquí que intervienen las Organizaciones Humanitarias, las Organizaciones Defensoras de los Derechos Humanos, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), entre otros. De acuerdo con el concepto que proponen Abrisketa & Pérez (2000), el objetivo de estas organizaciones radica (a) luchar contra las desgracias humanas originadas por las consecuencias que generan las guerras, (b) aliviar su sufrimiento, (c) garantizar su subsistencia, (c) proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como en ocasiones (f) frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad.

Es reconocido el aporte que prestan estas organizaciones en la reconstrucción del tejido social en nuestro país. Patten (2004, citado por Medios para la Paz, 2004) resalta la importancia de estas organizaciones en el terreno de la paz, derechos humanos, equidad social y desarrollo. Sin embargo la atención para estudios, investigaciones y acciones se centra generalmente en la población objeto de las intervenciones y muy poco en las problemáticas que afrontan los profesionales y equipos que abordan el tema de violencia, en donde corre peligro su integridad física y emocional. Mendiá (2000) afirma que el riesgo siempre ha estado presente en la

labor humanitaria; pero su incremento en los últimos años ha generado una preocupación creciente entre las organizaciones, respecto a la seguridad en el trabajo humanitario.

Considerando el escenario al que se enfrenta el trabajador humanitario es preciso indicar que esta población es susceptible de ser afectada por los aspectos negativos de la tarea de asistencia, que son el padecer síndrome de Burnout o de estrés traumático secundario, STS (Stamm, 2010).

A lo largo de este apartado se presenta la información sobre Burnout y STS de la siguiente manera: definiciones conceptuales, características de los constructos, sintomatología y algunos antecedentes investigativos que contemplan el estudio de las variables objeto de estudio de la presente investigación.

Freudenberg (1974, citado en Aron & Llanos, 2004) define el Burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas [...] no se trata solo de cansancio, sino, de una especie de ‘erosión del espíritu’, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros” (pág. 2).

El Burnout hace referencia a sentimientos de desesperanza y dificultades en relación con el trabajo o realizar el trabajo con eficacia (Stamm, 2010).

En el desarrollo teórico del Burnout, Maslach & Jackson (1981) lo proponen como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se puede identificar su evolución en cinco fases de desarrollo, iniciando con una etapa de idealismo y entusiasmo; luego viene el estancamiento, período en el que se percibe un desequilibrio entre las demandas y los recursos; luego la frustración, período de desilusión y baja motivación laboral, generando problemas emocionales, físicos y conductuales; en la cuarta etapa se presenta la apatía, manifestada con una resignación ante la impotencia por cambiar las cosas; finalmente la etapa de “quemado” la cual se manifiesta de forma contundente el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Fidalgo, 2009).

En torno a este síndrome se han desarrollado diversas investigaciones para su comprensión, al respecto se ha señalado que algunas personas parecen tener mayor

riesgo de experimentar Burnout, pero existen discrepancias en la literatura respectiva porque las investigaciones han aportado resultados poco claros o consistentes en cuanto a la influencia de los factores sociodemográficos en el Burnout. entre las investigaciones que tratan estas variables están las de Moreno-Jiménez, Seminotti, Garroza, Rodríguez-Carvajal & Morante (2005) quienes analizaron el síndrome de Burnout y los procesos de afrontamiento en una muestra de 130 sujetos que hacían parte del personal médico de ocho hospitales públicos de Madrid; considerando variables como edad, género, estado civil, nivel educativo, años de trabajo, tipo de población a la que atiende; encontrándose una relación significativa entre Burnout y variables como la edad, el género, el estado civil y tipo de población a la que atienden. Adali, Priami, Evagelou, Mougia, Ifanti, & Alevizopoulos (2003), investigaron en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. Teniendo en cuenta género, edad, número de hijos, experiencia laboral, control directivo, tiempo dedicado al trabajo; hallándose en esta muestra niveles moderados de Burnout y relaciones significativas con este síndrome, la edad y el nivel educativo. Moreno-Jiménez; Meda, Rodríguez, Palomera & Morales, (2006), estudian la prevalencia y los factores sociodemográficos asociados al síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos. Entre los considerados se tiene edad, género, niveles de estudio, área de trabajo, tipo de centro, tiempo de interacción con pacientes; esta investigación concluye que la muestra presentó niveles bajos de Burnout y que los factores sociodemográficos estadísticamente significativos fueron: El tiempo de interacción con los pacientes, el área de trabajo, el género y el nivel de estudios. Por su parte, Castro (2009), trabajó las características sociodemográficas y académicas relacionadas con Síndrome de Burnout en 438 estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño; encontrando un nivel de prevalencia de este síndrome de 15.5% en la muestra y relaciones significativas entre Burnout y las siguientes variables: Género, zona municipal y jornada de estudio.

De igual manera los trabajadores humanitarios, al estar estrechamente relacionados con las víctimas, sus sufrimientos y traumas, son susceptibles de presentar STS, el cual es definido por Figley (1995) como aquellas emociones y conductas que resultan al informarse de un evento traumático que ha experimentado

otra persona. Los factores según Figley (1997, citado por Morante 2007) que se relacionan con el STS en los trabajadores de ayuda son su capacidad de empatizar, el comportamiento que tiene hacia la víctima, la capacidad de distanciar su vida laboral de la profesional y el sentimiento de satisfacción por ofrecer su ayuda. Así también, Moreno, Morante, Garrosa & Rodríguez (2004) proponen tres factores para comprender el STS que son: fatiga por compasión, sacudida de creencias y sintomatología postraumática relacionada con el fenómeno; Stamm (2010) ha considerado esto en la construcción del instrumento ProQOL que entre sus dimensiones contempla el STS.

La atención diagnóstica del STS, se dirige hacia la forma como la persona responde a acontecimientos caracterizados por muerte o amenaza a la integridad física de otra persona, si se reaccionó con temor, desesperanza u horror intenso y si como consecuencia de ello, se han presentado síntomas de reexperimentación del hecho traumático, evitación de los estímulos asociados al trauma e hiperactivación (Moreno, Morante, Garrosa & Rodríguez, 2004). Así también estos autores han encontrado dos puntos importantes dentro de los modelos explicativos del STS, en primer lugar que este es un síndrome característico en profesionales de ayuda y en segundo lugar que es la empatía la que explica el porqué se presenta STS en unas personas y en otras no se presentan estos síntomas o son aislados.

Se puede decir entonces, que la construcción de las bases teóricas del STS es relativamente reciente como referencia el año 1995 con Figley, Dutton, Stamm, entre otros nuevos teóricos que vienen trabajando en la consolidación de este constructo y en la identificación de las variables desencadenantes y moderadoras del mismo. Entre las investigaciones dirigidas a este fin se identifica los siguientes estudios: Moreno-Jiménez, Meda, Rodríguez, Arias & Palomera (2011). Realizaron una investigación para la validación Mexicana de la escala de STS, en 427 profesionales en emergencia y bomberos; los resultados resaltan la naturaleza estresante de la actividad de trabajo con víctimas y considera que las variables organizacionales, contextuales e individuales ejercen una influencia en el proceso para que se de STS, Igualmente, Eriksson, Vande, Gorsuch, Stephen & Foy, (2001), realizan un estudio respecto a la exposición al STS y los síntomas en el personal de socorro y desarrollo personal de 5

agencias de ayuda humanitaria donde se revisó la exposición directa o indirecta de acontecimientos que amenazan la vida y factores de apoyo social (compañeros, amigos, pareja y familia); los resultados muestran que un 30% de los encuestados reportaron síntomas significativos de STS, además, que la exposición vicaria a los acontecimientos que amenazan la vida y su relación con las variables de apoyo social se relacionan significativamente con la severidad del STS.

Por otra parte, Morante (2007) analiza los factores que condicionan y modulan la aparición del estrés traumático secundario y del desgaste profesional en una muestra de 419 profesionales de diferentes servicios de atención médica urgente adscritos a la Comunidad de Madrid, se tuvo en cuenta la correlación interna de estos síndromes, factores sociodemográficos como edad, género, estado civil, número de hijos, nivel de estudio, años en el puesto, cargo, turnos, creencias religiosas entre otras variables; en primer lugar los resultados muestran que el Burnout se relaciona significativamente con el STS, esto indica que las manifestaciones de un síndrome, pueden facilitar el desarrollo del otro, respecto a las variables sociodemográficas analizadas, se encontraron estadísticamente significativas para el Burnout género, nivel de estudios, años en el puesto y cargo; para STS fueron significativos factores como estado civil, cargo y creencias religiosas. En este mismo sentido Rudolph, Stamm&Stamm (1997) en la que examinan los riesgos potenciales y factores mediadores en el desarrollo del STS y Burnout en cuidadores, quienes tienen en cuenta variables como género, niveles de educación, experiencia profesional, fuertes relaciones de afecto (amigos, pareja, familia), estado civil; encontrando que a mayor nivel educativo, mayor riesgo de presentar STS y Burnout, resaltan una tendencia significativa relacionada con el género. También, se evidencia que uno de cada tres cuidadores reporta alto riesgo de presentar STS y uno de cada dos esta en riesgo de padecer Burnout. Como se aprecia en las anteriores investigaciones la calidad de vida profesional y en lo que respecta al Síndrome de Burnout y el STS, se presenta como un fenómeno complejo y multicausal y que suele estar condicionado por más de un factor antecedente a la vez (Morante, 2004).

Siguiendo la línea del modelo interactivo transaccional, Morante (2004) refiriéndose al Burnout y STS plantea la necesidad de enfocar los estudios hacia la interacción de

factores individuales y contextuales que permitan aproximarse al entendimiento de la naturaleza de la respuesta del individuo a la exposición a material traumático y considerar para su explicación variables laborales, organizacionales dentro de los principales desencadenantes de estos síndromes, así mismo tiene en cuenta los factores individuales o personales como variables moderadoras del proceso. En torno a este modelo se desarrollo la presente investigación.

Considerando el postulado anterior, se propone como objetivo general establecer la relación de Burnout, STS y las características sociodemográficas, laborales y propias de la atención humanitaria en trabajadores humanitarios del departamento de Nariño. Para ello se plantearon como objetivos específicos (a) Describir el nivel de Burnout y STS que se presenta en los trabajadores humanitarios del departamento de Nariño; (b) Establecer la relación de Burnout, STS y las características sociodemográficas en los trabajadores humanitarios de Nariño; (c) Determinar la relación de Burnout, STS y las características laborales en los trabajadores humanitarios de Nariño; y (d) Establecer la relación de Burnout, STS y las características de la atención humanitaria en los trabajadores humanitarios de Nariño.

Los trabajadores humanitarios que ejercen su labor en el departamento de Nariño fueron la población a abordar en este proyecto, buscando incrementar el conocimiento acerca de las implicaciones que tienen los trabajadores del campo humanitario al laborar en contextos de conflicto armado interno, realizando un aporte teórico y aplicado que permite sensibilizar tanto a los organismos como a trabajadores humanitarios en la necesidad de establecer mecanismos protectores en el contexto regional, donde al agudizarse el conflicto ha aumentado la presencia de organizaciones humanitarias.

Así también el aporte de la investigación se extiende al contexto general del servicio humanitario en la región, en la comprensión de la dinámica presente al interior de estas organizaciones, toda vez que las variables de este estudio afectan tanto la calidad de vida de las personas que trabajan en estos contextos como también la calidad de la atención que brindan las organizaciones.

El presente trabajo está enmarcado desde el campo de la psicología de la salud, la cual busca promover y mantener el bienestar aplicando los conocimientos psicológicos y teniendo en cuenta el contexto social, político, cultural que le permitan identificar riesgos, generar estrategias de prevención y adoptar intervenciones adecuadas ante la enfermedad y al presentarse dentro de una dinámica organizacional permite identificar si esta problemática están ejerciendo un impacto en las funciones de las organizaciones humanitarias.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos en el proceso investigativo, se espera contribuir al desarrollo del conocimiento científico en la región, teniendo en cuenta que al interior del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño se están llevando a cabo procesos estructurados dentro de la línea de investigación en salud, siendo el Burnout y el STS parte de este contenido teórico. Por tanto su estudio aporta a la comprensión de estos síndromes en el contexto. De este modo, los resultados descriptivos y correlacionales de la presente investigación aportan a fortalecer la línea de base para nuevas propuestas que quieran dirigir su esfuerzo en pro de “*cuidar a los que cuidan*”.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio**

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación cuantitativa, de tipo correlacional. Según Hernández, Fernández & Baptista (2008), tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, en un contexto particular. Así se pretende medir la relación de las variables sociodemográficas, laborales y las características de la acción humanitaria respecto a Burnout y STS.

### **Participantes**

#### ***Población***

Trabajadores humanitarios que asisten a víctimas de la violencia en el departamento de Nariño.

#### ***Muestra***

Se realizó un muestreo no probabilístico denominado muestreo por conveniencia (Casal & Mateu, 2003) o intencional (Hernández et al; 2008), que consiste en la selección de la muestra por medio de métodos no aleatorios, en el cual

la unidad de trabajo tiene características similares a las de la población objetivo, que para el caso son los trabajadores humanitarios que asisten a víctimas de la violencia en el departamento de Nariño. Este tipo de muestreo se usa cuando no hay posibilidades de un muestreo estadístico aleatorio, como en la presente investigación, dadas las condiciones de diversidad, movilidad y dificultad de encontrar una base de datos unificada de la población objeto del presente estudio. Por tanto se tuvo en cuenta los siguientes criterios que permitieran homogenizar la población.

***Criterios de inclusión***

Persona que trabaje en una organización no gubernamental ONG local, nacional, internacional, religiosa; institución gubernamental, organización comunitaria, institución, agencia o fundación que en el momento estén dirigiendo sus acciones de ayuda a las víctimas del conflicto armado en el departamento de Nariño.

Trabajadores humanitarios que hayan firmado y aceptado su participación a través del consentimiento informado.

Trabajadores humanitarios que hayan diligenciado correcta y completamente el cuestionario de calidad de vida profesional ProQOL y la encuesta de información general.

La muestra, luego de revisar los criterios de inclusión y quedo conformada por 40 trabajadores humanitarios pertenecientes a las siguientes instituciones:

Secretariado Nacionalidad de Pastoral Social (SNPS) Programa: Educación en el riesgo y asistencia a víctimas de minas antipersonales.

(SNPS) Programa: Violencia Basada en Genero.

(SNPS) Ipiales. Programa: REA Respuesta Humanitaria de emergencia.

(CCCM) Campaña Colombiana Contra Minas.

(CNRR) Comisión Nacional de Reconciliación y Reparación.

DEMOSPAZ Fundación desarrollo democracia y paz.

Movilidad Humana.

RED Fundación para la educación de los refugiados.

Convenio: Organización Internacional para las Migraciones (OIM)-Artesanías de Colombia.

Organización Internacional (Participación confidencial).

Estos trabajadores humanitarios dirige principalmente su acción a víctimas de minas, víctimas del secuestro, comunidad en confinamiento, personas privadas de la libertad, violencia sexual en el marco del conflicto, personas en situación de desplazamiento, desmovilizados de grupos armados, heridos de guerra (civiles heridos en el marco de acciones armadas), personas en riesgo de reclutamiento, familias vulnerables, jóvenes en condiciones y en riesgo de vulnerabilidad, mujeres cabeza de familia y mujeres vulnerables, campesinos víctimas de la erradicación, entre otras problemáticas enmarcadas en el conflicto armado.

### **Instrumentos**

#### ***Cuestionario de calidad de vida profesional***

Se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (ProQOL) versión IV tercera revisión, ya que permite en un solo instrumento medir las dos variables objeto de este estudio, síndrome de Burnout y STS, incluidas en el elemento Fatiga de Compasión, componente principal de la prueba.

Una de las características especiales del instrumento es que sus autores autorizan y solicitan la aplicación y uso del cuestionario de forma gratuita bajo los siguientes requerimientos: (a) la prueba puede ser copiada libremente siempre y cuando se reconozcan los derechos de autor; (b) no venderla o cobrar su aplicación; y (c) no se realizarán cambios distintos de los autorizados a continuación: se puede sustituir el grupo objetivo adecuado para la población, por ejemplo, si se está trabajando con los maestros, se reemplaza en todas las menciones a la población. Se autorizan todos los cambios relacionados con la contextualización del instrumento, siempre y cuando se incluyan en cursiva entre corchetes en la plantilla original del cuestionario (Stamm 2009). De esta forma es posible realizar un proceso de adaptación del lenguaje de la prueba para aplicarla adecuadamente en la población objetivo. El formato original de la prueba se observa en el anexo 1; y el formato adaptado para la población se observa en el anexo 2

En la tabla 1 se muestran las escalas que componen la prueba y sus ítems correspondientes:

Tabla 1. Escalas e ítems ProQOL

Escala	No. Ítem
Satisfacción de compasión	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27,30
Burnout	1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26,29
STS	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25,28

La consistencia interna de este cuestionario presenta los siguientes índices alfa: satisfacción de compasión =0.88, Burnout =0.75, STS = 0.81; la población evaluada se caracterizo entre las personas que trabajan en contacto directo con la vida de otras personas; la muestra fue de n = 1.187; tomada de una base de datos que ha sido construida con las donaciones de diversas investigaciones que han aplicado esta prueba a nivel mundial (Stamm, 2009).

La tabla 2 presenta la calificación de la prueba ProQOL, en la que se tienen en cuenta las puntuaciones directas, las cuales se comparan con los siguientes rangos establecidos en la prueba a partir de los puntos de corte especificados en los percentiles:

Tabla 2. Calificación del ProQOL

Niveles	Burnout	STS
Alto	57-100	57-100
Medio (alto)	51-56	51-56
Medio(bajo)	44-50	43-50
Bajo	19-43	19-42
Ausencia		18

La prueba establece que puntuaciones directas menores a 18 corresponden a ausencia de la variable.

Para este cuestionario ProQOL, se realizó la adaptación de lenguaje de 3 ítems (4, 16,26) teniendo en cuenta los requerimientos estipulados por el autor, para efectos de la investigación, los jueces verificaron si cambiaron o no de sentido. Realizada la validez por jueces se obtuvo el 91% de acuerdo de “no cambio” del sentido de los ítems. Los resultados detallados del proceso de validación de lenguaje se pueden observar en el anexo 3.

### ***Encuesta de información general***

Para efectos de la investigación fue necesaria la construcción de una encuesta que permitiera profundizar en la información acerca de las condiciones generales de la población. Las variables abordadas fueron:

#### ***Variables sociodemográficas***

Son aquellas condiciones personales y sociales que describen a una población específica. Estas moderan el proceso sintomático del Burnout y STS:

***Edad.*** Entendida como el tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento del individuo. Se mide a partir de una escala nominal dividida en los siguientes rangos: (a) 18 a 25 años; (b) 26 a 33 años; (c) 34 a 41 años; y (d) 42 a 59 años.

***Género.*** Correspondiente a la diferencia biológica estructural entre hombres y mujeres. Sus valores nominales en la escala son femenino y masculino.

***Estado civil.*** Situación jurídica de una persona relacionada con su relación de pareja actual. Se mide en una escala nominal cuyos valores son: (a) soltero;(b) casado; (c) unión libre; (d) divorciado; y (e) viudo.

***Paternidad.*** Entendido como presencia o ausencia de hijos.

***Nivel educativo.*** Hace referencia al grado académico obtenido, y a los títulos profesionales, técnicos o tecnológicos que tiene el trabajador humanitario. Se mide en una escala ordinal de pregunta abierta.

#### ***Variables laborales***

Son aquellas condiciones propias de la formación académica y profesional, relacionadas directamente con el cargo y funciones desarrolladas en la organización. Las variables laborales hacen referencia a:

***Nivel del cargo.*** Entendido como la estructura jerárquica de la organización. Se mide en tres niveles: (a) directivo; (b) administrativo; y (c) operativo.

***Tiempo de trabajo.*** Corresponde a los años transcurridos desde que el trabajador humanitario se vinculó a la organización. Para su medición se estructuró una escala ordinal con las siguientes categorías: (a) menos de un año; (b) de uno a tres años; (c) de tres a cinco años y (d) cinco años en adelante.

**Lugar de trabajo.** Se refiere al sitio donde se desempeña la labor humanitaria. Sus valores son: a), oficina local; (b) terreno; y (c) otros.

***Características de la acción humanitaria***

Se refieren a las condiciones propias del trabajo que se desempeña en la organización.

***Percepción de seguridad.*** Hace referencia a la seguridad en el área de trabajo, de acuerdo a las funciones que realiza el trabajador humanitario. Se mide en cuatro niveles: (a) bastante segura (aislados pero no registrados actos de violencia que pongan en riesgo al personal humanitario); (b) segura (sin mayores actos de violencia contra actores humanitarios); (c) algo insegura (Con amenazas y actos de violencia en ascenso); y (d) altamente insegura o peligrosa (actores humanitarios/operaciones de ayuda siendo regularmente blanco de ataques).

***Tipo de población a la que asiste.*** En la cual se especifica las problemáticas presentes en la región que requiere de la atención humanitaria. Se han establecido las siguientes problemáticas inherentes a la situación de violencia: víctimas de minas, víctimas del secuestro, comunidad en confinamiento, personas privadas de la libertad, violencia sexual en el marco del conflicto, personas en situación de desplazamiento, desmovilizados de grupos armados, heridos de guerra (civiles heridos en el marco de acciones armadas), personas en riesgo de reclutamiento, familias vulnerables, jóvenes en condiciones y riesgo de vulnerabilidad, mujeres cabeza de familia y mujeres vulnerables, campesinos víctimas de la erradicación.

El formato final de la encuesta de información se observa en el anexo 4.

Para la encuesta se realizó un proceso de validación por jueces (ver anexo 5).

La calificación de los ítems para la encuesta se fundamentó en tres criterios: pertinencia, redacción, unidimensionalidad. En este sentido la evaluación dada por los jueces fue de pertinencia 100%, redacción 100% y un 100% en unidimensionalidad.

## **Hipótesis**

### ***Hipótesis de trabajo***

H<sub>1</sub>: Existe una relación entre el nivel de Burnout y las características sociodemográficas.

H<sub>2</sub>: Existe una relación entre el nivel de STS y las variables sociodemográficas.

H<sub>3</sub>: Existe una relación entre el nivel de Burnout y las características laborales.

H<sub>4</sub>: Existe una relación entre el nivel de STS y las características laborales.

H<sub>5</sub>: Existe una relación entre el nivel de Burnout y las características de la acción humanitaria.

H<sub>6</sub>: Existe una relación entre el nivel de STS y las características de la acción humanitaria.

### ***Hipótesis nula***

H<sub>01</sub>: No existe relación entre el Burnout y las características sociodemográficas, laborales y de la acción humanitaria.

H<sub>02</sub>: No existe relación entre STS y las características sociodemográficas, laborales y de la acción humanitaria.

### **Procedimiento**

En la primera fase se desarrolló la conceptualización y revisión bibliográfica que sirvió de base teórica y conceptual para el desarrollo de la investigación.

En la segunda fase se procedió a la adaptación y construcción de los instrumentos, la cual se detalló en el apartado anterior.

En la tercera fase se procedió a la recolección de la muestra y aplicación de los instrumentos. Para la recolección de datos se ubicó la sede central de diez organizaciones humanitarias que cumplieran con las especificaciones de trabajar en contextos de conflicto armado y violencia. Se contactó en la medida de lo posible a sus representantes para presentarles los lineamientos generales de la investigación. Aceptada la propuesta se abordó a los integrantes de dichas organizaciones proporcionándoles información verbal, escrita o por medios electrónicos en casos especiales, del proceso de investigación y su aceptación para participar como voluntarios en este estudio a través del consentimiento informado (ver anexo 6) y seguidamente se aplicó la prueba solo a los que aceptaron su participación.

El proceso de análisis de la información del presente estudio se realizó de acuerdo a las siguientes etapas:

Calificación de las puntuaciones obtenidas en la aplicación de los dos instrumentos de medición.

Ingreso de los puntajes directos a la base de datos SPSS, para su respectiva sistematización.

Análisis estadístico descriptivo; en el cual se establecieron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda, mínimo y máximo) y las medidas de dispersión (desviación estándar).

Análisis no paramétricos; para ello se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado [ $\chi^2$ ]. Esta prueba se calculó a través de tablas de contingencia o tabulaciones cruzadas con dos dimensiones, cada una de las cuales corresponde a una variable, la cual se subdividió en dos categorías. Para todos los casos, se cumplió con las condiciones requeridas de 25% máximo con frecuencias menores a 5 y valores esperados mayores a 1, así como los niveles de error alfa que se manejan (p-valor). Se trabajó con un intervalo de confianza de 0,05.

### **Elementos éticos y bioéticos**

Teniendo en cuenta que la psicología es una ciencia que fundamenta sus conocimientos a través de la investigación científica, es pertinente exponer los lineamientos legales que se tienen en cuenta para la aplicación, análisis y publicación de la presente investigación, con el fin de garantizar su desarrollo de forma ética y responsable, salvaguardando los derechos de los participantes.

De acuerdo con el Ministerio de salud de Colombia (1993), el presente proceso investigativo se caracteriza por:

a) el respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos y bienestar de los participantes (Capítulo I, Artículo 5).

b) la protección de la privacidad del individuo, sujeto de investigación (Capítulo I, Artículo 8).

Frente a la construcción y adaptación de los instrumentos usados en el presente estudio, se siguieron los lineamientos contemplados en la ley 1090 (Ministerio de Protección Social, 2006) en lo referente al Capítulo VI, Artículo 46, donde se especifica que cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo u otros instrumentos técnicos, debe

utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Que para este caso se recurrió a seguir el proceso de adaptación del lenguaje y validación por jueces.

Del Capítulo VII, Artículo 49, se tiene en cuenta que los autores de la presente investigación son responsables del tema abordado, la metodología usada y los materiales empleados; del análisis de las conclusiones y resultados obtenidos, así como de la divulgación y pautas para el uso adecuado de los mismos.

Finalmente, se tiene en cuenta el Artículo 50, en el que se especifica que los investigadores, al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

La participación de los trabajadores humanitarios fue de carácter voluntario, con previo conocimiento del propósito, beneficios, actividad y limitaciones y riesgos de la investigación. Para constancia se cuenta con el archivo de los consentimientos informados firmados.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Se trabajó con 40 trabajadores humanitarios de diferentes organizaciones del departamento de Nariño.

#### *Características sociodemográficas*

El rango de edad con la que se trabajó se encuentra entre 18 a los 60 años, considerando dentro de este las dos primeras etapas de la edad adulta (adultez joven, edad adulta media) según Erickson (1950, citado por Hansen, 2003). Encontrando una mayor frecuencia quienes tienen entre 18 a 33 años (edad adulta temprana), con un porcentaje del 60% de la muestra. Las mujeres componen la mayor parte, con un 67.5%, y los participantes en su mayoría no tienen pareja estable (70%).

La paternidad se da en la muestra de forma casi equivalente: 52.5% tienen hijos y 47.5% no los tienen.

En la muestra los trabajadores Profesionales tienen mayor participación (77.5%) en relación a los que tienen un nivel educativo técnico, tecnológico o en básica secundaria.

Los resultados se observan en la tabla 4.

*Tabla 3.* Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 33 años	24	60%
	33 a 60 años	16	40%
Género	Femenino	27	67.5%
	Masculino	13	32.5%
Estado civil	Con pareja estable	12	30%
	Sin pareja estable	28	70%
Paternidad	Si	21	52.5%
	No	19	47.5%
Nivel educativo	Educación profesional y posgrados	31	77.5%
	Básica secundaria, técnicos y tecnólogos	9	22.5%

***Características laborales***

En los niveles de cargo, los que ocupan niveles operativos presentan la mayor participación respecto a los directivos o administrativos.

Los trabajadores participantes que tienen un tiempo de trabajo menor a 3 años son el dato más representativo con un 82.5% (ver tabla 5).

*Tabla 4.* Tabla de frecuencias respecto a las características laborales

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de cargo	Directivo o Administrativo	17	42.5%
	Operativo	23	57.5%
Tiempo de trabajo	Menos de 3 años	33	82.5%
	De 3 Años en adelante	7	17.5%

***Características de la acción humanitaria***

La mayoría de los trabajadores humanitarios (65%) perciben su área de trabajo como insegura.

Hay más presencia de personas de la muestra que trabajan con un solo tipo de población respecto a las que trabajan con dos o más tipos de población.

*Tabla 5.* Tabla de frecuencia respecto a características de la acción humanitaria

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de seguridad	Segura	14	35%
	Insegura	26	65%
Grupos por Tipo De población asistida	Con un Tipo población	25	62.5%
	Con dos o más tipos de población	15	37.5%

**Variables de estudio*****Burnout***

Respecto a la variable Burnout, el puntaje que más frecuencia presento fue 23 ubicándose este en un nivel bajo de Burnout, el 50% de los puntajes se encontraron por encima de 22 y el otro 50% se situó por debajo de este valor. El promedio del

puntaje de las personas evaluadas fue de 22.68, así también las puntuaciones se desvían de la media en un valor de 5.025.

El puntaje máximo observado fue de 35 lo cual indica que la muestra estuvo un nivel bajo de Burnout y el puntaje mínimo que se reportó fue de 12 el cual se considera como ausencia de este síndrome.

Al comparar estos resultados con los rangos establecidos en la prueba, se observa que el 77.5% de la muestra de los trabajadores humanitarios presentan nivel bajo de Burnout y el 22.5% de la muestra tiene una presencia nula (Ver figura 1). De esta forma se establece que el nivel de Burnout general en los sujetos participantes es bajo.

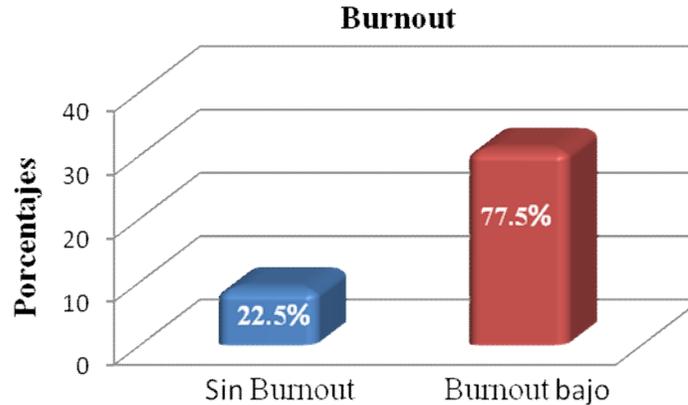


Figura 1. Nivel de Burnout en la población

### ***Estrés traumático secundario***

Para el STS, se observa que el puntaje que más se repitió fue 18, el cual se lo lee como ausencia de STS, el 50% obtuvo puntajes por debajo de 19.50 y la otra mitad se sitúa por encima de este valor. Se encontró que los sujetos presentan en promedio un puntaje de 20.63 siendo este un nivel bajo de STS, además las puntuaciones de los sujetos se desvían de la media en 7.469.

El puntaje máximo obtenido fue de 38 que lo ubica en un nivel bajo y el puntaje mínimo fue de 6 el cual se lo califica como ausencia de STS.

Respecto a este constructo se comparó los resultados de la muestra con los rangos establecidos para calificar la prueba, estableciéndose que a nivel general el STS se presenta en un nivel bajo, encontrándose que el 55% de la muestra presenta STS bajo y el 45% tiene una presencia nula de STS (ver figura 2).

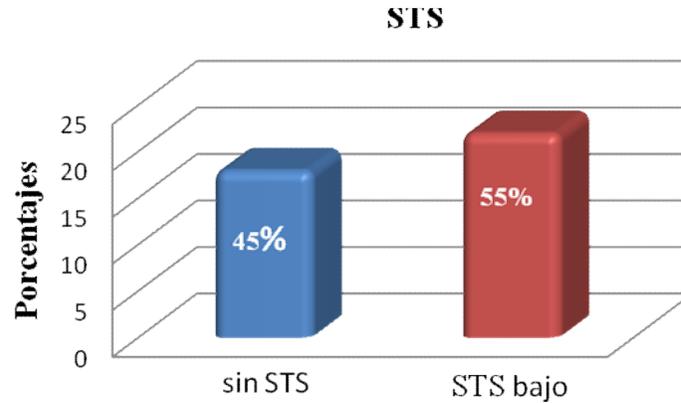


Figura 2. Nivel de STS en la población

**Análisis de variables sociodemográficas y Burnout**

Al relacionar la edad con el Burnout se observa que estas dos variables no están relacionadas, ( $X^2= 0.215$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.643$ ). Analizando las tendencias, los datos indican que en los dos rangos de edad hay una tendencia al Burnout bajo en la mayor parte de la muestra. Encontrándose un porcentaje superior (81.3%) en el rango establecido de 34 a 59 años.

Tabla 6. Tabla de contingencia edad y niveles de Burnout

Edad	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
18-33	6	18	24
	25%	75%	100%
34-59	3	13	16
	18.8%	81.3%	100%
Total	9	31	40
	22.5%	77.5%	100%

Respecto a la relación de género y Burnout, la prueba Chi cuadrado muestra que no existe relación significativa entre las variables ( $X^2= 2.422$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.120$ ).

La tendencia de los datos de género y Burnout, se observa que tanto los hombres como las mujeres tienen un alto porcentaje de presencia de la variable. Es importante mencionar que el porcentaje de Burnout es mayor en hombres que en mujeres.

*Tabla 7.* Tabla de contingencia Género y niveles de Burnout

Género	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Femenino	8 29.6%	19 70.4%	27 100%
Masculino	1 7.7%	12 92.3%	13 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

A nivel general los resultados muestran que el estado civil es indiferente frente a un nivel de Burnout, ya que la prueba Chi cuadrado muestra un valor inferior al esperado ( $X^2= 1.154$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.283$ ). Respecto a la tendencia del estado civil, los porcentajes mayores se hallan en Burnout bajo tanto para los que tienen pareja estable como los que no tienen pareja estable, no obstante las personas sin pareja estable tienen una tendencia a presentarse en un porcentaje mayor (82.1%). (Ver tabla 11)

*Tabla 8.* Tabla de contingencia estado civil y niveles de Burnout

Estado Civil	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Con pareja estable	4 33.3%	8 66.7%	12 100%
Sin pareja estable	5 17.9%	23 82.1%	28 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

### Resultados de variables laborales y niveles de Burnout

La relación de nivel educativo y Burnout con la prueba chi cuadrado no fue significativa ( $X^2 = 0.001$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.982$ ). La tendencia de los resultados muestran una mayor presencia de Burnout bajo, mostrando relativamente iguales proporciones en los dos niveles.

Tabla 9. Tabla de contingencia Nivel educativo y Burnout

Nivel educativo	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Educación Profesional y Posgrado	7 22.6%	24 77.4%	31 100%
Técnicos, Tecnológicos y Básica Secundaria,	2 22.2%	7 77.8%	9 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

Entre el tipo de cargo y Burnout no existe asociación significativa entre las variables ( $X^2 = 0.399$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.527$ ). Respecto a los datos, se puede ver una tendencia a padecer Burnout bajo en la muestra. Los directivos en una proporción mayor (82.4%) respecto a los que ocupan cargos operativos (73.9%).

Tabla 10. Tabla de contingencia tipo de cargo y niveles de Burnout

Tipo de cargo	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Directivo o Administrativo	3 17.6%	14 82.4%	17 100%
Operativo	6 26.1%	17 73.9%	23 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

En lo concerniente a tiempo de trabajo y Burnout, en la prueba Chi cuadrado se observa que esta no alcanzó los valores mínimos para ser significativos ( $X^2=0.179$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.672$ ). La tendencia de la muestra es presentar Burnout bajo, los participantes que llevan menos de 3 años en la organización son más susceptibles de padecer Burnout bajo (78.8%) respecto a los que llevan más de 3 años (71.5%).

*Tabla 11.* Tabla de contingencia tiempo trabajado y niveles de Burnout

Tiempo de trabajo	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Menos de 3 años	7 21.2%	26 78.8%	33 100%
De 3 años en adelante	2 28.6%	5 71.4%	7 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

### Resultados de las características de la acción humanitaria y niveles de Burnout

Al aplicar chi cuadrado, se encuentra que la percepción de seguridad no se relaciona con el nivel de Burnout ( $X^2= 2.157$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.142$ ). Los resultados muestran a los que perciben como insegura su área de trabajo, que tienen mayor tendencia a presentar Burnout bajo (84.6%) en relación a los que la perciben como segura (64.3%).

*Tabla 12.* Tabla de contingencia percepción de seguridad y niveles de Burnout

Percepción de seguridad	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Segura	5 35.7%	9 64.3%	14 100%
Insegura	4 15.4%	22 84.6%	26 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

En la relación a los grupos por tipo de población asistida y Burnout, con la prueba estadística su valor no alcanzó un índice significativo ( $X^2= 1.615$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.204$ ).

La tabla 16 indica que la tendencia de la muestra es presentar Burnout bajo, siendo los trabajadores humanitarios que asisten a un solo tipo de población los que tienden a presentar mayor Burnout bajo (84%).

Tabla 13. Tabla de contingencia por tipo de población y niveles de Burnout

Grupos por tipo de población asistida	Burnout		Total
	Sin B.	B. bajo	
Con un tipo de población	4 16%	21 84%	25 100%
Con dos o más tipos de población	5 33.3%	10 66.7%	15 100%
Total	9 22.5%	31 77.5%	40 100%

### Resultados de variables sociodemográficos y STS

Respecto a la relación edad y STS, la prueba Chi cuadrado muestra que no existe relación significativa entre las variables ( $X^2=0.017$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.897$ ). En los dos rangos de edad hay una tendencia al STS bajo. Siendo más representativo en el rango 34 a 59 años.

Tabla 14. Tabla de contingencia edad y STS

Edad	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
18-33	11 45.8%	13 54.2%	24 100%
34-59	7 43.8%	9 56.3%	16 100%
Total	18 45%	22 55%	40 100%

Frente a los datos de la muestra según género y STS, la prueba chi cuadrado indica que no hay una relación significativa ( $X^2= 2.128$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.145$ ). El género

femenino advierte mayor tendencia a presentar STS bajo (63%) mientras que el género masculino en un mayor porcentaje (61.5%) no presenta STS.

*Tabla 15.* Tabla de contingencia Género y niveles de STS

Gènero	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
Femenino	10 37.0%	17 63%	27 100%
Masculino	8 61.5%	5 38.8%	13 100%
Total	18 45%	22 55%	40 100%

Los valores de las variables estado civil y STS, fueron contrastados a través de la prueba  $X^2$  encontrándose que no existe asociación ( $X^2= 0.077$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.781$ ). Se evidencia una tendencia de la muestra a presentar STS bajo siendo más representativo en los que tienen pareja estable (58.3%).

*Tabla 16.* Tabla de contingencia estado civil y niveles de STS

Estado civil	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
Con pareja estable	5 41.7%	7 58.3%	12 100%
Sin pareja estable	13 46.4%	15 53.6%	28 100%
Total	18 45%	22 55%	40 100%

Al contrastar la paternidad con STS, la prueba chi cuadrado indica que su asociación no fue significativa ( $X^2= 0.852$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.356$ ). Hay una tendencia a presentar STS bajo entre los que sí tienen hijos (61.9%), en tanto que los que no tienen hijos (52.6%) en su mayoría no presentan STS.

Tabla 17. Tabla de contingencia presencia de hijos y Niveles de STS

Paternidad	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
Si	8 38.1%	13 61.9%	21 100%
No	10 52.6%	9 47.4%	19 100%
Total	18 45%	22 55%	40 100%

### Resultados de variables laborales y STS

La prueba estadística X<sup>2</sup> demostró que no existe asociación significativa entre las variables Tipo de cargo y STS ( $X^2= 2.283$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.131$ ). Hay una tendencia a presentar STS bajo en el cargo operativo (65.2%) mientras que los que ocupan cargos directivos o administrativos en su mayoría no presentan STS (58.8%).

Tabla 18. Tabla de contingencia tipo de cargo y STS

Tipo de cargo	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
Directivo o Administrativo	10 58.8%	7 41.2%	17 100%
Operativo	8 34.8%	15 65.2%	23 100%
Total	18 45%	22 55%	40 100%

### Resultados de características de la acción humanitaria y STS

Al analizar con chi cuadrado la relación entre las variables percepción de seguridad y STS, se encontró que no fue significativa ( $X^2= 0.218$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.641$ ). Los participantes de la muestra que perciben su área de trabajo como insegura tienden a presentar STS bajo, representado por un porcentaje mayor (57.7%), respecto a los que la perciben como segura, que da las mismas proporciones tanto para los que están sin STS (50%) como para los que tienen STS bajo (50%).

Tabla 19. Tabla de contingencia percepción de seguridad y STS

Percepción de seguridad	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
Segura	7	7	14
	50%	50%	100%
Insegura	11	15	26
	42.3%	57.7%	100%
Total	18	22	40
	45%	55%	100%

Al relacionar los grupos por el tipo de población asistida, el resultado de la prueba estadística no fue significativa, lo cual indica que no existe relación entre las variables ( $X^2= 3.259$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.071$ ). El STS bajo tiende a presentarse en los participantes de la muestra que trabajan con dos o más tipos de población (73.3%) mientras que los que trabajan con un solo tipo de población en su mayoría no presentan STS (56%).

Tabla 20. Tabla de contingencia de Grupos por tipo de población y niveles de STS

Grupos por tipo de población asistida	STS		Total
	Sin STS	STS bajo	
con un tipo de población	14	11	25
	56%	44%	100%
con dos o más tipos de población	4	11	15
	26.7%	73.3%	100%
Total	18	22	40
	45%	55%	100%

## DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout y el STS tienen su origen en el contexto organizacional, no obstante implica un proceso que se desarrolla por la interacción de las características del entorno laboral y el orden personal. Sus manifestaciones se dan a través de distintos niveles que van deteriorando la calidad de vida del trabajador y el servicio que prestan.

Siguiendo esta línea y basados en el modelo interactivo transaccional propuesto por Morante (2004), la investigación permitió conocer que de la muestra, hay presencia de Burnout en el 77.5% y de STS 55%; sin embargo las variables moderadoras (sociodemográficos) y desencadenantes (Características laborales y de la acción humanitaria) analizadas no son estadísticamente significativas para el desarrollo de estos síndromes en la muestra de trabajadores humanitarios del departamento de Nariño.

En investigaciones antecedentes ha sido controvertido identificar qué variables sociodemográficas son las que puntualmente influyen en el proceso de aparición de estos síndromes, como en el caso de Moreno-Jiménez et al; (2005), quienes obtuvieron como resultado relaciones significativas entre Burnout y STS con: Edad, género y tipo de población a la que atiende y relaciones no significativas con estado civil y años de trabajo. Para otros autores como Adali et al; (2003) son significativos la asociación entre edad, el nivel educativo, condiciones laborales; pero no significativo género, número de hijos y la paternidad. Así también Moreno-Jiménez et al; (2006) investigaron variables como edad, sexo, niveles de estudio, área de trabajo, tipo de servicio, tiempo de trabajo, de los cuales la edad y tipo de servicio no fueron significativos. De las anteriores investigaciones se destaca que de las variables sociodemográficas estudiadas, son las relacionadas con factores laborales y la edad, las que mejor predicen la aparición del Burnout, pero advierten las limitaciones que tienen estos estudios como fue el nivel de generalización, la dificultad de establecer una relación causal entre estas variables y Burnout y plantean la importancia de realizar estudios multivariados que permitan controlar las demás factores sociodemográficos.

Frente a esto, se puede considerar que el modelo propuesto por Morante, permite contemplar diversos factores tanto individuales como contextuales para ser considerados como variables moderadoras y desencadenantes; para el estudio de la problemáticas que enfrenta el trabajador humanitario en la región y teniendo en cuenta la escasa línea de base investigativa al respecto, fue pertinente conocer las tendencias del Burnout y del STS de acuerdo a las variables definidas pero que se necesita controlar con otros factores como son los procesos psicológicos y las dinámicas organizacionales para el estudio de las sintomatología de Burnout y STS en nuestra población.

Al respecto Stamm (2010), Morante (2004), Garcés (2003) y Gil-Monte (2001), proponen además de las variables sociodemográficas ya investigadas en el presente estudio, identificar otros factores que se han considerado teórica y empíricamente predictores del Burnout y STS como son: personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento, autoconcepto, recursos personales, altruismo, idealismo, la empatía, la historia personal de traumas, como vivencia el estrés, que recursos emplea para afrontarlos, tipo y tiempo de exposición a material traumático. En lo que se refiere al contexto, proponen conocer las dinámicas organizacionales como es su estructura, cultura y clima organizacional; dinámica del grupo, carga laboral, interacción trabajador-usuario, trabajador-institución, conflicto de rol, rigidez organizacional, autonomía en el trabajo, competencias profesionales; cambios sociales respecto a leyes, cultura, procedimientos, tecnologías. Como se puede apreciar, los autores proponen identificar factores individuales y contextuales, pues aunque estos síndromes se vinculan generalmente con el ambiente laboral, los trabajadores no llegan a ese ambiente libres de toda influencia, sino que deben asimilar e integrar sus características personales y lo que se encuentran en el contexto laboral, con lo cual se pretende comprender la naturaleza de la respuesta del sujeto frente al material estresante o traumático.

Luego de las reflexiones hechas, la discusión de los datos analizados se desarrollará en términos descriptivos teniendo en cuenta las *tendencias* que se presentaron en la muestra.

Respecto al síndrome de Burnout en la muestra de trabajadores humanitarios se encontró que hay presencia de este síndrome en la mayoría de la población representada en un 77.5% y que esta se ubica en un nivel bajo, la muestra podría estar en un riesgo incipiente de Burnout, ubicándose en las primeras etapas que se caracterizan inicialmente por idealismo y entusiasmo; luego viene el estancamiento, período en el que se percibe un desequilibrio entre las demandas y los recursos (Fidalgo, 2009). Este resultado se acerca a lo señalado por Aron & Llanos (2004), cuando sostiene que trabajar con temáticas de violencia implica un riesgo para que la persona presente algún nivel de Burnout. Al respecto Camilo (2002) encuentra en su investigación realizada con 56 defensores de derechos humanos en Colombia, presencia de Burnout en un nivel bajo. Del mismo modo Huertas (2005) en su estudio con operadores sociales que atienden el desplazamiento por la violencia en Colombia, explica que la leve presencia de Burnout se debe a los recursos protectores de carácter contextual se han ido fortaleciendo, como por ejemplo el acercamiento de las instituciones hacia la problemática, la optimización de los proyectos tanto en su orientación como en sus recursos y la percepción más positiva de los operadores hacia la población desplazada.

En cuanto al STS se puede decir que la muestra tiende a distribuirse equitativamente entre la presencia y ausencia, con una presencia del 55% en un nivel bajo y el restante 45% no presenta STS. Stamm (2010) considera que la presencia en un nivel bajo de STS indica que no hay un riesgo inminente, pero que hay factores que pueden estar causando estrés, como por ejemplo la dificultad de separar la vida privada de su trabajo, pensamientos constantes de la persona que ayudan, siendo importante prestar atención a los factores predisponentes cuando se trabaja con material traumático. Betta et al; (2007), en una investigación realizada en Chile con psicólogos clínicos (n= 115), encontraron que también se presentan niveles bajos en un 56% de la muestra.

En cuanto a los resultados sobre la presencia o no del síndrome de Burnout y teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de la muestra de trabajadores humanitarios, se encontró que respecto a edad y Burnout, los de edad adulta intermedia de 34-59 años son los que tienen mayor porcentaje de Burnout bajo

(81.3%), respecto a los más jóvenes 18-33 años, frente a este resultado Moskowitz (1999 citado por Moreno-Jiménez et al; 2005) explica que los adultos tienden a negar sus propias emociones y necesidades como mecanismos de supervivencia, cerrándose emocionalmente con el fin de mantener la imagen social de equilibrio con la que se les asocia. Igualmente, Moreno-Jiménez et al; (2005) encuentran mayor presencia de Burnout en los que tenían más edad, debido a que estos tendían a utilizar como estrategias de afrontamiento la negación y evitación de problemas, mientras que los jóvenes frecuentemente desarrollan estrategias de apoyo profesional y soluciones positivas.

Aunque por género el nivel de Burnout fue bajo, son los hombres los que tienen mayores puntuaciones (92.3%). Gil-Monte (1997) explica que la presencia de Burnout en los hombres puede deberse al pensamiento occidental del rol masculino de mantener ocultos sus sentimientos y emociones y por tanto se relacione con tener actitudes insensibles y de despersonalización que son manifestaciones del Burnout. Resultado igualmente encontrado en Nariño por Castro (2009) en una muestra de 438 estudiantes Universitarios, en quienes hay mayor prevalencia de Burnout en el género masculino.

La tendencia de Burnout y estado civil muestra que los porcentajes mayores se hallan en Burnout bajo para los dos estados, no obstante las personas sin pareja estable tienen una tendencia a presentarse en un porcentaje mayor (82.1%). Se parte de la hipótesis de que la pareja representa el rol de soporte o apoyo para la persona, y su ausencia se considera como un factor de riesgo. Al respecto Salama (1999) en su propuesta dirigida a la salud psicológica de los trabajadores de socorro, sugiere favorecer los espacios de encuentro con la pareja, y si trabajan juntos, en lo posible es pertinente enviar a la pareja al mismo lugar de la misión.

Los resultados del nivel de estudio y Burnout, revelan una mayor presencia de Burnout bajo en toda la muestra, siendo relativamente iguales las tendencias en las dos categorías de nivel educativo. Respecto al Burnout, cuando este se hace presente en mayor porcentaje en profesional con estudios superiores se suele relacionar con síntomas de agotamiento emocional (Adali et al; 2003) y a menor nivel educativo se relaciona síntomas de baja realización personal

Siguiendo esta dinámica se procede a realizar la discusión de los resultados teniendo en cuenta las variables laborales que se presentan en los trabajadores humanitarios.

Respecto al tipo de cargo, se puede ver una tendencia a padecer Burnout bajo en la muestra. Los directivos representan una proporción mayor (82.4%). Camilo (2002) en el trabajo realizado con defensores de los derechos humanos, encontró que el nivel directivo presentaba manifestaciones de padecer Burnout, ya que son ellos los que hacen mayor presencia en el ámbito público y tienen más responsabilidades.

Acerca del tiempo de trabajo, la tendencia es que los trabajadores participantes en la muestra presentan Burnout bajo. Los que llevan menos de 3 años en la organización son más susceptibles de afectarse (78.8%), aquí se puede ver la concordancia con la descripción de las primeras etapa del Burnout, donde se supone que están iniciando el nuevo trabajo en el cual se tienen puestas grandes expectativas y se le imprime entusiasmo, energía y motivación, hasta le invierten horas extras a su jornada laboral y pronto se ven expuestos a situaciones repetidas de insatisfacción, frustración y desilusión generando un desequilibrio entre las demandas y los recursos (Fidalgo, 2009).

Frente a la percepción de seguridad, la muestra tiene tendencia a presentar Burnout bajo y en mayor porcentaje (84.6%) los que perciben como insegura su área de trabajo (en donde las operaciones humanitarias y sus actores son regularmente blanco de ataques), resultado que demuestra lo planteado por Stamm (2010) quien afirma que un espacio no propicio puede generar la presencia de Burnout. al respecto Aron & Llanos (2004) afirman que los operadores sociales que trabajan con temas de violencia, lo hacen sin tomar las debidas precauciones que correspondería a lo que denominaron factores protectores en el trabajo con violencia, siendo las organizaciones y sus niveles directivos los llamados a asegurar a su grupo con las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo. Investigaciones en las que el trabajo humanitario se da en condiciones inseguras y por tanto el personal experimenta riesgo tanto físico como psicológico como los casos que reportan Cardozo & Salama, (2002); Holtz et al; (2002); Eriksson et al; (2001); Eriksson et al; (2003) la mayoría de los trabajadores humanitarios de campo,

experimentan al menos un incidente aterrador o perturbador durante el desempeño de sus tareas; al menos 25% de los trabajadores humanitarios involucrados en emergencias complejas, pueden vivir una situación que posiblemente ponga en peligro su vida (citadas por MacKay, 2007).

Los trabajadores humanitarios que atienden un solo tipo de población tienden a presentar mayor Burnout bajo en la muestra (84. %) que quienes trabajan con más de un tipo de población. Esto se puede explicar si se tiene en cuenta que la dedicación al mismo tema o tarea puede generar monotonía hasta llegar al automatismo, generando una desmotivación hacia el trabajo Gil-Monte (2001). Dando una respuesta de despersonalización que es una manifestación del Burnout.

Respecto a la edad, hay una tendencia al STS bajo en la mayor parte de la muestra, siendo los que tienen más edad (35-60 años) los más afectados. Generalmente las personas con más edad tienden a presentar menos STS que los jóvenes (Nelson-Gardell & Harris, 2003, citado en Kansas Workforce Initiative, 2010); Para entender porque las personas con más edad en el presente estudio se encuentran más afectadas, podría plantearse que estas personas se hallan en la etapa de desarrollo psicosocial nombrada por Erickson (1950, citado por Hansen, 2003) como edad adulta media, en la cual se experimenta una conciencia creciente de la mortalidad; se debe tener en cuenta que los trabajadores humanitarios están en constante contacto con temáticas de muerte o amenaza a la integridad de las personas, creando en ellos una sensación de vulnerabilidad, estas cogniciones podrían estar generando la presencia de STS.

Frente a los datos de la muestra, el género femenino advierte mayor tendencia a presentar STS, al respecto Rudolph, Stamm & Stamm, (1997, citado por Figley, 1995) explican que cuando la mujer tiene menor nivel de entrenamiento tienen mayor riesgo de presentar STS. Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez (2004) comenta que las mujeres efectivamente presentan mayor prevalencia de presentar STS.

En cuanto a las variables estado civil y paternidad se evidencia en la muestra una tendencia a presentar STS bajo, siendo mayor en quienes tienen pareja estable y tienen hijos. Tomando como referente la investigación de Erikson et al; (2001) con

trabajadores humanitarios, reveló que la exposición personal y vicaria a eventos que amenazan la vida y su relación con el soporte social (hijos, pareja) se relaciona significativamente con la severidad del STS, ya que se pueden generar reacciones de sobreprotección en la seguridad de su familia.

Hay una tendencia a presentar STS bajo en el cargo operativo (65.2%) mientras que los que ocupan cargos directivos o administrativos en su mayoría no presentan STS. Explicándose por ser ellos (operativos) los que por lo general se desplazan a terreno, siendo difícil evitar presenciar la violencia y las secuelas que estos hechos dejan. Interactúan directamente con las víctimas, en las comunidades ven la magnitud del sufrimiento y las precarias condiciones (McKay, 2007).

Los participantes de la muestra que perciben su área de trabajo como insegura tienden a presentar STS bajo, representado por un porcentaje mayor (57.7%). Se puede explicar si se considera que la perturbación en el sentimiento de seguridad implica aumento del miedo a ser dañado, miedo por sus hijos o por las personas amadas (Vila, 2010). Ericksson et al; (2001) encontraron en su investigación con trabajadores humanitarios, reportan altas tasas de exposición directa e indirecta a acontecimientos que amenazan la vida y que a su vez estos se relacionan con síntomas de STS. Así también Nelson-Gardell & Harris (2003, citado en Kansas Workforce, 2010) afirma que hay un efecto significativo en STS y las percepciones de los trabajadores y la seguridad propia y de los otros.

El STS bajo tiende a presentarse en los participantes de la muestra que trabajan con dos o más tipos de población (73.3%). Al respecto Moreno-Jiménez et al; (2004) plantea que la génesis del STS depende básicamente del tipo de víctima, por tanto al trabajar con más diversidad de temas traumáticos tiene más riesgo de encontrar un caso que lo afecte. Por otra parte, Morante (2004) se plantea que el STS dependería también del tipo de material traumático y del tiempo de exposición.

## **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

De la investigación que describió el Burnout y el STS en trabajadores humanitarios que desempeñan su labor en el Departamento de Nariño, se puede concluir que un alto porcentaje (77.5%) de los trabajadores humanitarios que participaron del estudio presenta síndrome de Burnout. Aunque de los niveles propuestos por el cuestionario ProQOL ellos se ubican en un nivel bajo, siendo este un estado incipiente para el desarrollo del síndrome (fase de entusiasmo, idealismo). Frente a el STS se evidenció su presencia en aproximadamente la mitad de la muestra. Ubicándose en un nivel bajo; lo que indica que no hay un riesgo inminente, pero que hay factores que pueden estar causando estrés y por tanto es prudente prestar atención a cómo se está asumiendo el trabajar con material traumático.

Con los niveles hallados de Burnout en la muestra, se relacionó las variables propuestas en esta investigación como moduladoras del proceso sintomático (variables sociodemográficas) y las desencadenantes (características laborales y de la acción humanitaria), encontrándose que en este caso edad, género, estado civil, nivel educativo, tipo de cargo, tiempo de trabajo, percepción de seguridad y tipo de población vulnerable atendida no presentan una relación estadísticamente significativa en relación a los niveles encontrados de Burnout en los trabajadores humanitarios participantes de esta investigación.

Respecto a los niveles encontrados para STS y su relación con las variables sociodemográficas (edad, género, paternidad, estado civil) y las características laborales y de la acción humanitaria (tipo de cargo, percepción de seguridad, grupos por tipo de población vulnerable atendida), no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa que explique el nivel de STS que se presenta en la muestra de trabajadores humanitarios.

Por tanto no se acepta la hipótesis de trabajo que concebía la relación de Burnout, STS y las características socio-demográficas, laborales y de la acción humanitaria.

Reconociendo que el modelo interactivo transaccional para el estudio de estos síndromes, contempla diversos factores tanto individuales como contextuales para ser

considerados como variables moderadoras y desencadenantes, se considera los hallazgos de esta investigación como datos importantes que permiten dirigir la mirada investigativa de esta problemática hacia nuevas variables no contempladas en la población de trabajadores humanitarios en Nariño; entre las cuales pueden considerarse los factores psicológicos a nivel personal y a nivel contextual las dinámicas organizacionales, sociales y culturales, lo cual podría aportar identificación de que factores están interviniendo en la presencia de estos síndromes en la población objeto de estudio. Esta reflexión se hace con previo reconocimiento de las limitaciones de esta investigación al utilizar un muestreo no probabilístico el cual restringe las generalizaciones de los resultados.

Ampliando lo anterior, se propone que para las futuras investigaciones se tengan en cuenta factores que han sido identificados teórica y empíricamente (Stamm, 2010; Morante, 2004; Garcés, 2003 & Gil-Monte, 2001) como predictores del STS y Burnout como son: Personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento, autoconcepto, recursos personales, altruismo, idealismo, la empatía, la historia personal de traumas, como vivencia el estrés, que recursos emplea para afrontarlos, tipo y tiempo de exposición a material traumático. En lo que se refiere al contexto, se propone conocer las variables de tipo organizacional como estructura, clima organizacional; dinámica del grupo, carga laboral, interacción trabajador-usuario, trabajador-institución, conflicto de rol, rigidez organizacional, autonomía en el trabajo, competencias profesionales; cambios sociales respecto a leyes, cultura, procedimientos y tecnologías.

Igualmente se sugiere tener en cuenta para posteriores estudios en los que se asocien el Burnout y STS con variables sociodemográficas, realizar análisis multivariados entre variables sociodemográficas y entre las diferentes dimensiones de estos síndromes.

Haciendo un ejercicio más inquisitivo de los datos, se realizó el análisis descriptivo de estos teniendo en cuenta las tendencias que ofrece la tabla de contingencias para cada uno de los datos correspondientes a cada variable, con el ánimo de que sean consideradas como información práctica para cuando se busque trabajar en estrategias preventivas tanto en la organización como en la persona del

trabajador humanitario que participó en la investigación; frente a el síndrome de Burnout, las tendencias con mayor significancia fueron: Género, estado civil, percepción de seguridad y tipo de población a la que asiste y de STS las tendencias mas significantes fueron paternidad y grupo por tipo de población a la que asiste. Desde esta elaboración se hacen las siguientes sugerencias.

Al trabajador humanitario, se le invita llevar un registro oportuno y la visibilización de sus malestares, de cómo está asumiendo y expresando sus emociones y retos presentes en el trabajo; hacer un adecuado proceso de vaciamiento y descompresión de la información traumática, mantener sus espacios personales libres de las temáticas de su trabajo, al igual que sus espacios de dispersión y de fortalecer sus vínculos sociales y emocionales como sus amistades, hijos o pareja, como también cultivar su formación profesional que le permitan generar destrezas para la atención de la población asistida.

A nivel directivo y de las organizaciones se los invita a brindarles a sus trabajadores las condiciones de seguridad que protejan su integridad, facilitar los espacios de vaciamiento y descompresión, facilitar los espacios de encuentro de apoyo emocional que cuenta el trabajador (hijos, pareja); entre otras estrategias que lleven a mejorar la calidad de vida de la persona como también de servicio que prestan como organización.

## REFERENCIAS

- Abrisketa, J. (2000). *Accion Humanitaria: Principios*. Recuperado el 13 de julio de 2009, de Diccionario Hegoa: <http://dicc.hegoa.efaber.net/>
- Abrisketa, J., & Pérez, K. (2000). *Acción humanitaria: concepto y evolución*. Obtenido de Diccionario Hegoa: <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/1>
- Adali, E., Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M & Alevizopoulos, G. (2003). Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Psychiat.* (3), 161-170, recuperado 8 de marzo de 2011, Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2003000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000300004)
- Alzate, F. H. (2005). Aproximacion a la guerra y la salud mental. *Poiesis* (9), recuperado en <http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion009.alzate.htm>.
- Aron, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, (1-2), 5-15.
- Baird, S. (1999). *Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault domestic violence agency staff and volunteers*. Texas: University of Nort Texas. Trabajo de grado recuperado de <http://digital.libray.unt.edu./ark:/67531/metadc2209/>.
- Beney, C. (2009). *Colombia: legitimar a todas las víctimas del conflicto es hacerlas visibles*. Bogotá: Departamento de comunicaciones CICR.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico* (3), 9-19.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). *Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale*. Recuperado el 2 de noviembre de 2009, de <http://mailer.fsu.edu/%7Ecfigley/RSWP2003.pdf>
- Camilo, G. A. (2002). *Prevención del desgaste emocional a integrantes de organizaciones*. Recuperado el 5 de febrero de 2009, de Red salud-ddhh.org: <http://www.redsalud-ddhh.org/descriptores.html>
- Casal, J., Mateu, E. (2003) Tipos de muestreo. *Rev.Epidem.Med.Prev* (1), 3-7. Recuperado el 27 marzo del 2011 de <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>

- Castro Gutiérrez, J. (2008). *Resolución B15/77*. Recuperado el 4 de noviembre de 2009, de Pastoral Social Colombia: <http://www.pastoralsocialcolombia.org.co/index.shtml?s=c&x=2907>
- Castro, C.(2009). *Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño sede Pasto*. Pasto: Universidad de Nariño, manuscrito no publicado.
- Cazabat, E. H. (2009). *Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar*. Recuperado el 24 de junio de 2009, de [http://www.asociacionconvive.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=885:desgaste-por-empatia-las-consecuencias-de-ayudar&catid=53:articulos-de-opinion&Itemid=27](http://www.asociacionconvive.com/index.php?option=com_content&view=article&id=885:desgaste-por-empatia-las-consecuencias-de-ayudar&catid=53:articulos-de-opinion&Itemid=27)
- Ciancaglini Zimmermann, G. K. (2004). *Análisis de Programas de Tratamiento del Síndrome de Burnout*. Salamanca: Universidad de Salamanca, trabajo recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml>.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2008). *Cuál es la definición de "conflicto armado" según el Derecho Internacional Humanitario*. Recuperado el 21 de Julio de 2009, de icrc.org: [http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/htmlall/armed-conflict-article-170308/\\$file/Opinion-paper-armed-conflict-es.pdf](http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/htmlall/armed-conflict-article-170308/$file/Opinion-paper-armed-conflict-es.pdf)
- Eriksson, C. , Vande, H., Gorsuch, R., Stephen, H., Foy, D.(2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress (1)*, 205-212. Recuperado el 5 de marzo del 2010, de <http://www.springerlink.com/content/vq8642866722n723/>
- Everall, R., & Paulson, B. (2004). Burnout and secondary traumatic stress: Impact ethical behaviour. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 1-25.
- Fidalgo Vega, M. (2009). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"*. Recuperado el 30 de agosto de 2009, de INSHT: [http://www.infogerontologia.com/pop\\_out/art\\_burnout.html](http://www.infogerontologia.com/pop_out/art_burnout.html)
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Recuperado el 28 de marzo, de <http://www.amazon.com/Compassion-Fatigue-Secondary-Traumatized-Psychosocial/dp/0876307594>.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo de la edad adulta*. México: Manual Moderno.

- Fidh.org. (2008). *12 de noviembre del 2008*. Recuperado el 7 de marzo de 2009, de <http://www.fidh.org/NUEVAS-AMENAZAS-CONTRA-DEFENSORES>
- Franco, J., Montoya, D., Montoya, E., Polo, C., & Ramírez, O. (2006). *Síndrome de burnout y locus de control en el personal de la clínica universitaria bolivariana de la ciudad de Medellín*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Franco, K., Salazar, V. Uran, K. (2005) *Aproximaciones Teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de Burnout. Estado del arte*. Recuperado el 9 de diciembre de 2010, de Universidad Pontificia Bolivariana: Trabajo de grado Publicado en HYPERLINK "http://eav.upb.edu.co/banco/?q=node/413" <http://eav.upb.edu.co/banco/?q=node/413>
- Foundation Antares (2008). *La gestión del estrés en el trabajo humanitario: propuesta de sistema para la reducción de riesgos*. Recuperado 2 de marzo del 2011, [http://www.antaresfoundation.org/download/propuesta\\_de\\_sistema\\_para\\_la\\_reduccion\\_de\\_riesgos.pdf](http://www.antaresfoundation.org/download/propuesta_de_sistema_para_la_reduccion_de_riesgos.pdf)
- Garces de los Fayos, E. (2003). Tesis sobre el Burnout. *ABA Colombia Asociación Colombiana para el avance del comportamiento*, 3 <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>, 1-9.
- Gil Monte, P. R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Recuperado el 27 de mayo de 2009, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-%28sindrome-de-burnout%29.html>
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el Síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis(1), 32-42.
- Gómez, S. X., & Gómez, I. C. (2004). Síndrome de Burnout: intervención cognoscitiva conductual. *Pensamiento Psicológico* (3), 25-40.
- Guillén, C., & Guil, R. (2001). *Psicología del trabajo para las relaciones laborales*. España: Mc Graw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, G., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación. 4ta edición*. México: Mc Graw Hill.

- Hudnall Stamm, B., Higson Smith, C., Hundall, A., & Stamm, H. (2009). *Professional Quality of life. Compassion satisfaction, compassion fatigue and secondary traumatic stress*. Recuperado el 2 de Junio de 2009, de [www.proqol.org](http://www.proqol.org)
- Huertas, M. (2005). Aproximación a la Dinámica Riesgos-Autocuidado en Equipos de Operadores Sociales que Trabajan con Desplazados en Pasto, Colombia. *Psyche*(14),133-147. Recuperado el 19 de febrero de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/967/96714211>
- Kansas Workforce(2010). *Revisión de la Evidencia. El estrés traumático secundario*. Compilado junio 2010: Kansas, EEUU <http://www.kwi.ku.edu/research/workforce%20evidence%20reviews/ER%20Secondary%20Trauma.pdf>
- Laserna Botero, A. (2005). *Asistencia humanitaria en Colombia*. Recuperado el 30 de enero de 2010, de Sens public. International webjournal: <http://www.sens-public.org/spip.php?article147>
- Laserna Botero, A. (2005). Asistencia humanitaria en Colombia. *Sens public revue internationale-internationale webjournal* (147), Artículo recuperado de <http://www.sens-public.org/spip.php?article147>.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour*(2), 99-113. Recuperado el 15 de marzo de 2011, <http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>
- Meda, R. Rodríguez, A. Palomera, A (2006). El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud* (16)5-13.
- McKay, L. (2007). *Trauma causado por incidentes críticos y la atención para los trabajadores humanitarios*. Recuperado el 4 de marzo de 2009, de Instituto Headington: [http://www.headington-institute.org/Portals/32/resources/Spanish\\_Translation\\_Trauma\\_Critical\\_Incident\\_Care\\_for\\_Humanitarian\\_Workers\\_Final.pdf](http://www.headington-institute.org/Portals/32/resources/Spanish_Translation_Trauma_Critical_Incident_Care_for_Humanitarian_Workers_Final.pdf)
- Medios Para la Paz. (enero de 2004). *Union Europea apoya el trabajo de las organizaciones no gubernamentales en Colombia*. Recuperado el 14 de febrero de

2009,<http://www.mediosparalapaz.org/index.php?idcategoria=1732&resaltar=ambi%E9n#1>

- Meda, R., Moreno –Jiménez., Rodríguez, A., Arias, E., Palomera, A. (2011).Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y Salud* (21),5-15
- Mendia, I. (2000). *Seguridad en el trabajo humanitario*. Recuperado el 13 de mayo de 2009, de Diccionario Hegoa: <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/203>
- Ministerio de la Protección Social. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2009, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*.Bogotá.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá.
- Moreno, B., Morante, M. E., Losada, M., Rodríguez Carvajal, R., & Garrosa Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*(22),69-76 recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78522108>> ISSN 0716-6184.
- Moreno-Jiménez; Seminotti, R., Garroza Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R., Morante, M. (2005).El Burnout medico: los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés* (1), 87-100.
- Moreno-Jiménez; Meda, R., Rodríguez, A., Palomera, A., Morales, M. (2006).Síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos Mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud* (15).5-13.
- Moreno Jimenez, B., Morante Benadero, M. E., Rodriguez Carvajal, R., & Rodriguez Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20 , 124-130, recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72720117.pdf>.

- Moreno, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12, 215-231 recuperado en <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>.
- Morante, M. (2007). *Estrés Traumático Secundario y Desgaste Profesional en los Servicios de Urgencia Médica de la CM*. Madrid España. Recuperado en 20 de diciembre de 2010, Universidad Autónoma de Madrid: Tesis de doctorado, publicado en: <http://www.institutodevictimologia.com/Premio0202b.pdf>
- Mundosolidario.org. (s.f.). *Origen de las Entidades Humanitarias*. Recuperado el 20 de noviembre de 2009, de Solidaridad en el Siglo XX: [www.mundosolidario.org](http://www.mundosolidario.org)
- Oñate Pujol, X. (2007). *El síndrome de Burnout: Quemarse por el trabajo (II)*. Recuperado el 1 de noviembre de 2009, de <http://www.xavieronate.com/2007/11/03/burnout-estres-laboral-psicologo-barcelona-2/es/>
- Párraga, J. M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Recuperado el 12 de marzo de 2009, de Universidad de Extremadura: Trabajo de Grado, publicado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
- Pastoral Social. (s.f.). *Mision, Vision, Historia*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2009, de Secretariado de Pastoral social: <http://www.pastoralsocialcolombia.org.co>
- Pérez Lovelle, R. (2003). Psicología de la salud. *Psicología Científica.com*, recuperado en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-112-1-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.html>.
- Perron, B., & Hiltz, B. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and adolescent social work journal*, 23 (2), 216-234.
- Portnoy, D. (s.f.). *Autocuidado para el personal cuidador (Trauma, burnout y estrés secundario)*. Recuperado el 7 de junio de 2009, de <http://www.trastornosdisociativos.com/documentos/Portonoy.pdf>
- Quiceno, M., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.

- Ramírez, A. (2004). *Metodología de la investigación científica*. Recuperado el 1 de mayo de 2009, de Pontificia Universidad Javeriana: <http://www.javeriana.edu.co/ear/ecologia/documents/ALBERTORAMIREZMETODOLOGIADELAINVESTIGACIONCIENTIFICA.pdf>
- Rapaport, J. (2000). *Estrés Postraumático*. Recuperado el 5 de marzo de 2009, de Diccionario Hegoa: <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/203>
- Salama, P. (1999). The psychological health of relief workers: some practical suggestions. *Humanitarian Practice Network*, 15 <http://www.odihpn.org/report.asp?id=1043>
- Salazar, G. (2005). Mirada crítica al conflicto armado colombiano. *Memorias del Seminario Taller Internacional de Contextualización Sobre Desplazamiento Forzado y Refugio en Zonas de Frontera*. Bogotá, Colombia.
- Santana, A. I., & Farkas, C. (s.f.). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psyche* (16), 77-89. Recuperado el 25 de septiembre de 2009, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/967/96716107.pdf>
- Siegel, L. (1983). *Psicología de las organizaciones industriales*. México: Continental.
- Solaberrieta, A. (s.f.). *Reseña evolutiva del concepto de "Burnout"*. Recuperado el 22 de mayo de 2009, de ancba.org: [http://www.ancba.org.ar/cont\\_cien/contenido.htm](http://www.ancba.org.ar/cont_cien/contenido.htm)
- Vila, M. (2010). *Traumatización vicaria, las implicancias de la violencia familiar para profesionales*. Recuperado el 28 de febrero de 2011. De <http://redpiaff.blogspot.com/2010/02/traumatizacion-vicaria.html>
- Villota, C., & Vela, A. (2009). *Relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del síndrome de burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.* Pasto: Universidad de Nariño trabajo de grado, manuscrito no publicado.
- Zepeda, F. (1999). *Psicología Organizacional*. México: Addison Wesley Longman.

# **ANEXOS**

ANEXO 1

FORMATO ORIGINAL DE LA PRUEBA PROQOL

**ProQOL -vIV**

*PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE*

*Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV*

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción

Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha

comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, **como profesional de la urgencia médica**. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su

situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia

profesional más frecuente para usted en los **últimos 30 días**.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 1. Soy feliz.
- \_\_\_\_\_ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- \_\_\_\_\_ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión 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” por 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. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de 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 cómo 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 a la 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 qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.
- \_\_\_\_\_ 27. Considero que soy un buen profesional.
- \_\_\_\_\_ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- \_\_\_\_\_ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- \_\_\_\_\_ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

**ANEXO 2**

**FORMATO ADAPTADO DE LA PRUEBA PROQOL**

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su humanismo o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiera hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como *[trabajador humanitario]*. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los **últimos 30 días**.

**0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre**

- \_\_\_ 1. Soy feliz.
- \_\_\_ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o Ayudo.
- \_\_\_ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- \_\_\_ 4. Me siento identificado con otras personas, con ocasión 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 ha quienes he ayudado.
- \_\_\_ 10. Me siento "atrapado" por 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. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia *[humanitaria]*.
- \_\_\_ 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 cómo 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 a la 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 qué hacer) por *[las falencias en el sistema de atención a víctimas]*.
- \_\_\_ 27. Considero que soy un buen profesional.
- \_\_\_ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.
- \_\_\_ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- \_\_\_ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

❖ Favor revisar que todas las casillas estén marcadas. **GRACIAS**

**ANEXO 3**  
**FORMATO DE VALIDACIÓN DE LENGUAJE POR JUECES**

Ítem original	Ítem adaptado	Cambio el sentido		Índice de acuerdo "No cambio"
		Si	No	
4. Me siento vinculado a otras personas con ocasión de mi trabajo.	4. me siento [ <i>identificado con</i> ] otras personas con ocasión de mi trabajo.	1	3	75%
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia [ <i>humanitaria</i> ].	0	4	100%
26. Me siento "estancado" (sin saber que hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.	26. Me siento "estancado" (sin saber que hacer) por [ <i>las falencias en el sistema de atención a víctimas</i> ].	0	4	100%

Índice de acuerdo "no cambio" =  $\frac{275}{300}$  = 91%

Total de ítems evaluados 3

## ANEXO 4

## FORMATO DE ENCUESTA DE INFORMACIÓN ADICIONAL

El presente cuestionario hace parte del trabajo investigativo sobre síndrome de Burnout y Estrés Traumático secundario en trabajadores humanitarios en Nariño. Las preguntas que cuentan con un espacio señalado por puntos requieren que Usted elabore la respuesta en ese espacio. Aquellas preguntas que presentan varias opciones con paréntesis al frente de cada una de ellas, requieren que usted marque con una equis (X) en la opción que represente mejor su situación actual.

1. **Edad:**
  - ( ) 18 a 25 años.
  - ( ) 26 a 33 años
  - ( ) 34 a 41 años
  - ( ) 42 a 49 años
  - ( ) 50 a 58 años
  - ( ) 59 en adelante
2. **Sexo:** Mujer ( ) Hombre ( )
3. **Estado Civil:** Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Unión libre ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( )
4. **Hijos:** Si ( ) No ( )
5. **Procedencia:** Nacional ( ) Extranjero ( )
6. **Título Profesional o Grado académico:**.....
7. **¿Su cargo es de nivel?:** Directivo ( ) Administrativo ( ) Operativo ( )
8. **¿Nombre del cargo?**.....
9. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta institución?**
  - ( ) Menos de 1 año
  - ( ) 1 a 3 años
  - ( ) 3 a 5 años
  - ( ) 5 años y más

**¿Su lugar de trabajo es?:** Oficina local ( ) Terreno ( ) Otro, Cual: .....
10. **¿La organización a la que pertenece es?**
  - ( ) ONG local/Nacional
  - ( ) ONG Internacional
  - ( ) ONG Religiosa
  - ( ) Organización comunitaria/ asociación de víctimas
  - ( ) Agencia/ organismo internacional
  - ( ) Otro, ¿Cuál?:.....
11. **¿Cómo calificaría la seguridad en su área de trabajo con relación a las funciones que realiza?**
  - ( ) Bastante segura (aislados pero no apuntados actos de violencia que pongan en riesgo al personal humanitario).
  - ( ) Segura (sin mayores actos de violencia contra actores humanitarios)
  - ( ) Algo insegura (Con amenazas y actos de violencia en ascenso).
  - ( ) Altamente insegura/peligrosa (actores humanitarios/operaciones de ayuda siendo regularmente blanco de ataques).
12. **¿la población a la que usted asiste es?:** (Puede marcar mas de una opción)
  - ( ) Víctimas de Minas
  - ( ) Víctimas del secuestro
  - ( ) Comunidad en confinamiento
  - ( ) Personas privadas de la libertad
  - ( ) Violencia sexual en el marco del conflicto
  - ( ) Personas en situación de desplazamiento
  - ( ) Desmovilizados de grupos armados
  - ( ) Heridos de guerra (Civiles heridos en el marco de acciones armadas)
  - ( ) Otros, ¿cuales?.....



**ANEXO 5**  
**RESULTADOS DE VALIDACIÓN INTERJUECES**

Ítem	C			P			U		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
1) Edad: 18 a 25 años 26 a 33 años 34 a 41 años 42 a 59 años	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
2) Genero: Hombre-Mujer	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
3) Estado civil: Soltero Casado Unión libre	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
4) Procedencia: Nacional Extranjero	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
5) Nivel educativo: Básica secundaria Técnico o Tecnólogo(mencione su título) Profesional (mencione su título)	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
6) ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta organización? Menos de 1 año 1 a 3 años de 3 a 5 años 5 años o más	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
7) ¿Nombre del cargo? Tipo de cargo: Directivo, administrativo, operativo	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
8) Lugar de trabajo Oficina local Terreno Otro, Cual:	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
9) ¿Cómo calificaría la seguridad de su área de trabajo con relación a las funciones que realiza? Bastante segura (con aislados pero no apuntados actos de violencia que pongan en riesgo a los trabajadores humanitarios) Segura (sin mayores actos de violencia contra actores humanitarios) Algo insegura (con amenazas y actos de violencia en ascenso) Altamente insegura o peligrosa (actores humanitarios/operaciones de ayuda siendo regularmente blanco de ataques)	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%

10) En qué campos de acción dentro del trabajo humanitario se ha desempeñado (puede marcar más de una opción):	4	0	100%	4	0	100%	4	0	100%
Victimas de Minas									
Heridos de guerra (Civiles heridos en el marco de acciones armadas)									
Victimas del secuestro									
Personas en situación de desplazamiento									
Personas privadas de la libertad									
Violencia sexual en el marco del conflicto									
Comunidad en confinamiento									
Menores desmovilizados de grupos armados									
Otro, Cual:									

*Nota:* Las iniciales C, P, U que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y unidimensionalidad respectivamente.

Índice de acuerdo unidimensionalidad =  $\frac{1000}{1000} = 100\%$

Total de ítems evaluados 10

Índice de acuerdo pertinencia =  $\frac{1000}{1000} = 100\%$

Total de ítems evaluados 10

Índice de acuerdo redacción =  $\frac{1000}{1000} = 100\%$

Total de ítems evaluados 10

**ANEXO 6**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes, se ha diseñado el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO para la participación de seres humanos en procesos investigativos. Usted, como miembro de una Organización Humanitaria ha sido invitado a participar en el desarrollo del estudio denominado “Burnout y Estrés Traumático Secundario en Trabajadores Humanitarios del departamento de Nariño” desarrollado por Aura Margarita Jojoa Tobar, Identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.279.089 de Popayán, asesorada por el psicólogo Álvaro H. Álvarez

Propósito: Describir la presencia de estrés traumático secundario y el burnout en trabajadores humanitarios. Esta investigación será tomada como trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga en la universidad de Nariño.

Beneficio: Pretende generar conocimiento en torno a las problemáticas psicológicas inherentes al trabajo humanitario en Colombia y más puntualmente ofrecer a la institución los datos arrojados por este estudio como insumo para el diseño e implementación futuras estrategias de prevención e intervención que favorezcan a su personal.

Actividad: El participante deberá diligenciar el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (ProQOL), que consta de 30 ítems y un Cuestionario Complementario. Su participación es voluntaria.

Limitaciones y Riesgos: En la investigación participaran trabajadores de diversas organizaciones humanitarias, NO SE PUBLICARAN RESULTADOS INDIVIDUALES SINO GRUPALES. Por otra parte TODA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL suministrada exclusivamente para efectos de la presente investigación (por ejemplo: nombre, número de cédula, entre otros) y la información arrojada por los instrumentos de medición psicológica será manejada de forma confidencial en el informe final. Ello obedece al principio de confidencialidad expuesto en el código deontológico del Psicólogo. Se aclara que el proceso de investigación cumple con todas las normas éticas y legales que están enmarcadas dentro de las leyes Colombianas para el ejercicio de la psicología en Colombia y las normas éticas y legales para la investigación en salud. (Ley 1090 del 2006, y Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud).

Finalmente, como participante, usted tiene derecho a estar enterado del curso y los resultados de la investigación.

En caso de alguna duda, puede comunicarse con Margarita Jojoa Tobar, al correo electrónico margaretobar@gmail.com

Desde ya le agradecemos su colaboración y su tiempo.

Marque con una X en el espacio respectivo, si acepta o no acepta participar en esta investigación

ACEPTO \_\_\_\_\_ NO ACEPTO \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nombre de la investigadora: AURA MARGARITA JOJOA TOBAR

Cédula: 25.279.089 de Popayán

Firma: \_\_\_\_\_