

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

**SINDROME DE BURNOUT Y SALUD MENTAL : ESTUDIO
DESCRIPTIVO EN UNA MUESTRA DE TÉCNICOS
PARAMEDICOS DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL
SISTEMA PUBLICO DE LA QUINTA REGION**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO

Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR

VIVIANA CELIS CORRALES

**PROFESOR PATROCINANTE
DOMINGO ASUN SALAZAR**

**VALPARAISO, CHILE
SEPTIEMBRE DE 2001**



INDICE

INDICE

RESUMEN

Cap		Pág
1	INTRODUCCION	1
	Introducción	1
	Formulación del Problema	3
	Problema	3
	Objetivo General	10
	Objetivos Específicos	10
	Justificación de la Investigación	11
	Antecedentes Empíricos	12
2	ANTECEDENTES TEORICOS	15
	1. Síndrome de Burnout	15
	1.1. Antecedentes Históricos del Concepto	15
	1.2 . Conceptualización y Definición del Síndrome Burnout	17
	1.3. Etiología del Síndrome de Burnout	24
	1.3.1. Contribución intrapsíquica al concepto	24
	1.3.2. Perspectiva existencial	26
	1.3.3. Perspectiva psicosocial	27
	1.3.3.1 Teorías y Modelos psicosociales del Síndrome de Burnout	28
	1.4 Proceso del Síndrome de Burnout	31
	1.5 Modelos explicativos del Síndrome Burnout	34
	1.6. Antecedentes asociados al Síndrome de Burnout	37
	1.6.1. Variables intrapersonales predictoras del burnout	37
	1.6.2. Variables del contexto organizacional predictoras del burnout	39
	1.6.3. Variables del contexto organizacional predictoras del burnout	42
	1.7. Consecuencias del Síndrome de Burnout	43
	1.8 Burnout y Salud Mental	46
	1.9. Diagnóstico Diferencial del Síndrome de Burnout	47
	1.9.1. Burnout y estrés	47
	1.9.2. Burnout y depresión	48
	1.9.3. Burnout y tensión	49
	1.10 Medición del Síndrome de Burnout	49
	1.11. Intervención del Síndrome de Burnout	51
	1.11.1. Intervenciones basadas en la clínica tradicional	52

	1.11.2. Intervenciones basadas en la organización	52
	1.11.3 Programas de intervención amplia	53
	2. Salud Mental	56
	2.1. Antecedentes Históricos del Concepto de Salud Mental	56
	2.2. Conceptualización de la Salud Mental	57
	2.2.1. Salud mental como estatus de salud mental	57
	2.2.2. Salud mental como balance afectivo positivo	58
	2.2.3. Salud mental como ausencia de síntomas	62
	2.3. Modelos de Salud Mental	74
	2.4. Antecedentes Asociados	76
	2.5. Sesgos Sociocognitivos y Salud Mental	77
3	METODOLOGÍA	79
	Diseño	79
	Muestra	79
	Sujetos	80
	Definición de las Variables en estudio	80
	Definición teórica de las variables	80
	Definición operacional de las variables	84
	Procedimiento	84
	Análisis de los Datos	85
	Técnicas de Recopilación de los Datos	86
4	RESULTADOS	
	I. Análisis Descriptivo	
	1. Frecuencia de las variables sociodemográficas y profesigráficas de la muestra	
	2. Frecuencia del síndrome de burnout	
	3. Frecuencia del síndrome de burnout según factores sociodemográficos y profesigráficos en estudio	
	4. Frecuencia del estatus de salud mental	
	II.- Análisis Correlacional	
	1. Asociación mediante prueba chi cuadrado entre burnout y balance afectivo positivo	
5	CONCLUSIONES	
	1. Conclusiones y Discusión	159

RESUMEN

La presente investigación busca describir el Síndrome de Burnout según factores sociodemográficos y profesiográficos en una muestra de técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos del sistema público de la quinta región .

Así también se busca relacionar el Síndrome de Burnout con la salud mental de muestra en estudio, concebida desde la perspectiva de Vera y Wood, quienes establecen la sintomatología depresiva ansiosa y somatomorfe ; en comunión con el grado de balance afectivo positivo de los sujetos de la investigación.

Para cumplir los objetivos propuestos se utilizan los siguientes instrumentos : Cuestionario de Actitudes ante el Trabajo (de Esparza , Guerra y Martínez, 1995) para la medición del síndrome de burnout, y las Escalas de sintomatología ansiosa , depresiva y somatomorfe (de Alvarado y cols, 1990) y escala de balance positivo de afectos (de Bradburn, según adaptación española de Páez, 1989) para la medición de estatus de salud mental de los sujetos de la muestra.

Este estudio fue realizado durante los meses de Enero y Febrero del año en curso en los hospitales psiquiátrico El Salvador de Valparaíso y Philippe Pinel de Putaendo.

Los resultados de la investigación muestran que el Síndrome de Burnout se presenta distintamente en los técnicos paramédicos de los hospitales de la muestra dependiendo de su edad y sexo, presentando más burnout los individuos cuyas edades comprenden entre (30-39) años y los de sexo masculino. Así también , los sujetos que tienden a presentar más burnout son los que tienen una antigüedad profesional e institucional entre (10- 19) años y los de tipo de contrato "contratados".

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Introducción

El estrés laboral es un problema que suscita gran interés en la actualidad , dado a las repercusiones que este fenómeno tiene tanto a nivel individual, organizacional y social ; afectando, en gran medida, la calidad de vida del sujeto en un ámbito que va más allá de lo directamente relacionado con el trabajo.

En 1974 Freudenberger , en base a sus observaciones , identificó una forma de específica de estrés laboral que afecta en especial a las profesiones de servicio, este fenómeno es conocido como síndrome de burnout. A partir de ese entonces se ha comenzado a realizar gran cantidad de investigación en torno a este tema, siendo de destacar autores como Maslach y Jackson (1981) y Pines, Aronson y Krafy (1981).

Las dimensiones del síndrome de burnout tradicionalmente estudiadas son : agotamiento emocional, degradación en la competencia personal y despersonalización (Maslach, 1981). La primera de ellas ha sido considerada como la característica central del síndrome. Como respuesta de afrontamiento al estrés a que se ve expuesto , el individuo desarrollaría despersonalización que, como consecuencia, originaría la aparición de una reducida competencia personal. Leiter y Maslach (1988) plantean que cada dimensión del burnout es determinante en su desarrollo, así como cada una de ellas mantiene distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales.

Las concepciones para entender el síndrome de burnout son diversas, por ello es importante destacar que este estudio tiene un carácter psicosocial, lo que implica que se concibe al burnout como resultado de un alto estrés laboral que está mediado, principalmente, por factores cognitivos e influenciado, además, por otro tipo de variables, tales como la personalidad del sujeto y características demográficas (edad, sexo, estado civil) y profesiográficas (antigüedad profesional, antigüedad institucional y tipo de contrato) de él. Además el síndrome de burnout presenta consecuencias que se manifiestan tanto a nivel organizacional como personal. Dentro de este último ámbito es de destacar la mala salud mental que presentan los sujetos que lo padecen (Watkins, 1983 ; Cox & Kuk, sa).

Ahora bien, dentro de los estresores laborales que se mencionan habitualmente en los estudios del burnout se pueden mencionar, por ejemplo, la interacción entre trabajador-cliente (Upsprung, 1987 ; Burke y Richardsen, 1991), el conflicto y ambigüedad de rol, los bajos salarios etc. Grosch y Olsen (1994) indicaban, además, que un factor externo que podría incidir de forma importante en la presencia de burnout son los tipos de pacientes con los que se trabaja y sus características clínicas. Según estos últimos autores los pacientes limítrofes, con baja capacidad de introspección y con dificultades intelectuales, exigen una destreza, dedicación, atención y límites terapéuticos específicos que implican una alta demanda para los profesionales.

La presente investigación tiene por objeto describir el síndrome de burnout según características sociodemográficas y profesiográficas en una muestra de técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos de la Quinta Región, así como identificar la relación que presenta el síndrome con la salud mental de los

trabajadores en estudio.

Este trabajo puede dividirse en 5 partes. La primera nos señala la formulación del problema, los objetivos generales y específicos de él, su justificación y las preguntas de investigación. La segunda nos muestra los antecedentes teóricos de cada una de las variables en estudio. Una tercera que nos pone en cuenta de la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación. Una cuarta que muestra los resultados obtenidos en esta última tanto a nivel descriptivo como correlacional; y una parte final donde se señalan las conclusiones, discusión, limitaciones de la investigación y sugerencias.

Formulación del Problema

Problema

Actualmente se está gestando en Chile la reforma de Salud. Uno de los temas fundamentales de esta reforma consiste en mejorar la calidad del servicio que se presta. Dentro de la reforma de salud se está elaborando la reforma psiquiátrica cuyo eje central es que se pasa a considerar al enfermo mental de una persona carente de razón y destinada a estar confinada en una institución psiquiátrica a una persona con derechos y deberes que deben ser respetados. Junto a ello se conforma una comisión que tiene por función hacer cumplir los estándares de la calidad en las atenciones; se establece, además, que es función de las instituciones psiquiátricas, tanto a nivel público como a nivel privado, el garantizar la existencia de un personal profesional, técnico y auxiliar, que cumpla debidamente sus funciones.

Sin embargo, para que se cumplan cada uno de los objetivos

propuestos se requiere que exista preocupación, políticas suficientes, coherentes y consistentes respecto al principal recurso de la salud: el personal (Colegio Médico de Chile, 1999).

Los técnicos paramédicos constituyen poco más del 60% de los funcionarios que se desempeñan en instituciones de salud, y su principal función consiste en prestar ayuda y cuidados a las personas receptoras de sus servicios. Desde mediados de los 70's se ha comenzado a estudiar un estrés específico en las profesiones de servicio conocido como síndrome de burnout. Su característica principal es el agotamiento emocional, seguido de la despersonalización y degradación de la competencia personal que sufren los profesionales que lo padecen (Maslach, 1981).

Figueroa; M y Gutierrez, A ;(1997) concluyeron que el síndrome de burnout estaría relacionado con desempeños laborales bajos, razón por la cual, su presencia, estaría constituyendo un serio obstáculo para el cumplimiento de los objetivos gubernamentales de salud, principalmente los que hacen referencia a la calidad de la atención y al ejercicio adecuado de las funciones del personal técnico.

Ahora bien, se han establecido en la literatura rasgos de vulnerabilidad que harían a ciertas personas más vulnerables al síndrome, algunos son de índole personal y otros refieren a características propias del trabajo y de la organización donde se desempeñan los trabajadores.

Dentro de las primeras podemos mencionar la edad, el estado civil y el sexo de los sujetos, dentro de las segundas la antigüedad profesional, antigüedad institucional y estabilidad laboral (tipo de contrato) así como otras características entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

* Ser esencialmente, "*profesionales de ayuda*". En este sentido Maslach (1988) plantea que los profesionales en las profesiones de servicio proveen cuidados, apoyo, atención y asistencia a sus clientes , pacientes o pupilos. Esta relación es asimétrica, ya que siempre hay un cuidador que "entrega" y un receptor que recibe. Eventualmente esta relación asimétrica puede resultar en una fatiga emocional, que es el elemento central de síndrome burnout.

Grosch y Olsen (1994) indicaban que un factor externo que podría incidir de forma importante en la presencia de burnout son los *tipos de pacientes con los que se trabaja y sus características clínicas*. Según estos autores los pacientes difíciles, limítrofes, con baja capacidad de introspección y con dificultades intelectuales, exigen de una destreza, dedicación , atención y límites terapéuticos específicos que implican una alta demanda para los profesionales. En este sentido puede decirse que los técnicos paramédicos de este tipo de hospitales al trabajar con pacientes cuya característica central de la enfermedad que padecen son uno o varios de los rasgos descritos por Grosch y Olsen , serían especialmente susceptibles a presentar el síndrome (en Rozas Caamaño, 1999).

Así también los profesionales del área de la salud mental , se encuentran expuestos a otros factores precipitantes que los harían más proclives al burnout, entre éstos se encuentran (en García Rojas, 1999) :

- El gran tamaño de las instituciones y el elevado número de pacientes que deben atender
- La gravedad de las enfermedades psíquicas
- Cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes
- El intento de abordar la enfermedad sin limitarse a los tratamientos de orientación organiscista

- Las insatisfactorias condiciones laborales en que se desenvuelven estos profesionales, entre ellas se mencionan:

a) *bajo salario*, que reciben los trabajadores del área de la salud mental por su trabajo, teniendo en cuenta que la disconformidad con los salarios aparece en casi la totalidad de los trabajos realizados con enfermeros y técnicos en enfermería (Unicovski, 1993 ; Vieira, 1992 ; Crampone, 1987).

b) *presión de trabajo*, considerando que los profesionales del área de la salud mental tienen fuertes presiones de trabajo. Estas ocurren como consecuencia de la calidad de los pacientes a atender, la gran cantidad de funciones burocráticas que deben desarrollar, la necesidad de reemplazar a los colegas de trabajo que se encuentran ausentes de la institución por enfermedades médicas o psíquicas, etc. Autores como Viera (1993) mencionan que la sobrecarga laboral, tanto cualitativa como cuantitativa, cumple un rol central en la aparición de burnout tanto en enfermeros como en técnicos de enfermería.

c) *estabilidad laboral*, ya que uno de los problemas laborales mencionados por los técnicos paramédicos es la no contratación de ellos. Esto trae como consecuencia inseguridad económica en los trabajadores, la cual según Wade, Cooley y Savicki (1986) aumenta la vulnerabilidad a sufrir burnout.

d) *pocas oportunidades de promoción*, debido a que existen pocas posibilidades de ascenso dentro de las instituciones de salud, especialmente en los profesionales o técnicos profesionales contratados. Filgueira (1994) propone que las variables motivacionales, las cuales se relacionan con el grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional, influyen en la vulnerabilidad al síndrome. De esta forma cuando el técnico encuentra que la posibilidad de ser promovido y de desarrollarse profesionalmente es baja, aumentará la posibilidad

de sufrir burnout.

e) *falta de autonomía* , dado a que por la estructura de las organizaciones, los técnicos paramédicos se presentan como los sujetos con menor jerarquía en la institución dentro de los trabajadores con algún nivel de estudios. Esto conlleva inevitablemente al hecho que tengan menor autonomía dentro de la organización y una menor capacidad para tomar decisiones. La presencia de ambos factores ha sido asociado a menores niveles de burnout en estudios como los de Drory & Shamir, 1988 ; Leitier & Maslach ,1988 ; Maslach & Jackson, 1984 ; Driscoll & Schubert , 1988 ; Pines & Aronson, 1988.

A lo anteriormente mencionado pueden anexarse otro tipo de factores que estarían aumentando la vulnerabilidad al síndrome. Entre ellos se mencionan la autoeficacia y la falta de control.

Un hecho indiscutible es la poca preparación profesional que reciben este grupo de profesionales. Esto último, puede relacionarse con el concepto de *autoeficacia*, el cual, según Cherniss, es el elemento central en la aparición de burnout. La autoeficacia es concebida por Bandura como " la creencia que tiene la persona de ser capaz de ejercer control sobre los eventos que afectan sus vidas" (Bandura , 1989). Gibson & Dembo (1984) propusieron una interesante operacionalización de la autoeficacia. Estos autores plantearon que este constructo estaba constituido por tres dominios:

- *dominio de la tarea* , el que refiere a aspectos técnicos del rol profesional. Este aspecto es especialmente interesante en este grupo de estudio, ya que la preparación profesional que reciben, notablemente inferior a la de otros profesionales de la institución, tales como médicos y enfermeras, podría influenciar en sus sentimientos de autoeficacia.

- *dominio interpersonal* , relacionada con la habilidad de la persona de trabajar armoniosamente con "los otros", particularmente con los clientes receptores del servicio, con los colegas y con los supervisores inmediatos.

- *dominio organizacional* , referida a la creencia que las habilidades personales pueden influenciar las fuerzas políticas y sociales dentro de la organización. Este dominio resulta en especial importante para autores como Drory & Shamir,1988 ; Maslach & Jackson, 1984; Pines & Aronson, quienes han comprobado en sus estudios que las demandas y la coartación organizacional representan la mayor fuerza de estrés y burnout.

Ahora bien , la *falta de control* ha sido reconocida como una variable que juega un rol central en la mayoría de las teorías del estrés, reconociendo la importancia que tiene sobre la salud mental y la felicidad de las personas que trabajan en la organización (Ganster,1989). En la profesión de técnico paramédico existen diversos aspectos del ambiente que escapan de su control, entre ellos podemos mencionar, por ejemplo, la recuperación del paciente , las decisiones tomadas por los médicos y los administradores de los hospitales, los procedimientos burocráticos, la cooperación de los pacientes, la confrontación con la muerte, la pérdida de apoyo del equipo de trabajo; y los conflictos con médicos, enfermeras y otros colegas. Según Karasek (s/a), cuando la falta de control se combina con la sobrecarga laboral (lo que ocurre en el caso de los técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos) , las personas se vuelven más susceptibles a presentar enfermedades relacionadas con el estrés laboral ; este hallazgo ha sido corroborado por las investigaciones de Landsbergis (1988).

A partir de la información revisada surge la primera pregunta de investigación : ¿ cómo se presenta el síndrome de burnout en un grupo de técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos del sistema de salud público de la Quinta Región y cómo dependiendo de las características sociodemográficas y profesiograficas de la muestra?.

Ahora bien, la mala salud mental ha sido mencionada como una consecuencia del síndrome burnout por autores como Watkins (1983) y Cox & Kuk (s/a). Si esta relación efectivamente existe, implica que los profesionales que presentan burnout tendrán tendencia a presentar otro tipo de trastornos tales como depresión, trastornos por ansiedad , trastornos somatomorfos y sentimientos de infelicidad.

Esta situación ya ha sido descrita anteriormente por Flórez Lozano (1994). Este autor refiere que " las consecuencias del síndrome de burnout justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre los profesionales sanitarios, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento de consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas" (Flórez Lozano, 1994 ; en Atance, s/a). Es indiscutible que esta situación trae consigo graves dificultades no tan sólo para el individuo, sino también para la organización, ya que provoca importantes pérdidas económicas, falta de personal con su subsecuente sobrecarga laboral , etc.

A partir de esta información surge la segunda pregunta de estudio : ¿ se relaciona el síndrome de burnout con la salud mental en una muestra de técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos del sistema de salud público de

la Quinta Región ?

Objetivos Generales

- Identificar los niveles de Síndrome de Burnout en función de características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) y profesiográficas (situación contractual, antigüedad profesional, antigüedad institucional) en un grupo de técnicos paramédicos de hospitales psiquiátricos del sistema público de la Quinta Región.
- Relacionar el Síndrome de Burnout con la Salud Mental en un grupo de técnicos paramédicos de dos hospitales psiquiátricos del sistema público de la Quinta Región.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel total de síndrome de burnout en la muestra según características profesiográficas (antigüedad profesional, antigüedad institucional y tipo de contrato) de los técnicos paramédicos en estudio.
- Identificar los niveles existentes en cada uno de los factores del síndrome de burnout en la muestra según las características sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) de los técnicos paramédicos en estudio.
- Identificar los niveles existentes en cada uno de los factores del síndrome de burnout según las características profesiográficas (antigüedad profesional, antigüedad institucional y tipo de contrato) de los técnicos paramédicos en estudio.
- Identificar la relación entre el síndrome de burnout y la salud mental en un grupo de técnicos paramédicos en estudio

Justificación de la Investigación

A nivel teórico , la investigación sirve para conocer aspectos del síndrome burnout en un tipo de población específica sobre la cual, hasta el momento, no se ha investigado en nuestro país y que, como ya se ha mencionado previamente, representa gran parte de los trabajadores de la salud , a lo que se suma la importancia cualitativa de su función.

Por otro lado, se sabe que existe en las instituciones psiquiátricas en estudio una alta tasa de licencias en el grupo de técnicos paramédicos (fuente: FENATS, 2001). De éstas últimas, existe un porcentaje de ellas asociadas a problemas de salud mental. El presente estudio permitirá identificar si la salud mental de los trabajadores de la muestra se asocia a otros fenómenos de interés actual como el síndrome de burnout.

A nivel metodológico, se aplica el instrumento de actitudes frente al trabajo al grupo de técnicos paramédicos, lo cual no ha sido realizado con anterioridad en nuestro país.

La aplicación práctica no constituye el objeto de esta investigación, sin embargo , la información obtenida se entregará, según los acuerdos realizados previamente a la investigación, a la Fenats del Hospital Psiquiátrico El Salvador y a la Dirección del Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel (Putuendo); ellos serán, por lo tanto, los encargados de utilizar esta información de la forma más conveniente, intentando reducir al máximo los factores que puedan estar resultando estresantes para los individuos y potenciando los recursos organizacionales con los que cuentan ambas instituciones.

Antecedentes empíricos

Ahora bien, los estudios del síndrome de burnout comenzaron en Chile

en la década de los 90's. La investigación realizada en nuestro país ha consistido, en su mayoría, en validar instrumentos tradicionalmente usados para medir el burnout, y en aplicar estos últimos a poblaciones consideradas de riesgo (enfermeras, médicos, profesores, personal de atención primaria).

Entre los estudios relevantes para la presente investigación podemos mencionar los siguientes:

- "Determinación de los Niveles de Síndrome Burnout en Profesionales del Área Salud de la Quinta Región". Tesis presentada para optar al grado de licenciado en psicología y al título profesional de Psicólogo, la cual fue realizada por Esparza, Guerra y Martínez en la Universidad Católica de Valparaíso (1995). Para medir el fenómeno tipificaron el "cuestionario de Burnout para profesionales sanitarios" (CBPS), creado en España por Marisol Filgueira (1993). La muestra estudiada fue de 153 profesionales (asistentes sociales, enfermeras, matronas, médicos, odontólogos, psiquiatras y psicólogos) pertenecientes a los hospitales Carlos Van Buren y Psiquiátrico El Salvador de Valparaíso y San Martín de Quillota. Se observa la existencia de encuestados enfrentados a un estado de tensión debido a la constante presión por satisfacer exigencias de variadas fuentes entre las que se cuentan: los atendidos, el sistema de salud estatal, la estructura administrativa y las exigencias internalizadas del rol profesional.

- "Validación empírica del Cuestionario de Actitudes ante el Trabajo", de evaluación del Síndrome Burnout en Profesionales de la Salud de la Quinta Región. Esta es una tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título profesional de Psicólogo, realizada por De la Rosa, Ramírez, Salas y Sepúlveda (1998) en la Universidad Católica de Valparaíso.

- "Determinación de los Niveles de Burnout y su relación con Satisfacción

Laboral y Apoyo social en profesionales de la salud de los consultorios de Atención Primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso". Esta tesis fue realizada por Ana Alvarado y Claudia Ruz para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al título profesional de Psicólogo en la Universidad de Valparaíso (1999). Los resultados de esta tesis muestran que el 56,2 % de los profesionales pertenecientes a los consultorios de Atención Primaria de Salud estarían al menos proclives al Burnout.

- " Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de hospitales de urgencia de asistencia pública". Esta tesis fue presentada a la Escuela de Enfermería de la Pontificie Universidad Católica de Chile para optar a grado académico de licenciado en enfermería y al título profesional de enfermera y matrona (1999).

Dentro de los estudios de salud mental relevantes para la investigación se encuentran los siguientes :

- " Detección de factores de Estrés Laboral y Extralaboral en un grupo de funcionarios paramédicos de una división del Hospital Psiquiátrico "Dr Horwitz" , llevado a cabo por Vicente y Colaboradores (1985). En el estudio se encontró que el 100% de los funcionarios presentan uno o más síntomas aislados o formando parte de una enfermedad orgánica, psicósomática o trastorno emocional.

- " Satisfacción Laboral y trastornos emocionales en el personal del Servicio de Psiquiatría del Hospital El peral". Este estudio fue realizado por Pascual y Cols. (1987). Como resultado relevante se obtuvo que un 25% de las mujeres y un

4,5% de los hombres presentaban trastornos emocionales en el mes de aplicación. (Noviembre, 1987).

- Ibañez y cols. (1988) , en un estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción , encontraron que un 72,2 % de los funcionarios habían sufrido enfermedades psiquiátricas, psicósomáticas o ambas en el mes en que se llevó a cabo el estudio.

- "Riesgo de Trastorno Emocional en Personal de la Atención de Pacientes Psiquiátricos" de Tardito (1996) . Este estudio compara el riesgo de trastorno emocional de personal clínico no universitario que se desempeña con pacientes psiquiátricos en relación con funcionarios que atienden a otro tipo de pacientes, mediante el Cuestionario de Salud de Goldberg y Test de Percepción de Situaciones Estresantes en el trabajo. Los resultados dan cuenta que el riesgo de presentar un trastorno emocional es significativamente más alto en el personal que atiende pacientes no psiquiátricos. Según los investigadores , esto podría deberse a mecanismos de negación en el personal que trabaja con personas con enfermedades mentales.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL PROBLEMA

1.Síndrome de Burnout

1.1 Antecedentes Históricos del Concepto

La concepción inicial del Síndrome Burnout se desarrolló desde una perspectiva pragmática y no conceptual. En 1974 Freudenberger observó que muchos trabajadores de la institución de salud donde él se desempeñaba, presentaban gran desgaste emocional, pérdida de motivación y pérdida de compromiso con el trabajo. Frente a este particular estado de agotamiento, él acuñó el término coloquialmente utilizado para referirse al efecto de los usos crónicos de las drogas: *Burnout*. Paralelamente Christine Maslach estudiaba la forma en que los profesionales alcanzaban el máximo nivel de "arousal" y la manera en como se enfrentaban a él. Al describir el fenómeno de su estudio constató que éste se correspondía con el descrito por Freudenberger.

A partir de estos datos surge la necesidad de conceptualizar el término, en esta tarea Maslach y Jackson han sido las principales interesadas (1981, 1993). Desde los años 80's el trabajo acerca del Burnout comienza a ser más productivo, comenzándose a elaborar modelos para la evaluación del fenómeno e ideas para su intervención, etc. Garcés de los Fayos, Teruel y García Montalbo citaban en el año 1993 más de 1000 referencias bibliográficas respecto al burnout, siendo el ámbito organizacional, sin duda alguna, el más productivo (cerca del 80 % de los textos).

Ahora bien, la historia del concepto del burnout no ha estado exenta de dificultades. Se puede decir que dos han sido los temas centrales en la discusión del síndrome. El primero es si el burnout es un fenómeno exclusivo de las profesiones de servicio. En este sentido Maslach y Schaufeli (s/a) plantean que si bien el síndrome fue en inicio más visible en estos profesionales, no está restringido exclusivamente a ellos. Se ha discutido la existencia de burnout en empresarios, personal de corporaciones, administradores (Cahoon & Rowney, 1984 ; Etzion, Kafry & Pines, 1982 ; Levinson, 1981), en atletas (Fender, 1989 ; Smith, 1986), etc. Sin embargo, en este tipo de profesiones, por no ser lo esencial el trato con el cliente, pierden sentido algunas dimensiones importantes del burnout como el reducido logro personal y la despersonalización.

La segunda dificultad importante del concepto burnout es la medida en que este último tiene criterios diagnósticos claros. Según Maslach los criterios diagnósticos pueden ser aplicados sólo al final del proceso del síndrome. Estos criterios se han definido en varias formas. Freudenberger & Richelson (1980) describen entre los síntomas clínicos del burnout el cansancio, aburrimiento, cinismo, impaciencia, irritabilidad, el sentido de omnipotencia y la sospecha de ser poco apreciado, paranoia , desorientación y rasgos psicosomáticos. Pines y Aronson (1988) definen al burnout como un estado de cansancio físico, emocional y mental , causado por verse expuesto constantemente a situaciones emocionalmente sobredemandantes, y describe este estado de la siguiente manera : " *el agotamiento físico* " se caracteriza por una pérdida de energías, una fatiga crónica y debilidad" ; "*el agotamiento emocional*", segundo componente del burnout, involucra primeramente sentimientos de desesperanza, desamparo y entrapamiento ; "*el agotamiento mental*", el tercer componente, se caracteriza porque el trabajador desarrolla actitudes negativas hacia sí mismo, hacia los

clientes y hacia la vida en general. Por último, es interesante mencionar a Bibeau et al (1989) quien propone que existen criterios diagnósticos subjetivos y objetivos para el burnout. Según este autor, el principal criterio subjetivo es el estado general de fatiga que se acompaña por (1) pérdida de la autoestima como resultante de los sentimientos de incompetencia profesional e insatisfacción laboral, (2) múltiples síntomas físicos de estrés, sin que exista una enfermedad orgánica identificable; y (3) problemas de concentración, irritabilidad y negativismo. El principal indicador objetivo del burnout es un significativo decrecimiento en el rendimiento laboral en un periodo que no abarca más de algunos meses, el cual es observable en la relación con (1) los clientes, (2) los supervisores (quienes a su vez observan una desmejora en la efectividad del trabajo, absentismo, etc), y los colegas (quienes observan una pérdida de interés general en los temas relacionados con el trabajo). Cada uno de estos síntomas no son resultados de (1) una incompetencia del trabajador prolongada en el tiempo, ni de (2) una psicopatología mayor, ni de (3) problemas relacionados con la familia.

1.2 Conceptualización y Definición del Síndrome Burnout

Las conceptualizaciones del burnout han sido diversas y han resultado en extremo complejas, dado a lo difícil que resulta aunar los criterios del síndrome y precisar los factores representativos de éste. Sin embargo, haciendo una revisión en la literatura existente en nuestro país, es posible notar que, desde el surgimiento del concepto del burnout en el año 1974, sólo ha habido tres autores que han elaborado definiciones que aportan elementos substanciales a la definición del síndrome. Estos autores son Freudemberger, Maslach y Jackson, y Pines.

El primer autor mencionado utilizó el término de burnout para referirse a un efecto del estrés laboral. Su formación médica lo llevó a definir el síndrome desde una perspectiva clínica, centrando su descripción en aspectos etiológicos, sintomatológicos, curso e intervenciones. Describe al síndrome definiéndolo como "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías y recursos personales o de fuerza espiritual del trabajador", aclarando que las emociones y sentimientos negativos se dan en el contexto laboral, ya que es éste último el que puede ocasionar dichas reacciones.

Posteriormente Pines y Kafry (1978) definen al burnout como "una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal". Esta definición fue revisada por los mismos autores quienes en 1981 otorgaron la siguiente definición: "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente". Es de destacar que esta definición dió origen a un inventario para la evaluación del síndrome, sin embargo, este inventario no ha sido muy utilizado en investigaciones posteriores dado a que presenta la desventaja de no circunscribir el síndrome a un contexto exclusivamente organizacional.

Maslach y Jackson (1981) entienden a su vez que el síndrome de burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por el agotamiento emocional, despersonalización y reducido logro interpersonal". Esta definición no se aparta de la asunción de las variables de trabajo como las condicionantes últimas de la aparición del burnout. Su ventaja radica en que no es teórica, sino, mas bien, la consecuencia empírica del estudio llevado a cabo por las autoras (Maslach y Jackson, 1984).

Esta última definición es la que tiene más aceptación de los investigadores y, por esta misma razón, es la que han usado la mayoría de ellos como eje central de sus estudios.

Por las mismas razones previamente expuestas se hace menester conocer como entienden las autoras (Maslach y Jackson) cada una de las dimensiones. Siguiendo a Sarros (1988) podemos concebir las tres dimensiones citadas de la siguiente manera :

* *Agotamiento emocional* : hace referencia a las sensaciones de sobre-esfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos mismos y con los clientes.

* *Despersonalización* : supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a que los trabajadores prestan sus servicios.

* *Reducida realización personal* : conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.

Ahora bien , las definiciones del síndrome realizadas con posterioridad a esta fecha tienden a conservar los mismos elementos como ejes centrales del síndrome, añadiendo otras ideas que ayudarían a clarificar ciertos aspectos del burnout, tales como , su relación con el estrés laboral, la importancia de las estrategias de afrontamiento en la aparición del síndrome, el carácter procesal de este último, etc.

Cherniss (1980), por ejemplo, centra su definición en el carácter procesal del síndrome, precisando que este último es "un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico a este estrés" , destacando

tres momentos cruciales el desarrollo del síndrome. Un primer momento donde las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos de los profesionales. Un segundo, donde como resultado de la situación anterior, se produce un sobreesfuerzo en el sujeto, presentando signos físicos y emocionales como ansiedad, fatiga, e irritabilidad; así como una reducción de las metas laborales, una disminución en el grado de responsabilidad personal y un descenso en el altruismo profesional. El tercer y último momento se caracteriza porque el sujeto, a consecuencia del malestar ocasionado, presenta un cambio de actitudes, entre las que se encuentran un distanciamiento emocional, un deseo de huida, y la presencia de cinismo y rigidez en su actuar. Este cambio de actitudes es el crucial en la manifestación del síndrome y corresponde a estrategias de afrontamiento (afrontamiento defensivo) que utiliza el individuo como respuesta a una situación sobredemandante. Con este último planteamiento Cherniss da la pauta a otros autores para estudiar la importancia del afrontamiento en la manifestación del burnout.

Edelwich y Brodsky (1980), en la misma línea anterior, definen al burnout como "una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo". Proponen cuatro fases por la que pasa todo individuo que presenta burnout, estas son las siguientes:

- 1.- *entusiasmo*: caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro
- 2.- *estancamiento*: que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer frustración
- 3.- *frustración*: en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

4.- *apatía* : la cual es utilizada como mecanismo de defensa ante la frustración.

Otros autores, siguiendo la perspectiva de Cherniss, se han preocupado de investigar sobre las estrategias de afrontamiento implicadas en el burnout. Una definición en esta línea de investigación es la que nos entrega Farber (1984) quien plantea que el burnout son "manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivados de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas ". Moreno y Oliver (1993), haciendo alusión a este mismo punto, plantean que el burnout " sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas e él".

Ayuso y López en este mismo año y siguiendo la definición de Pines et al (1981) definen al Burnout como "un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivos-afectivos", precisando que " el síndrome de desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energías de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo", concepción que se deduce de la definición de Edelwich y Brosky (1980). Kushnir y Melamed (1992) definen al síndrome como " el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas de cargas emocionales", con lo que se va asentando, aún más, una corriente de estudios que enlaza el burnout y las estrategias de afrontamiento ; de hecho , Wallace y Brinkerhiff (1991) señalan que, paradójicamente la despersonalización, como dimensión del burnout, sería propiamente una estrategia de afrontamiento conducente a combatir el síndrome.

Así también, diversas investigaciones se han centrado en la relación que tiene el burnout con el estrés laboral. En este sentido podemos mencionar a Cherniss como uno de los pioneros en mencionar el trabajo como antecedente en la aparición del síndrome. Autores como Shinn, Rosario, March y Chestnut (1984) entienden el síndrome como "tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos", dando a entender con ello que el estrés laboral es un antecedente necesario para la aparición del burnout. Desde este mismo planteamiento Nagy (1985) señala que el burnout "describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana", añadiendo, además, que el burnout y el estrés podrían ser conceptos similares y que el burnout sería un tipo específico de estrés. Walker (1986) señala que el burnout "se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo", dejando abierta la posibilidad que el burnout pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independiente de su contexto laboral específico. De esta misma forma, Hiscott y Connop (1990) entienden el síndrome como "un indicador de los problemas de estrés relacionados con el trabajo". Oliver, Pastor, Aragonenses y Moreno (1990) igualan el burnout al estrés laboral asistencial, volviendo estos autores a circunscribirse a profesiones con determinadas interacciones humanas. También García Izquierdo (1991^a y b) señala al burnout como característico de las profesiones de servicios humanos, y lo entiende como una consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y, por tanto, sería equiparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral. Moreno, Oliver y Aragonenses (1991) definen al burnout como "un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación

interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo". Muy similar a esta definición es la de Ganster y Schanbroeck (1991) quienes plantean que " el burnout es ,de hecho, un tipo de estrés , una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles de contacto personal".

Otro tipo de investigaciones, en la misma línea anterior, tienden a distanciar al burnout del estrés laboral. Leiter (1992) define al síndrome como "una crisis de autoeficacia". Greenglass, Burke y Stybirt (1990) matizan que el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, mientras que el burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. Nagy y Nagy (1992) , en cambio, señalan que el concepto de burnout se ha convertido en " un llamativo descriptor de estrés laboral".

En la presente investigación , debido a la cantidad de elementos que abarca, se utiliza la definición propuesta por Maslach (1991, pág 9), donde define al burnout como :

"Un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este síndrome abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y reducido logro personal ; y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión e insatisfacción laboral".

1.3 Etiología del Síndrome de Burnout

Existen diversas hipótesis acerca de las causas del burnout. Algunas refieren a que la etiología del burnout es de origen, principalmente intrapsíquico, otras son de orden claramente existencial, rescatando los postulados de las teorías humanistas ; y otras aportan una perspectiva multidimensional al tema .

Se presentan a continuación cada una de ellas :

1.3.1 Contribución intrapsíquica al concepto burnout . Estas teorías se centran en los aspectos de personalidad y cognoscitivos implicados en el burnout. Freudenberger observó que los profesionales que presentaban el síndrome eran personas sobrededicadas a su trabajo, lo cual era resultante, a su vez, de un alto nivel de expectativas . Señalaba , además, que estas personas tendían a utilizar su trabajo como un sustituto de su vida social. Según las observaciones de este autor, los profesionales de la salud que presentaban el síndrome eran profesionales perfeccionistas, compulsivos, orientados al logro y con una serie de dificultades para comunicar sus necesidades a los otros significativos.

Desde una perspectiva psicoanalítica (Allan, Grosch y Olsen, 1994) cuando las expectativas de éxito están vinculadas a conflictos inconscientes, la elección profesional y de la carrera pueden constituirse en una "ruina neurótica". Desde este punto de vista el éxito sería , supuestamente, una desilusión no resuelta en la niñez, que podría estar relacionada con rivalidades fraternas y bien, podría presentar una victoria edípica prohibida. De esta forma el burnout, lejos de trabajar demasiado, estaría estrechamente relacionado con la sensación de éxito y su significado inconsciente.

Suran y Sherindan (1985) indican que el burnout puede comprenderse a partir de las tensiones que deben resolverse en el desarrollo profesional. Haciendo una

analogía con la teoría de Erickson propone cuatro fases en el desarrollo profesional . La primera denominada " la identidad v/s confusión de rol", etapa en la cual el profesional manifiesta un gran nivel de energía, identificándose plenamente con su trabajo y confundiendo los límites de su ejercicio. La segunda considera el conflicto de la "competencia v/s la insuficiencia", en la cual el profesional de la salud estaría en un estado ambivalente entre el entusiasmo por ejercer su labor y , a su vez, una pérdida de esperanza en la posibilidad de ayudar. La tercera etapa llamada "productividad v/s estancamiento", considera los sentimientos de frustración del personal de la salud por no poder tener éxito. Y la última , denominada "dedicación v/s desilusión" , en la cual el profesional puede enfrentar la situación estresante en forma de una esperanza renovada o con una apatía aparente. En este marco conceptual el burnout sería el resultado de un conflicto no resuelto y de tareas no dominadas por el profesional de la salud en estas fases del desarrollo profesional.

Rerkiwitz (1987) plantea que un factor de personalidad que incide en la manifestación del burnout es la dificultad del profesional para soportar la falta de apreciación expresada por los clientes , lo cual ha sido denominado "atención no recíproca del paciente". Según este autor, dado a que muchos profesionales de ayuda prestan sus servicios para ganar gratitud, las personas con una alta necesidad de ser admiradas o las que dependen de la alabanza externa, comenzando a orientar su ayuda intentando dar el gusto al paciente, mas que en reconocer las necesidades de los pacientes y su proceso de tratamiento.

Friedman por su parte (en Grosh y Olsen , 1994) indica que las altas expectativas del profesional de la salud son una función del inconciente grandioso y de un excesivo narcisismo. Sus hallazgos se centraron en una investigación con psiquiatras en la que concluyó que los profesionales de la salud , por los general , presentan una gran necesidad de ayudar y rescatar a otros ; cuando esta necesidad

se frustra , lo que ocurre realmente , es que se frustra los deseos omnipotentes de los profesionales de la salud.

Teorías de origen más cognoscitivo indican que la manifestación del burnout depende en gran medida de la apreciación cognitiva que haga el individuo de la situación estresante. Farber (1983), por ejemplo, señala que el burnout puede producirse por una tensión exacerbada que provoca la percepción individual y la apreciación cognitiva de amenaza. En cambio, un trabajo, aún trabajando horas extras, se percibirá menos tenso si el individuo siente que es valorado y adecuadamente premiado.

Así también las investigaciones señalan que la persona que se siente involucrada activa y creativamente en el trabajo , se siente mejor consigo misma y tiende a no presentar burnout. Sin embargo , las expectativas internas pueden jugar un rol importante en el sentimiento de éxito, en ese sentido, expectativas realistas y alcanzables pueden eliminar la presencia de burnout (Pines y Aronson, 1988 ; en García,1999).

1.3.2 Perspectiva existencial . Esta perspectiva centra la comprensión del fenómeno en la necesidad de creer que las cosas que uno hace son significativas ; esa es la manera de enfrentar la angustia que provoca la tragedia básica de enfrentarse a la muerte. Para evitarla y negarla el hombre necesita sentirse heroico, saber que su vida es significativa.

De esta forma cuando las personas intentan encontrar un significado a su vida a través del trabajo y fallan, el resultado es el síndrome burnout (Pines y Malslach, 1978 ; en Schaufeli et al, 1993).

Pines (en Schaufeli, W ; Maslach ; Marek ; 1993) defiende la postura de que

los sentimientos de autoeficacia y competencia son importantes para los profesionales, porque éstos les asignan un significado de importancia existencial. Quieren producir un impacto en las personas que trabajan con ellos, quieren un trabajo que represente la diferencia en sus vidas (Pines, 1980 ; en Schaufeli et al, 1993) ; de este modo los profesionales identifican el éxito en el trabajo como un éxito personal.

Este autor señala además que tanto la falta de apoyo administrativo como la falta de trabajo asistencial son los factores desencadenantes del burnout. Plantea que los factores organizacionales pueden impedir que los profesionales usen sus habilidades, produciendo en ellos la sensación de fracaso, privándoles la posibilidad de experimentar un sentido significativo en su trabajo. Finalmente, indican que las demandas emocionales en el trabajo asistencial permiten considerar la ayuda como importante y significativa. De esta forma, si los profesionales se sienten incapaces de ayudar a otros, se desencadenará el Burnout (Pines, en Schaufeli et al , 1993).

1.3.3 Perspectiva Psicosocial. Desde una perspectiva psicosocial, dentro la cual se enmarca el presente estudio, el síndrome de burnout se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico, que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja) , la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y la presencia de actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja. Cada uno de estos síntomas han sido denominados por Maslach y Jackson (1981, 1986): baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

Ahora bien, la existencia de factores estresores y la posterior

manifestación del síndrome burnout supone la existencia de factores mediadores que determinarán que este síndrome se manifieste sólo en algunas personas. Para Maslach (1993) estos factores mediadores se pueden agrupar en factores internos y en factores externos. Dentro de los primeros esta autora considera: las características de personalidad, la capacidad de asertividad y la toma de conciencia. Dentro de los factores externos considera: " los de interacción ", dentro de cuales se encuentran: la capacidad de responsabilidad compartida, formas de comunicación directa y abierta; y " los factores externos del sistema ", dentro de los que se distinguen: la capacidad de generar políticas de salud adecuadas, el apoyo grupal del servicio y la disponibilidad de tecnología para un cuidado de alta calidad. Grosh y Olsen (1994) proponen que, además de los factores previamente mencionados, la técnica terapéutica se presenta como un factor importante en la incidencia del síndrome de burnout, de forma que cuando la neutralidad terapéutica se encuentra ligada a una suerte de aislamiento profesional, el profesional puede sentirse aburrido, aislado y termina por tratar a los pacientes de forma despersonalizada, efectuando lecturas superficiales de los síntomas de los pacientes o del material terapéutico. Farber (1983) en este mismo sentido, menciona la existencia de 5 factores del sistema terapéutico que inciden en el burnout, éstos son: atención no recíproca, ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobrecarga de rol y sentimientos de insignificancia.

1.3.3.1 Teorías y Modelos psicosociales del Síndrome de Burnout

Existen diversas teorías que permiten entender la etiología del burnout de una perspectiva psicosocial de forma satisfactoria; cada uno de ellos agrupan una

serie de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten el proceso mediante el cual los individuos llegan a sentirse "quemados" Gil- Monte y Peiró (1999) hacen una revisión de las teorías y modelos agrupandólas en :

1.3.3.1.1 Modelos desarrollados desde la teoría sociocognitiva del yo :

Estos modelos recogen las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de burnout. Básicamente consideran que : a) las cogniciones de los individuos influyen en la forma que éstos perciben lo que hacen, y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás ; y b) la creencia o el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que ponga el individuo para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o el estrés que acompañan a la acción. Dentro de este tipo de modelos se encuentran : a) *el modelo de competencia social de Harrison (1983)* ; b) *el modelo de Cherniss (1993)* y c) *el modelo de Pines (1993)* ; en cada uno de ellos la autoeficacia percibida es la variable central en el desarrollo del síndrome.

1.3.3 1.2 Teorías de intercambio social . Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993). Proponen que el síndrome de burnout tiene su etiología, principalmente , en las percepciones de falta de equidad y falta de ganancias que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen las relaciones interpersonales. De esta manera cuando los individuos

perciben de manera continuada que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esta situación, desarrollarán sentimientos de "quemarse en el trabajo " (burnout).

1.3.3.1.3 Teoría organizacional . Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos cuyo eje central son los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos conciben al síndrome burnout como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiesky et al (1983), el modelo de Cox , Kuk y Leiter (1993) y el modelo de Winnubst (1993). El primero de ellos destaca la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome ; el modelo de Cox et al (1993) destaca la importancia de la salud organizacional y, el último de ellos, enfatiza la importancia de la estructura , la cultura y el clima organizacional. Dentro de estos modelos se enmarcaría también el de Cordes y Dougherty (1993).

Otro modelo interesante de mencionar es el que mencionan Álvarez y Fernández (1991 ; en Filgueira , 1994), que también contiene ideas para explicar el síndrome de burnout, este es:

1.3.3.1.4 Teoría ecológica del desarrollo humano. Desarrollada por Bronfenbrenner (1979) ; Moos (1979) ; Caroll (1979); Caroll & White (1982) y Cherniss (1982). Para esta teoría el "burnout" representa un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en que participa la persona de manera directa e

indirecta. Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, administrativo, clínico, etc.) tienen su propio código de relaciones, normas y exigencias que, en ocasiones, se interfieren mutuamente (Cherniss, 1982; en Filgueira; Martín & San Martín, 1994).

1.4 Proceso del Síndrome Burnout

La idea de proceso sugiere la conceptualización del síndrome de burnout como un fenómeno que se instaura de forma gradual. Tal como lo mencionaban Álvarez Gallego & Fernández Ríos (1991, en Filgueira, 1994) " el burnout, propiamente tal, constituiría la fase final de un proceso, y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable, y la expresión palpable de la pérdida de ilusiones y una gran desmoralización subyacente".

Hasta el momento hay casi consenso total de que el burnout atraviesa por etapas, sin embargo, las discusiones a este respecto se han dedicado a sistematizar cuales son esas etapas.

Según Cherniss (1980) el síndrome burnout sigue las siguientes fases:

- 1.- *desequilibrio*, en esta primera fase existe un desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés)
- 2.- *respuesta emocional a corto plazo*, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)
- 3.- *cambio en las actitudes y conductas (afrentamiento defensivo)*, determinando, con esta última caracterización la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conlleva a la manifestación del síndrome.

En la misma línea anterior, Edelwich y Brodsky (1980) proponen cuatro

fases por la que pasa tipo individuo que presenta burnout, estas son la siguientes :

- 1.- *entusiasmo*, caracterizado por elevadas aspiraciones , energía desbordante y carencia de la noción de peligro
- 2.- *estancamiento*, que surge tras cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer frustración
- 3.- *frustración* , en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
- 4.- *apatía*, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración más típico cuando el individuo se encuentra frustrado de manera crónica ante su trabajo, pero que necesita de este último para subsistir. Implica entonces invertir en el trabajo el mínimo de tiempo requerido, evitando desafíos e incluso a los clientes, procurando, por encima de todo, no arriesgar la seguridad del puesto que, a pesar de todo, compensa (aunque inadecuadamente) la pérdida de satisfacción laboral.

Golembieski (1986) señala que una de las formas en que puede ser examinado el burnout es como un proceso que involucra fases. Él y sus colaboradores, basándose en un estudio de seguimiento, asignan diferentes prioridades o preponderancia a las tres escalas de MBI (Maslach y Jackson, 1981) en el área teórica.

La despersonalización ha sido considerada como la contribución menos importante al burnout a diferencia de la sensación de falta de logro personal, la cual ha sido clasificada como más importante. Finalmente, el cansancio emocional es considerado como el contribuyente más importante al burnout. Golembiewski dicotomizó la distribución de los puntajes en cada una de las subescalas de

Maslach aplicando la mediana y dividiendo en grupos de alto y bajo nivel, generando con esto un modelo de 8 fases de burnout que se muestra a continuación :

Subescalas de Maslach	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Logro personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Agotamiento emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Fuente : Traducido de Golembiewski, Scherb y Boudreau, 1993

Golembiewski (1986) plantea que las tres dimensiones combinadas de diversas maneras, indican 8 etapas progresivamente " virulentas", aunque no secuenciales de Burnout. El modelo de etapas no propone que un individuo va directamente hacia el burnout máximo, sino más bien el individuo progresa a través de cada etapa. En forma más específica el modelo propone 2 tipos de avances:

El primero es un *avance crónico* , o I -II- IV- VII- VIII, en la cual las características del trabajo parecen ser los factores estresores dominantes. El segundo , refiere a *un conjunto de avances agudos*, por ejemplo I ó II - V- VII, en caso de presentar una dificultad personal extrema, en que la "intensidad de los síntomas", su plena expansión, multiplicación y aspecto explosivo, confieren al proceso una cualidad aguda. Así también , las personas que se encuentran en etapas avanzadas del burnout tienen calificaciones que las colocan en etapas VI a VII (Biss, 1989). Cabe mencionar que Golembiewsky el proceso del burnout se da de la siguiente forma : Despersonalización - Baja realización personal- Cansancio emocional, considerándose esta última dimensión la más característica

del burnout avanzado.

Este último planteamiento es claramente opuesto al de Leiter (1989), para quien el síndrome sigue el siguiente curso : cansancio emocional, al cual reacciona el trabajador aislándose mediante la despersonalización en relación con los clientes, lo cual a su vez desemboca en una baja realización personal, llegando como resultado el síndrome de burnout.

Por último, y dada la trascendencia que ha tenido este planteamiento en las investigaciones, se hace menester considerar la concepción de Maslach y Jackson (en de la Rosa y cols, 1997; en Molina y cols, 1999) quienes refieren al Burnout como "un proceso que se instaura en forma gradual y continuando las siguientes fases en relación a los tres componentes del síndrome. En primer lugar aparece el agotamiento emocional como respuesta a las demandas laborales excesivas que consumen los recursos emocionales de los individuos. Luego, surge la despersonalización como una estrategia defensiva que lleva a las personas a limitar su involucración con los demás y a distanciarse psicológicamente de ellos. Por último, surge el sentimiento de reducido logro personal, pues producto del "choque con la realidad" se experimenta una sensación de inadecuación respecto a sus habilidades para relacionarse con los demás y para desempeñar su trabajo. Finalmente, si se completa el proceso, se considera a la persona "con burnout""(Molina, Real, Rissetti, 1999).

1.5 Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout:

1.5.1 Modelo de procesal de Leiter . Leiter (1988^a y b, 1989^a y b, 1992,a y b) ; Leiter y Maslach (1988) ; Leiter, Clark y Durup (1994) desarrolla su modelo partiendo de dos premisas básicas : la influencia de cada una de las dimensiones es

determinante en su desarrollo, y cada dimensión mantiene distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales .

Según Leiter (1988) el agotamiento emocional es la dimensión fundamental del burnout, a la que seguiría la despersonalización y la posterior reducción en la competencia personal; siendo la despersonalización el mediador entre la primera y la última dimensión mencionada. Según este autor es el agotamiento emocional lo que siente alguien que tiene burnout, dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la reducida realización personal la que daría origen a variables observables (absentismo, rotación, abandono, entre otras), mediatizadas por la despersonalización. Previamente lo que habría dado origen al agotamiento emocional son variables de índole organizacional, tales como tedium (sobrecarga de trabajo, rutina aburrida) y conflictos interpersonales.

Leiter (1989^a) mantiene que su modelo es perfectamente compatible con el desarrollo de las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).

1.5.2 Modelo de Cordes y Dougherty (1993). Estos autores plantean, a partir del modelo de Leiter y Maslach (1988), un modelo teórico que da una visión más integradora del síndrome.

Según Cordes y Dougherty (1993)., las demandas estresantes individuales (altas expectativas de realización, altas expectativas organizacionales, compromiso con el trabajo, interés central en la vida y en la edad) y organizacionales (sobrecarga de rol, conflicto de rol ; y la franqueza, frecuencia, duración e intensidad de las relaciones interpersonales) pueden originar agotamiento emocional en el sujeto que, como respuesta de afrontamiento al estrés provocado, desarrollaría despersonalización (esta dimensión es conceptualizada en esta modelo como una respuesta al estrés única y específica al burnout). En

este momento están mediando factores que son parte de un sistema impersonal , controlador y determinante, que se caracteriza por permitir escasa participación del individuo en la toma de decisiones y por puniciones contingentes a la conducta de éste. . Como causantes de la despersonalización aparecerían diversos factores como la sobrecarga de rol, la ambigüedad de rol, la escasa utilización de habilidades o retos en el trabajo, falta de realización y recompensas en el trabajo , y no realización de las expectativas de realización ni de las expectativas de la organización, y que ocasionarían la reducida realización personal.

A lo largo del proceso agotamiento emocional, despersonalización- reducida realización personal, irían apareciendo consecuencias individuales y organizacionales de tipo conductual, físico, emocional, actitudinal e interpersonal. La virulencia de este proceso, por otra parte, podría estar amortiguada por la disposición de recursos de afrontamiento, fundamentalmente de la existencia de apoyo organizacional (supervisores) y personal (familiares, amigos, pareja).

1.6 Antecedentes asociados al Síndrome de Burnout

Existen una gran cantidad de variables que se hayan asociadas al burnout, que lo anteceden y que nos pueden ayudar a entender mejor su origen. Estas son variables personales, variables organizacionales y variables ambientales, y han sido denominadas en ocasiones "variables predictoras del burnout". Garcés de los Fayos divide estas variables en tres grupos : *variables intrapersonales*, que son variables propias del individuo ; *variables profesionales u organizacionales* , que aluden a aspectos intrínsecos de la organización que pueden, en sí mismos, generar situaciones aversivas ; y, por último, *variables interpersonales y ambientales*

, las cuales no se relacionan con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden generar fricciones importantes, tales como la familia, los amigos, etc.

Como es posible observar, existen gran cantidad de elementos implicados en la aparición del burnout que pueden hacer a algunos individuos más susceptibles a desarrollar el síndrome. Esta situación llevó a Helliwel (1981) a explicitar la necesidad de generar una perspectiva amplia, en cuanto a los contextos influyentes en la aparición del burnout, para comprender a cabalidad el síndrome; para ello planteaba la siguiente ecuación:

Génesis del burnout = susceptibilidad individual + sobrecarga laboral y/o crisis vital

Es importante también tener en consideración que, tal como lo indican Maslach y Jackson, no todas las variables tienen la misma capacidad predictora del síndrome, e incluso es más, cada variable "predictora" se relaciona de forma distinta con cada una de las dimensiones del burnout.

1.6.1 Variables Intrapersonales predictoras del burnout

- *Locus de control externo*: Según la literatura existen correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento de burnout (Revicki y May, 1983; McIntyre, 1984; Fuqua y Couture, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989).

- *Indefensión aprendida*: Cuando una persona tiene nulo control sobre la situación o el evento aversivo, se produce burnout (Ensiedel y Tully, 1981).

- *Interés social*: Según Smith, Watstein y Wueheler, 1986; conforme decrece el interés social, aumenta la probabilidad de padecer el síndrome.

- *Personalidad resistente*: Es un patrón de personalidad que se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia el trabajo y hacia sí mismo. Según Rich y Rich (1987) las personas con esta personalidad reducen la incidencia de burnout. (Topf, 1989; Biyle, Grap, Younger y Thornby, 1991 ; Van Servellen, Topf y Leake, 1994 ; Papadatou, Anagnostopoulos y Monos, 1994).

- *Sexo* : Según estudios las mujeres están más propensas a manifestar el síndrome que los hombres . Gould (1985) ; Seidman y Zager (1991) , Kushnir y Melamed (1992), Leiter, Clark y Durup (1994); y Maslach y Jackson (1986) precisan que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más baja en realización personal, así como los hombres presentan mayores puntuaciones en la dimensión despersonalización. Otros autores como Izraeli (1984) ; Etzion y Pines (1985) ; Gil, Peiró y Valcárcel (1996) no encuentran diferencias debido al sexo.

- *Edad* : Gould (1985) plantea que mientras más joven es el trabajador más incidencia del burnout se hallará.

- *Demandas emocionales* : Graden (1989) plantea que a mayores demandas emocionales , mayores son las probabilidades de sufrir burnout.

- *Estrategias de afrontamiento inadecuadas* : Autores como Shinn, Rosario, Morch y Chestnut (1984) ; Etzion y Pines (1986) ; Grennglass, Burke y Ondrack (1990) ; Seidman y Zager (1991), plantean que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas aumenta la posibilidad de manifestar burnout. Leiter (1991) puntualiza que las estrategias de escape aumentan la probabilidad de manifestar el síndrome.

- *Autoeficacia* : Entendida como la percepción del individuo de sentirse eficaz en las tareas que realiza. Leiter (1992) propone que a mayor crisis de autoeficacia, mayor la posibilidad de sufrir burnout.

- *Patrón de personalidad tipo A* : La personalidad tipo a predispone a los sujetos a padecer burnout (Nagy y Davis , 1985 ; Aluja, 1997). Los sujetos con personalidad tipo A se caracterizan por ser agresivos, impacientes, hiperresponsables, buscar siempre el éxito, etc .

- *Autoconcepto*: Definido como el concepto general que tiene la persona de sí mismo. Según Sarros y Friese (1987), Fridman y Farber (1992), un autoconcepto negativo favorece la presencia del burnout.

- *Expectativas personales* : Cordes y Dougherty (1993) plantean que conforme las expectativas de la persona no se cumplan, aumentará la probabilidad de padecer burnout.

1.6.2 Variables del contexto organizacional

- *Negativa dinámica de trabajo* : La cual es fruto de interacciones mal conducidas con compañeros y supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de roles.

- *Inadecuación profesional* : El cual refiere a que el perfil profesional y personal de individuo no se adapta al perfil del puesto de trabajo que desempeña.

- *Exigencias del trabajo* : Referidas a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de excesos de tareas no agradables.

- *Realización del trabajo* : Entendida como realización real que es valorada mediante métodos objetivos y percepción de la realización que entra dentro de la subjetividad del trabajador. Conforme la realización del trabajo es menor, mayor es la probabilidad de sufrir burnout (Garden, 1987).

- *Interacción trabajador - cliente* : Ursprung (1987) ; Burke y Richardsen (1991) señalan que dicha interacción da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, lo cual aparece como predictor del burnout.

- *Conflicto y ambigüedad de rol* : El primero se relaciona con las incompatibilidad de lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo con lo que los demás esperan que desempeñe. La ambigüedad , en cambio, se refiere a la necesidad de conocer mejor cuáles son las funciones de su puesto de trabajo. A mayor ambigüedad y conflicto de rol, mayor es la probabilidad de padecer burnout.

- *Participación en la toma de decisiones* : A menor posibilidad de tomar decisiones en el trabajo, mayor la posibilidad de padecer el síndrome (Leiter, 1989 ; Burke y Richardsen , 1991; Friedman, 1991 ; Pretorius, 1993 ; Burke y Greenglass, 1994). Esta variable sería en extremo importante en el caso de los técnicos paramédicos, ya que la estructura de su trabajo determina que ellos sean tan sólo los ejecutores de especificado por otros.

- *Recompensa* : Entendiéndose que la falta de recompensas (tanto económicas como sociales) predicen la aparición del burnout. En el caso de los profesionales en estudio hay que recordar que ellos son, dentro del grupo de trabajadores con algún nivel de estudio , los menos remunerados dentro de la organización.

- *Apoyo organizacional* : Entendido como el apoyo recibido en la dinámica propia del trabajo por parte de los supervisores y /o compañeros. A menor apoyo, mayor burnout.

- *Expectativas en el trabajo* : Lo cual se relaciona con el hecho de que se cumplan las metas que la persona se forjó hacia él y que exista el éxito constatable que el individuo persigue. A menor cumplimiento de estas expectativas , mayor la probabilidad de sufrir el síndrome.

- *Relaciones con los compañeros* : Lo que se relaciona con el clima organizacional. Mientras más aversivo el clima, más probable sufrir el síndrome.

- *Rigidez organizacional* : En organizaciones excesivamente normativas, es más frecuente el burnout (Brissie, Hoover- Dempsey y Bassler, 1988 ; friedman, 1991).

- *Estresores económicos* : Cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica), aumenta la predisposición al burnout (Wade, Cooley y Savicki , 1986).

- *Satisfacción laboral* : Autores como Ursprung, 1986 ; Etzion y Pines, 1986 ; Leiter, 1988 ; Friesen y Sarros, 1989 ; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990 ; Lee y Ashforth, 1993 ; entienden que cuando no hay satisfacción en el trabajo aparece el síndrome.

- *Adicción al trabajo* : Las personas "adictas al trabajo" son más propensas al síndrome.

- *Desafío en el trabajo* : Según Sarros (1989) a más desafío, más burnout , y en concreto, mayor despersonalización y menor realización interpersonal.

- *Autonomía en el trabajo* : La cual refiere a la libertad de acción, dentro de las normas establecidas por la organización , que predisponen al individuo para desarrollarse adecuadamente en su trabajo. Lee y Ashforth (1993) señalan que a menor autonomía más Burnout.

- *Compromiso con el trabajo* : Según Leiter (1988), Topf (1989), Pretorius (1993), y Reilly (1994) ; cuando un trabajador puede comprometerse con su trabajo y con la organización que lo representa, existe menos posibilidades que padezca de burnout.

1.6.3 Variables predictoras del burnout en el contexto ambiental

- *Apoyo social* : Según estudios, las relaciones familiares y / o pareja positivas, confieren a las personas cierta inmunidad al síndrome .

- *Relaciones interpersonales* : Son relaciones mantenidas con familiares y amigos, fundamentalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o desagradable. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de burnout (Friesen y Sarros,1987).

- *Comunicación* : Sarros y Friesen (1987) plantean que cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta.

- *Actitudes de familiares y amigos* : Se refieren a actitudes positivas y negativas que tengan los familiares y los amigos. Ante más actitudes aversivas, más burnout (Friesen y Sarros, 1987; Sarros, 1988).

- *Satisfacción vital* : Describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo

presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. A menor satisfacción vital, más burnout (Lee y Ashfirth, 1993).

- *Exigencias vitales* : Las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc) pueden derivar en burnout.

- *Problemas familiares* : La presencia de problemas de este tipo predisponen a la persona a sufrir burnout (Leiter, 1990).

- *Recursos de afrontamiento familiares* : Leitier (1990) afirma que cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar al burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

- *Cultura* : Según autores como Pines y Guendelman (1995), el burnout afecta de distintas formas a los individuos pertenecientes a culturas distintas .

1.7 Consecuencias del Síndrome Burnout

Las taxonomías existentes para categorizar las consecuencias del síndrome son diversas. A continuación se presentan taxonomías de dos autores. La basal es la de Watkins, 1983 (presentada en Esparza y cols. 1995 ; Kahill 1998; en De la Rosa y cols, 1998 ; Fernando y Pérez y Salgado y cols. 1998) ; y corresponde a los puntos A), B), C) y D). Esta es complementada por aportes de la taxonomía ofrecida por García de los Fayos (1999) que corresponde a los puntos señalados con (*) y al punto E) ; y que , básicamente, es similar a la anterior mencionada:

A) *Consecuencias fisiológicas*

- problemas de salud
- falta de apetito
- cansancio
- fatiga
- insomnio
- dolores de cabeza
- hipertensión
- asma
- alteraciones gastrointestinales, etc

B) *Consecuencias psicológicas y emocionales*

- deterioro de la salud mental o emocional
- problemas de concentración
- sentimientos de incompetencia
- baja autoestima
- depresión
- ansiedad
- irritabilidad
- sentimientos de frustración
- actitudes negativas hacia sí mismo (*)
- sentimientos de culpabilidad(*)
- aburrimiento(*)
- baja tolerancia a la frustración(*)

C) *Consecuencias interpersonales.*

- deterioro de las relaciones sociales y familiares
- conflictos en el trabajo y el hogar
- actitud negativa a los receptores de servicio, hacia el trabajo, la organización y hacia sí mismos ; lo cual afecta se relación con los demás y el desempeño laboral.

D) *Consecuencias comportamentales, consecuencias relacionadas con la organización*

- rotación laboral
- ausentismo
- huelgas
- disminución en la calidad y cantidad del desempeño laboral
- comportamientos de consumo o riesgo (tabaco, drogas, alcohol, conducción temeraria
- incapacidad para realizar el trabajo con rigor(*)
- intención de abandonar o abandono real del trabajo(*)
- disminución del compromiso(*)
- insatisfacción en el trabajo(*)
- retrasos y largas pausas en el trabajo(*)

E) *Consecuencias en el contexto ambiental*

- actitudes negativas hacua la vida en general
- disminución de la calidad de vida personal

Obs : los puntos señalados con un (*) corresponden a consecuencias señaladas por García de los Fayos (1999) que sirven como complemento de la taxonomía ofrecida por Watkins (1983).



1.8 Burnout y Salud Mental

Como se ha mencionado en el punto anterior, el burnout tiene repercusiones en los distintos ámbitos de vida del sujeto. Una de las consecuencias del síndrome sería la baja salud mental que presentarían las personas que padecen de él (Watkins, 1983). Haciendo una recopilación de los estudios de Maslach (1982), Cherniss(1983) y Alvarez y Fernández(1991) podemos mencionar dos áreas donde se manifiesta la sintomatología del síndrome y que tienen especial relevancia para la salud mental. Estas son el área psicosomática y el área emocional, dentro la primera se encuentran síntomas como fatiga, cefaléas, pérdida de peso, hipertensión, dolores musculares, asma, alteración de los ciclos menstruales en las mujeres, alteraciones dermatológicas (urticaria), alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), mialgias, disfunciones sexuales, etc (Golembieski, Munzernrider y Stevenson, 1984; Freudenberger, 1986; Kahill, 1988; Lemkau, Purdy, Rafferty y Rudisill, 1988; Grenglass, Burke y Ondrack, 1990; García Izquierdo (1991^a; Burke, 1993; Ross, 1993). Dentro del área emocional aparece diversidad de síntomas. Jackson y Maslach (1982), Jayaratne y Chess (1983), McIntee y Briton (1987), Kahill (1988), Lemkau et al(1988); Greenglass, Burke y Ondrack (1990), Burke y Richardsen (1991); Friedman(1991); Revicki, May y Whitley (1991), Huebner (1993) han señalado la depresión como una consecuencia del burnout. Pines, Aronson y Kafry (1981); Pines y Kafry (1981); Burke y Richardsen (1991); Friedman (1991), entre otros, han mencionado que los sujetos afectados de burnout tienden a presentar sentimientos de culpabilidad en relación a sus acciones personales, laborales y ambientales; lo cual se relaciona estrechamente con la depresión. Gold y Michael (1985), Fimian y Crooss; Lemkau et al (1988), Grenglass, Burke y Ondrack (1990; fiedman (1991) plantean que, además, es frecuente que el

individuo con burnout presente los síntomas propios de un cuadro de ansiedad. Otros síntomas mencionados han sido la cólera (Freudenberger, 1986 ; Friedman, 1991) ; la baja tolerancia a la frustración (Freudenberger, 1986) y el aburrimiento (Friedman, 1991).

1.9 Diagnóstico Diferencial del Síndrome de Burnout

Uno de las grandes dificultades en la conceptualización del burnout ha sido establecer los criterios para diferenciar el síndrome de otros conceptos, tales como la depresión, el estrés laboral y el tedium (entre otros).

A continuación se muestran las diferencias encontrados en la bibliografía revisada entre el síndrome de burnout y los otros conceptos mencionados.

1.9.1 Burnout y estrés . Usualmente el concepto de burnout y estrés tienden a confundirse, ya que ambos conceptos son sumamente parecidos, si bien no son idénticos.

Maslach y Schaufeli (1993) refieren que el burnout puede ser considerado un resultante de un estrés laboral prolongado, en el sentido que las demandas en el lugar de trabajo exceden a los recursos individuales. Seyle (1967) planteaba que la exposición a los estresores conduce a un síndrome de adaptación general, que consiste en tres fases : alarma, resistencia y agotamiento. Esta última fase causa un daño irreversible al organismo, ya que es producto del agotamiento de los recursos fisiológicos del individuo. En este sentido, Etzion (1987 ; en Maslach,1993) argumenta que el burnout es un proceso latente de erosión psicológica resultante de una exposición prolongada al estrés laboral, cuya última fase de agotamiento aparecería antes que el individuo haya notado ambas fases preliminares.

Farber (1991) entendía que el estrés "per se", puede tener efectos negativos o positivo, en este último caso el estrés puede incluso permitir que el individuo se adapte mejor a su medio. Sin embargo, cuando éste adquiere las características de ser una experiencia negativa, dado que las demandas aumentan y los recursos personales para la respuesta disminuyen, se puede generar un estado de burnout.

Brill (en Maslach, 1993) plantea que el estrés es una tensión temporal que lleva al agotamiento de las reservas mentales y físicas, diferenciándose del burnout, que sería un déficit en la adaptación a situaciones de alta exigencias acompañadas de un estado crónico.

Cherniss (1980 ; en Farber,1991) planteaba que un prolongado y creciente estado de estrés laboral, en trabajadores de servicios humanos, podría llevar al burnout.

En relación a este último planteamiento Ezparza et al (1995) postula que la diferencia entre estrés laboral y burnout se relaciona con que el primer concepto puede ocurrir en variados ámbitos laborales, mientras que el burnout es un estrés específico de las profesiones de ayuda.

1.9.2 Burnout y depresión. La correlación entre depresión y burnout es tan alta que se ha llegado a plantear que ambos conceptos refieren al mismo fenómeno. Esto es por que ambos conceptos tienen similar sintomatología , principalmente en lo que respecta a los sentimientos de desesperanza, vacío, tristeza, quejas somáticas y trastornos neurovegetativos.

Freudenberger (en Maslach, 1993) afirma que la depresión se acompaña generalmente de culpa, mientras que el burnout tiende a manifestarse en un contexto de enojo y rabia. Considera, además , que el burnout en sus inicios se

observaría en un ámbito laboral específico de ayuda, en tanto que la depresión real, estaría afectando todas las áreas de la persona en forma generalizada. Maslach plantea que el burnout difiere de la depresión clínica (según criterios del DSM III-R), ya que esta última acarrea un estado psicológico de pérdida de interés y placer expansivo en todas las actividades del sujeto, en tanto que en el burnout la persona tiene áreas adaptadas de funcionamiento.

1.9.3 Burnout y tensión. Ayala Pines (en Schaufeli, Maslach y Marek,1993) distinguen entre burnout y tensión, considerando que todas las personas están propensas a experimentar tensión, sin embargo, no todas están proclives a sufrir burnout, ya que este último se focaliza en las profesiones de servicio, especialmente de la salud, específicamente en sujetos que tienen altos ideales y motivaciones. La tensión, por lo tanto, es sólo uno de los tantos síntomas del síndrome de burnout.

1.10 Medición del Síndrome de Burnout

En la revisión bibliográfica se destacan los siguientes cuestionarios para la medición del síndrome de burnout:

1.10.1 Cuestionario de Burnout, elaborado por Dworkin & Dworkin (1976).
Este cuestionario considera como factores los siguientes : falta de significado, falta de control, ausencia de normas y aislamiento.

1.10.2 Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1981).
Compuesto de 22 ítems este instrumento es , sin duda, el más utilizado en las investigaciones realizadas hasta este momento. Sus factores son : cansancio emocional, despersonalización y reducido logro personal.

1.10.3 *Teacher Stress Measure*, de Schultz y Long (1988). Considera los siguientes factores : estrés de rol, ambigüedad de rol, satisfacción personal, estructura de la tarea, apoyo gerencial y gestión de la organización.

1.10.4 *Cuestionario Breve de Burnout* , de Moreno, Jiménez y Oliver (1990). Considera los siguientes factores : cansancio emocional, despersonalización, realización personal, tedio, características de la tarea, clima organizacional y calidad de vida.

1.10.5 *Tedium Measure* , desarrollada por Pines, Aronson y Kafry (1981). Creada originalmente para medir el Tedium, un constructo más amplio que el burnout. Posteriormente se transformó en el Burnout Measure (Pines, Aronson, 1988). Es una escala de 21 ítems tipo likert que mide 3 dimensiones del burnout :

- Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento
- Agotamiento emocional , compuesto por la sensación de depresión , agotamiento emocional y burnout
- Agotamiento mental, compuesto por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

1.10.6 *Satff Burnout Scale* , desarrollada por Jones (1980). Está compuesta por 30 ítems , constituidos a partir de los estudios efectuados por Maslach y Jackson. Pretende medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que se encuentran al origen del burnout.

1.10.7 *Indicadores del Burnout* . Gillespie (1979 y 1980) concibió el burnout como un constructo multidimensional caracterizado por distintos indicadores que sistematizó en un instrumento. Estos indicadores son : proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultades con los clientes, encolerizarse con las maneras

amables, autoseparación de los clientes, preferir la oficina que el "campo", bromear conjuntamente con los clientes y estar ausente por varios días por problemas de salud mental.

1.10.8 Emener- Luck Burnout Scale (ELBOS), (Emer y Luck, 1980 ; Gohs, 1980 ; Emer, Luck y Gohs, 1982). Esta está escala compuesta por 30 ítems. Para su realización los autores aislaron 6 factores que configuraban la escala, estos eran los siguientes : trabajo general- sensaciones relacionadas, sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo, trabajo-preparación del ambiente, negativas respuestas de las personas dentro del ambiente, disonancia del autoconcepto frente al autoconcepto de otros, y carrera/alternativas de trabajo.

1.10.9 Cuestionario de Actitudes ante al Trabajo , de Esparza et al (1995) . Considera los siguientes factores : fuentes de tensión, trastornos conductuales, insatisfacción laboral, agotamiento emocional, deterioro de rendimiento, despersonalización, problemas de relación y degradación de competencia profesional.

1.11 Intervención del Síndrome de Burnout

A pesar que el estudio del burnout lleva más de 20 años de estudio, son escasos las investigaciones dedicadas a determinar la intervención del síndrome, centrándose la mayoría de los estudios en la descripción del síndrome y la creación de instrumentos para su medición. Es de tener en cuenta que la forma de abordar la intervención del burnout está influenciada, sin duda alguna, por la perspectiva teórica de estudio del síndrome sustentada por el autor . En este sentido se puede decir que existen tres líneas de intervención que se presentan a continuación :

1.11.1 Intervenciones basadas en la clínica tradicional

a) *Brindar atención a los procesos inconscientes relacionados con el burnout.*

Garden (1991b) propone que el burnout, si bien tiene influencia de ciertos factores organizacionales, es, principalmente un problema psicológico como cualquier otro, bajo del cual subyacen rasgos de personalidad del sujeto ; su intervención, por tanto, debe centrarse en determinar la naturaleza de los procesos no concientes que se encuentran relacionados con el burnout.

b) *Inoculación al estrés.* Freddy y Hobfoll (1994) partiendo del supuesto que el burnout es análogo al estrés laboral proponen que la mejor forma de intervenir sobre él es mediante la inoculación del estrés, ya que esta técnica terapéutica ha resultado ser la más efectiva en el tratamiento de este último fenómeno.

c) *Terapia racional emotiva .* Dado que en la manifestación del burnout está mediada por pensamientos irracionales provocados por diferentes eventos estresantes, según Ursprung (1986) se hace necesario hacer frente al síndrome mediante una reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva.

1.11.2 Intervenciones basadas en la organización

a) *Adecuada comunicación.* Autores como Freudemberger (1986), Sarros y Densten (1989) proponen que la mejor manera de evitar el burnout es mejorando los canales de comunicación tanto vertical, como horizontalmente de forma de clarificar que se espera del desempeño del trabajo, cuales son las recompensas adecuadas e igualando las expectativas de los trabajadores potenciales a las expectativas reales.

b) *Rotación*. Desde una perspectiva organizacional Hiscott y Cinnop (1989) plantean que la forma de combatir el estrés es establecer rotaciones regulares entre los trabajadores de formas de reducir los efectos acumulativos de estresores laborales.

Figueira , Martin y San Martín (1994), a partir de las propuestas de numerosos autores, recopilan otras estrategias enfocadas en la organización para el manejo del burnout, dentro de ellas mencionan las siguientes (Alvarado y Ruz, 1999):

- Programas de formación adecuados que exploren las motivaciones para la elección de la profesión y sitúen las expectativas personales y profesionales a un nivel realista.
- Flexibilidad en las condiciones de trabajo
- Limitación de la jornada laboral
- Mejora de incentivos
- Acondicionamiento del entorno laboral para mejorar el bienestar físico y psicológico de los trabajadores
- Participación de los trabajadores en las normas de la organización

1.11.3 Programas de intervención amplia. Autores como Daley (1978), Ursprung (1986), Burke y Richardsen (1991) ; Huebner (1993) ; Ross (1993) plantean que dado que la presencia del burnout es compleja en cuanto a su causalidad y sus consecuencias, las intervenciones que se efectúen para combatirlo deben tener un carácter amplio, aludiendo a aspectos tantos personales, como a aspectos organizacionales. Para el tratamiento de los primeros se utilizan estrategias clásicas de intervención como las recién mencionadas, y para las

segundas se deben mejorar los canales de comunicación existentes en la organización, establecer un adecuado sistema de recompensas, igualar las expectativas personales de los trabajadores con las expectativas de la organización, buscar satisfacción en el trabajo, etc.

Dentro de esta última línea de investigación podemos mencionar a Watkins (1983), quien propone la intervención sobre diversos aspectos en la intervención del burnout, estos ámbitos son :

a) *Tiempo libre y privado* : el contar con tiempo libre y dedicarlo a actividades recreativa (juegos, deportes, etc) que alivien el aburrimiento y tedio de la vida.

b) *Contacto con otros profesionales* : el contacto con otros profesionales proporciona una oportunidad de crecimiento profesional, de forma de compartir experiencias y actualizarse.

c) *Terapia personal* : de forma de examinar cogniciones, afectos y conductas relacionadas con la interacción entre el profesional y el cliente.

Ahora bien, pese a que el trabajo del técnico paramédico no se iguala al de la enfermera , por la diferencia educacional y la subconsecuente diferenciación jerárquica , la calidad del trabajo que realizan ambos profesionales es de similar embergadura, se puede por tanto extrapolar la mayoría de las medidas de intervención sugeridas para la enfermería para estos últimos profesionales. La revista (1994) Nursing publicó un artículo donde recomienda la siguiente fórmula contra el burnout :

-A ser posible, varíe la cantidad y tipo de trabajo que realiza

- Salga del área de trabajo durante los descansos
- No se avergüence de hacer recibir elogios por su rendimiento laboral
- Recorra al humor para aligerar una situación tensa
- No mezcle cuestiones de trabajo con su vida privada
- Establezca nuevos objetivos para su desarrollo personal y profesional
- Establezca y utilice los sistemas de soporte disponibles
- Cuide de sí mismo
- Crea en sí mismo y en sus capacidades

Así mismo Herrera y León (1999 ; en García Rojas, 1999) diseñaron un estrategia de prevención del burnout en las enfermeras , donde se recomienda lo siguiente :

- Planificar la necesidad del personal
- Precisión en la descripción de cargos
- Definir el perfil de la enfermera en la unidades
- Perfeccionar el proceso de selección de personal
- Establecer un sistema de inducción del personal
- Promover la seguridad laboral de las enfermeras
- Establecer un sistema equitativo de remuneraciones
- Evaluar y retroalimentar el desempeño de las enfermeras
- Fomentar las comunicaciones
- Desarrollar a las personas dentro de la organización

2 Salud Mental

2.1 Antecedentes Históricos del Concepto de Salud Mental

El concepto de salud mental es intrínsecamente ambiguo. Es, al menos en parte, una construcción simbólica que resulta imposible entender sin atender al contexto histórico en que se han desarrollado las diferentes concepciones de lo normal y lo patológico. Antigüamente se definía la salud como ausencia de enfermedad, respondiendo a un modelo netamente biologicista, pero en la actualidad se han sumado a su definición factores psicológicos y sociales (Varela, 1997). Gil (1992) haciendo alusión a este cambio plantea que "el concepto de salud ha evolucionado desde una visión tópica, como lo es ausencia de enfermedad o invalidez, a un concepto probablemente utópico de salud como estado de bienestar completo, físico, social y mental". De esta misma manera la OMS en 1964 planteaba que "...la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades".

Alvarado (1993) define la salud mental como "un proceso en que la persona puede relacionarse satisfactoriamente con sus semejantes y conocer bien su ambiente, con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo, lo que supone identificar y asumir un rol social específico con el objetivo de potenciar su personalidad ; esto le permitirá solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones , y conseguirá finalmente una adaptación flexible a su medio y a las influencias que ejerza" (Varela,1997).

Desde la salud mental comunitaria la salud mental se ha definido como: "un atributo , individual en su forma de existencia - sólo existe en los individuos y no como realidad psíquica supraindividual-, pero social en su origen (sería un producto de factores psicosociales como los sucesos vitales, el soporte social y las formas de afrontamiento, además de la estructura social en un sentido amplio), social en sus funciones (un estado emocional de balanza positiva tendría efectos adaptativos individuales y sociales) y social en su contenido (porque estaría formado por la internalización de las relaciones y evaluaciones sociales)" (Paéz y cols, 1989).

Ahora bien, la salud mental se ha concebido desde cuatro perspectivas: salud mental como ausencia de síntomas, como bienestar físico y emocional , como calidad de vida y como presencia de atributos individuales positivos.

2.2 Conceptualización de la salud mental

2.2.1 Salud mental como estatus de salud mental : aporte de Vera y Wood

Alvarado (1993) refiere que " desde la perspectiva psicosocial, se plantea que la dimensión bienestar psicosocial se diferencia de la salud-enfermedad mental. El grado de bienestar que una persona percibe se asocia a la existencia de afectividad positiva y situaciones gratificantes, y no a la ausencia de afectividad negativa (temor, pena, culpa, etc).... Todo esto entrega nuevos elementos para ser analizados desde una perspectiva epidemiológica".

A partir de la idea anterior, que concibe a la salud mental en un plano que va más allá de lo netamente sintomatológico, Vera y Wood (1994) midieron la salud mental de un grupo de individuos , conceptualizando el balance afectivo

positivo a partir de la vivencia o percepción subjetiva de bienestar y malestar psicológico de las personas, basados en las dimensiones positiva y negativa de la afectividad y ; al medirlo, lo complementaron con la prevalencia sintomatológica, logrando de esta forma describir el ***estatus de la salud mental*** de la población estudiada.

Los estudios existentes se centran , por lo general, sólo en detectar la existencia de patología psiquiátrica de los sujetos de sus investigaciones obviando, con ello, el bienestar percibido por los individuos. Es por esta razón que el concepto de estatus de salud mental resulta interesante, ya que nos entrega una información más integral de la salud mental de los sujetos en estudio.

Es este concepto el que se utiliza en la presente investigación, utilizando para ello las mismas escalas utilizadas por Vera y Wood (1994) en su estudio, es decir, la escala de sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfe (Alvarado y cols, 1990) y la escala de balance afectivo positivo (Bradburn, según la adaptación española de Páez, 1989).

2.2.2 Salud mental como balance afectivo positivo

2.2.2.1 *Introducción.* Desde la perspectiva psicosociológica de las emociones (Páez,1989) se ha propuesto como una medida de dimensión de bienestar psicosocial el concepto de balance afectivo positivo, basado, principalmente , en las dimensiones de afectividad . Esta perspectiva concibe la salud mental como un equilibrio positivo de afectos en que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. Se utilizan como criterios la frecuencia e intensidad de los estímulos afectivos y, por sobre todo, el equilibrio entre los afectos positivos y negativos (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996).

Ahora bien, el concepto de balance afectivo positivo tiene un carácter más bien instrumental, pues busca estimar una medida del estado de ánimo o estado afectivo de una persona. Dentro de las mediciones de afectividad, la balanza de afectos es definida como "...la resta de afecto positivo y negativo.....el concepto de balanza de afecto no tiene por qué suponer un paralelismo de la dimensión afirmativa y negativa, sino que sólo se refiere a la relación entre un tipo de experiencia afectiva y la otra" (Páez, 1989).

Páez (1989) es uno de los autores que se refiere a la salud mental como bienestar físico y mental, y lo grafica con un buen ejemplo:

"... este elemento (el bienestar) se refiere a una balanza positiva de afectos, en los que los afectos positivos sobrepasen a los negativos. Por ejemplo, las parejas bienavenidas no se diferencian por el nivel de interacciones negativas con las parejas desavenidas ; lo que las diferencia es que poseen niveles superiores de interacción positiva, aunque posean iguales niveles de interacción negativa entre ellos en comparación con el tipo de interacción ante extraños. Este concepto de balanza de afectos es muy popular en investigación epidemiológica, debe integrar los resultados que muestran que la afectividad negativa no es la inversa de afectividad positiva, sino que se trata de dimensiones y conglomerados de emociones diferentes". (Páez.1989)

2.2.2.2 Dimensiones de la afectividad . Afectividad positiva y negativa. Autores como Bradburn (1969) ; Barrio et al (1989), han investigado respecto de las dimensiones de afectividad, utilizando para ello complejos procedimientos metodológicos que los han llevado a concluir que : existe una dimensión placer-displacer y también existe una dimensión de activación distinta a la anterior.

Mediante la utilización de análisis factoriales, se ha comprobado que existe

un primer factor que puede ser interpretado como placer - displacer , que está definido en su polo positivo por el miedo, y en el negativo por la alegría. Cada una de ambas emociones está asociada a diferentes patrones motores-fisiológico-conductuales. El miedo se agrupa junto a problemas estomacales, frío, tensión muscular, sudoración y "nudo en la garganta", conductas de escape y aislamiento, y por cambios faciales y en el habla. Por el contrario, la alegría, aparece definida por relajación muscular, la risa, conducta de aproximación y lentitud en el habla (en Varela, 1997).

El segundo factor se puede interpretar como activación y aparece definido positivamente por la tristeza, y negativamente por la cólera. Esta última aparece asociada a cambios de temperatura corporal, movimientos abruptos, por la rabia y la agresión e incrementos en la gesticulación. La tristeza, por el contrario, aparece asociada a situaciones negativas sin un agente claramente causal (Barrio et al, 1989).

Barrio et al (1989) utilizó caracterizaciones de palabras adjetivas para describir cada una de las dimensiones afectivas : el afecto positivo estaría definido por términos como "entusiasmado" y "alegre" , mientras que el bajo afecto positivo está definido por adjetivos como "fatigado" y "triste". El alto afecto negativo está definido por palabras como "atemorizado" y "enojado". El bajo afecto negativo está definido por "tranquilo" y "calmado", sugiriendo formas displacenteras del abandono del contacto.

2.2.2.3 Afectividad, depresión y ansiedad. Como se ve , es difícil plantear la existencia de una dimensión simple de afectividad negativa que englobe, simultáneamente, la ansiedad y la depresión. A pesar de ello, empíricamente es posible constatar que depresión y ansiedad correlacionan altamente entre ellas.

Esto ha llevado a investigadores como Alvaro et al (1996) , Mirosky y Ross (1989) a plantear que la afectividad positiva y negativa son dos polos de un continuo que representan la misma dimensión emocional, sin embargo, existe evidencia para postular la existencia de dos factores diferentes de afectividad positiva y negativa, así como que éstos tienen una relación específica con la psicopatología ansiosa y depresiva (Páez, 1989).

Según el estudio de Vera y Wood (1994) la dimensión afectividad negativa correlaciona positivamente con la ansiedad, pero no se asocia tan intensamente a la depresión ; a su vez, la dimensión afectividad positiva se asocia de manera negativa más intensamente con la depresión.

Barrio et al (1989) también reporta asociaciones entre las dimensiones de la afectividad, los síntomas y los factores psicosociales ; plantean que el afecto negativo está asociado al estrés, a quejas somáticas, a la ansiedad - rasgo y al neuroticismo. El bajo afecto positivo está asociado a los sucesos de pérdida, a la depresión y a la introversión. La afectividad positiva está asociada a medidas de motivación de logro y de dominación social, a indicadores de conducta social, incluyendo la frecuencia de contactos, la satisfacción con amigos y relaciones, la implicación en organizaciones sociales y el conocimiento de nuevas relaciones; estos indicadores ,a su vez, no tienen relación con el estado de ánimo negativo. El estado de ánimo negativo está asociado a medidas de alienación y reactividad al estrés, que a su vez, no están asociados al estado de ánimo positivo (Watson y Clark, 1984 ; en Barrio et al, 1989).

Es decir, el alto afecto negativo está asociado a la presencia de sucesos negativos, mientras que el bajo afecto positivo está asociado a la ausencia o pérdida de refuerzos positivos. El afecto positivo está asociado a un número mayor y más diverso de hechos sociales, mientras que alto afecto negativo está

correlacionado a un rango más limitado de sucesos.

Si tomamos en cuenta la relación entre las dimensiones afectivas y algunos patrones psicobiológicos es posible notar que : el afecto positivo está asociado a sucesos de la vida cotidiana y está más relacionado con las funciones vegetativas (relación-depresión) que con las funciones de emergencia (alarma-calma). A esta última función estaría asociado el afecto negativo. El alto afecto negativo estaría asociado a reacciones de lucha y fuga , en situaciones de crisis. Por otra lado, la asociación entre pérdidas de recompensas y baja afectividad positiva, se explicaría por la existencia de un segundo sistema fisiológico postulado por Gray : el de sensibilidad de señales de recompensa. La alta afectividad positiva estaría, entonces, asociada con el sistema de activación conductual que controlaría la aproximación y evitación activa en respuesta a señales de recompensa. La alta afectividad positiva estaría entonces asociada al sistema de activación conductual que controlaría la aproximación y evitación activa en respuesta a señales de recompensa. En este sentido se puede mencionar que la actividad física (deporte, ejercicios, etc) está asociada a la alta afectividad positiva y no a la negativa.

2.2.3 Salud mental como ausencia de síntomas

2.2.3.1 *Introducción.* Esta perspectiva utiliza como criterio los utilizados en psiquiatría para el diagnóstico de deterioro de la salud mental (DSM IV). Se incluye la presencia relativa de síntomas, el funcionamiento no integrado y la duración de los síntomas. Su principal falencia es que excluye de su definición a un gran número de personas que sin ser diagnosticadas, sufren un deterioro en su bienestar psicológico. De esta forma la ausencia de síntomas es una condición necesaria, pero no suficiente para definir la salud mental (Alvaro,

Garrido, Torregrosa, 1996).

El trastorno psicológico se mide de dos maneras. Puede ser que sea el propio individuo quien refiera sus síntomas respondiendo a índices estandarizados (por ej, cuestionario de Salud General de Goldberg, escala de síntomas depresivos, ansiosos y somatomorfes de Alvarado (1990) , o bien, que sea personal técnico quien evalúe la presencia de tales síntomas, mediante entrevistas estructuradas (por ejemplo, I DSM IV, ICD-10, etc).

2.2.3.2 Sintomatología de los trastornos mentales

2.2.3.2.1 Trastornos por ansiedad : La literatura existente hace referencia a la ansiedad como una vivencia o temor ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido que, a diferencia del miedo, no tiene una referencia explícita y que sería una manifestación esencialmente afectiva, una vivencia de un estado subjetivo o de una experiencia interior a la que se añade un estado de activación neurofisiológica o arousal que genera como consecuencia un estado de alteración llamado hipervigilancia, cuya psicofisiología es similar al miedo.

Rojas (1994) plantea que " ...la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada... que el individuo percibe como una amenaza a la integridad ".

Ahora bien, la ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento y mejor adaptación del individuo ante situaciones difíciles, el problema surge cuando se generan niveles de ansiedad excesivos, frecuentes y durante períodos prolongados de tiempo, aún no existiendo una amenaza objetiva, es en estos

casos cuando se habla de una ansiedad clínica, la cual se considera desadaptativa, siendo fuente de malestar, sufrimiento y, en ocasiones, incapacitante para quien lo padece (Sandin, 1991). Es común que la ansiedad se de en la mayoría de los trastornos psicopatológicos, sin embargo, sólo en los trastornos de ansiedad el cuadro está dominado por reacciones de ansiedad, de forma tal que, un trastorno de ansiedad se define por la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo estos últimos excesivos, irracionales, persistentes y perturbadores para la persona e; implican, además, un deterioro social, laboral o en otra área importante en la vida de la persona (Sandin, 1991).

Actualmente para el diagnóstico de ansiedad se utilizan los criterios del DSM IV, el cual utiliza una clasificación categorial, razón por la cual resulta el más práctico, ya que cumple las funciones básicas de la comunidad científica, esto es: clasificación, comunicación y predicción.

Se realiza a continuación una breve síntesis de los trastornos por ansiedad propuestos por el DSM IV.

A) Trastorno de pánico. Para el diagnóstico de un trastorno de pánico se precisa, primeramente, del diagnóstico de un ataque de pánico (crisis de angustia), el cual consiste en la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intenso, acompañado de dos o más de los siguientes síntomas: palpitación, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones.

Si se cumple este criterio se diagnostica crisis de angustia, y la repetición de éstos constituyen, a su vez, trastorno de pánico.

B) Agorafobia. La agorafobia se presenta cuando existe ansiedad anticipatoria (miedo al miedo), la cual se asocia a estímulos externos, situaciones embarazosas o lugares donde es difícil escapar, y este miedo va acompañado de evitación.

La agorafobia no se diagnostica como entidad aislada, sino que debe ir acompañada de un trastorno específico, aunque en ocasiones se diagnostica "agorafobia sin historia de trastorno de pánico".

C) Trastornos fóbicos. Las fobias se definen como reacciones de miedo intenso acompañado de evitación, inducido por situaciones (reales o anticipadas) , que no justifican tales respuestas. El miedo y la evitación se asocian a situaciones y estímulos más o menos específicos. La persona está consciente de que son excesivos.

Dentro de las fobias se encuentran : la agorafobia (explicada anteriormente), la fobia social y la fobia específica.

- fobia específica : en este tipo de fobia el miedo está claramente delimitado por un objeto o situación (presente o anticipado). La respuesta al estímulo suele ser inmediata, a pesar de ser relevante clínicamente es el que produce menor grado de incapacidad.

Las fobias específicas pueden ser los siguientes tipos : animal, ambiente natural, sangre, inyección o herida, situacional inespecificado.

- fobia social : este trastorno se caracteriza por un miedo generado por situaciones sociales en que la persona es expuesta a evaluación o a

desconocidos ; teme situaciones embarazosas o ser humillado, suele acompañarse de baja autoestima y miedo a las críticas. Por lo general comienza en la adolescencia.

Las fobias sociales pueden tomar dos formas :

- circunscritas a una situación específica

- generalizada, la cual se presenta en forma más difusa, puede implicar casi todas las situaciones sociales fuera del contexto familiar.

D) Trastorno obsesivo - compulsivo. Este trastorno se caracteriza por la presencia de ideas , pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y experimentadas como incontrolables por la persona, se consideran intrusas o inapropiadas y provocan ansiedad o malestar clínicamente significativo ; el individuo puede reconocer que estas ideas provienen de su mente y no de afuera. Se cree que la ansiedad experimentada por las obsesión puede reducirse por medio de la compulsión, la cual se define como : "comportamientos o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio con el objetivo de prevenir o aliviar la ansiedad o malestar, pero no proporcionar placer o gratificación, los pensamientos no se reducen a simples preocupaciones de la vida real. Estos comportamientos quitan tiempo considerable de día".

E) Trastorno de ansiedad generalizada. Este trastorno de ansiedad no se delimita a ninguna situación particular, la persona no discrimina qué situaciones producen sus síntomas, sino que responde a estímulos internos (fisiológicos y/ o cognitivos) y a señales externas de amenazas sutiles. La preocupación no

coincide con la ansiedad anticipatoria del trastorno de pánico, fobia social u otro , sino que es una preocupación crónica, inespecífica, relacionada con múltiples circunstancias de la vida. Existe un estado mantenido de tensión y vigilia.

F) Trastorno de estrés postraumático. La característica central de este trastorno es la aparición de síntomas particulares que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier amenaza para su integridad física.

En este caso , la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes condiciones :

- ha experimentado , presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

Este acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos que provocan malestar y dentro de los cuales se incluye imágenes, pensamientos o percepciones ; sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento y que producen molestia . El sujeto actúa o tiene la sensación de el acontecimiento traumático y también aparece una respuesta fisiológica ante la exposición a los estímulos internos o externos antes decritos.

G) Trastornos asociados a factores biológicos. Estos trastornos se diagnostican en base a su etiología sin considerar otras implicancias, a diferencia de los otros trastornos.

- trastornos por ansiedad debido a una condición médica general, en este caso, la historia médica del paciente justifica el cuadro de ansiedad, y para

poder diagnosticarla debe existir : una historia clínica, una exploración física, hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones-compulsiones.

-trastorno por ansiedad inducido por sustancias. : para este diagnóstico la característica esencial es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia , y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Al igual que en el caso anterior la sintomatología se asemeja a la ansiedad generalizada, ataque de pánico y trastorno obsesivo - compulsivo, igualmente produce malestar clínico o alteración laboral, social u otra en otra área importante para la persona.

H)Trastorno de ansiedad no especificado. Incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnosticados de ningún trastorno por ansiedad.

2.2.3.2.2 Trastorno por Depresión. Dentro del DSM IV los trastornos por depresión se categorizan dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica central es una alteración del estado del humor.

La base del diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo

según el DSM IV, lo constituyen los episodios afectivos, que pueden ser : episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco. Estos episodios no se constituyen como entidades independientes que deban ser designados con un diagnóstico específico, sino que más bien , sirven como fundamento para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo en la medida que éstos exigen la presencia o ausencia de algún episodio afectivo específico.

A continuación se describen sintéticamente cada uno de estos episodios, en la medida en que constituyen la base de los trastornos específicos.

- *Episodio depresivo mayor* : La característica central es un período de, al menos, dos semanas durante las cuales hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés por todas, o casi todas las actividades. También se deben experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas : cambios de apetito, cambios de sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones ; pensamientos recurrentes de muerte, o ideación, planes o intentos suicidas.

Para que exista un episodio depresivo mayor, uno de estos síntomas debe no haber existido anteriormente o debe haber empeorado si se compara con el estado de la persona antes del episodio. Además, estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día durante dos semanas consecutivas. Este episodio se debe acompañar de un malestar clínicamente significativo, y de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad cotidiana de la persona.

- *Episodio maniaco*. El episodio maniaco está definido por un periodo de, al menos, una semana, durante la cual el estado de ánimo es persistentemente

elevado, expansivo o irritable. Esta alteración debe ir acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: grandiosidad o aumento de autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas, agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras.

Las consecuencias resultantes de esta alteración pueden ser lo bastante graves para provocar un deterioro importante de la actividad de la persona, llegando, incluso, a necesitar hospitalización en algunos casos.

- *Episodio mixto*. El episodio mixto se caracteriza por un período de la menos una semana durante la que todos o casi todos los días se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor. La persona experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez, por ejemplo, tristeza irritabilidad, euforia ; acompañados de los síntomas de cada uno de los episodios. Además se pueden incluir alguno de los siguientes síntomas : agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser lo suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante, o para necesitar hospitalización.

- *Episodio hipomaniaco*. El episodio hipomaniaco es definido como un periodo delimitado de al menos 4 días en los que aparece un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable ; y se debe acompañar de al menos tres de los siguientes síntomas ; grandiosidad o aumento de autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas, agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras. La diferencia con el episodio

maníaco es que en éste pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones, las que no deben aparecer en el caso del episodio hipomaniaco ; además, el episodio hipomaniaco, no es lo suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante, incluso en algunos casos, el cambio de actividad puede tomar la forma de aumento de eficiencia, el logro de objetivos y creatividad.

Tal como se mencionó anteriormente, en función de los episodios mencionados se constituyen los trastornos del estado de ánimo , y dentro de estos se encuentran : trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos basados en su etiología (por enfermedad y por sustancia).

Los trastornos depresivos se diferencian de los bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Dentro de los trastornos depresivos propiamente tal, se encuentran : trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

A)Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por uno o más episodios mayores, y puede ser diagnosticado como trastorno depresivo mayor, episodio único ; o como un trastorno depresivo mayor recidivante, en el cual deben darse dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios depresivos separados tienen que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Para realizar este diagnóstico no deben haberse presentado episodios mixtos, maníacos o hipomaniacos, y tampoco se consideran los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias no los debidos a enfermedades médicas. Tampoco debe ser atribuido a otro cuadro psicopatológico.

B) Trastorno distímico. Se caracteriza por la presencia de al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que no cumplen los criterios suficientes para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, y que pueden ser: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza. El estado de ánimo es descrito generalmente como "triste" o "desanimado", con pérdida del interés y aumento de la autocrítica.

C) Trastorno depresivo no especificado. Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto, ansioso o depresivo. Entre estos se mencionan: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo psicótico en casos de esquizofrenia, episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, y también los casos en que el diagnóstico no es claro.

Entre los trastornos bipolares se encuentran el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado; y se caracterizan, principalmente, por la presencia o historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos, acompañada por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

D) Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un estado fisiológico directo de una enfermedad médica.

E)Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a alguna sustancia tóxica.

2.2.1.2.3 Trastorno Somatomorfe. Yasqui y Rojo (199?), afirman que en el paciente psicósomático, existe correlación entre patrones de funcionamiento psíquicos determinados y el tipo de afecciones que estos pacientes presentan. Existe consenso respecto a tres ejes centrales de análisis, el primero y el segundo serían patrones caracterológicos predisponentes y, el tercero, sería un factor desencadenante.

1.- *Alexitimia*, implica la desconexión o anulación de la percepción y expresión de emociones y de la consiguiente representación simbólica.

2.- *Paciente sobreadaptado*, por un desarrollo precoz se ha sobrellevado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su propia realidad interna, siéndoles difícil tratar temas relacionados consigo mismo, pero no presenta problemas para tratar temas externos a él.

3.- *Estrés*, cuando un individuo se ve sobreexigido en tareas de rendimiento prolongado.

Según el DSM IV la característica central de este tipo de trastorno es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, sustancia o trastorno mental. La agrupación de este tipo de trastornos se debe a su utilidad más que a su etiología.

Al igual que los otros trastornos la sintomatología debe producir un

malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral, o de otra área importante de la vida del individuo.

Dentro de los trastornos somatomorfes se encuentran : trastorno dismórfico corporal, trastorno por hipocondría, trastorno por conversión, trastorno por somatización indiferenciado, trastorno por dolor y trastorno somatorme no especificado.

2.3 Modelos de Salud Mental

Existen diversos modelos que pretenden explicar las causas de los trastornos emocionales. Estas pueden apuntar a factores individuales, sociales, atribucionales, etc.

A continuación se describen algunos modelos que se centran en la salud mental antes que en los trastornos psicóticos o de personalidad, diferenciándose de esta forma de los modelos médicos de la psiquiatría tradicional como de la teoría sociológica del etiquetado en la que se plantea que la enfermedad mental es más una construcción simbólica que una realidad (Álvaro, Torregrosa, Garrido, 1996).

A) Modelos de Salud Mental de Warr. Según este investigador (1987) la salud mental esta conformada de cinco componentes. Estos son : el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. De esta forma, las personas que presentan deterioro en su bienestar psicológico muestran déficit en cada una de estas dimensiones de la salud mental.

Warr (1987) plantea que la salud mental es el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos que dan lugar a

dichas características y ciertos atributos estables de la personalidad. Las características del medio determinantes en la salud mental son:

- oportunidad para ejercer control sobre el medio (DA)
- oportunidad para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales (DA)
- existencia de objetivos generados en el medio (DA).
- variedad, la salud mental se ve afectada en forma negativa si las actividades realizadas son repetitivas y rutinarias(DA)
- claridad ambiental, depende de la información y anticipación de las consecuencias de nuestras propias acciones(DA)
- disponibilidad económica(EC)
- seguridad física(EC)
- oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales(EC)
- posición social valorada(EC)

Los efectos de las características ambientales tienen una relación no lineal con la salud mental.

B) Modelo de la Causación Social. Este enfoque, propuesto por Mirowsky y Ross(1989), pretende establecer un vínculo entre las condiciones objetivas en que viven las personas y su salud mental.

El deterioro de esta última se manifiesta en un estado subjetivo de malestar caracterizado por la depresión y la ansiedad, junto a sus correlatos fisiológicos y emocionales, que son una manifestación de diferencias en la ubicación de la posición social expresadas en autoritarismo y desigualdades .

Dentro de los distintos indicadores de posición social existentes se proponen, por ejemplo, la clase social, el género y las condiciones de trabajo

(estatus de empleo y condiciones de trabajo) (ver Alvaro, Torregrosa y Garrido, 1991).

2.4 Antecedentes Asociados

La salud mental se ha asociado a factores sociales tales como la clase social, género y situación laboral. Estos aspectos de la estructura social influirían o configurarían el bienestar emocional y la aparición de trastornos de carácter psicosomático, lo cual ha sido corroborado por estudios de carácter ecológicos, epidemiológicos y clínicos (Cochrane, 1983 ; Páez, 1986).

Especial relevancia tiene para este estudio la relación entre salud mental y la situación laboral del individuo. Las condiciones en que se desempeña un puesto de trabajo son un factor importante en la salud mental del trabajador. Así, la oportunidad de control, la adecuación entre exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son elementos que hay que considerar a la hora de estudiar la influencia del empleo sobre el bienestar psicológico.

Otro elemento importante a considerar es la relación entre estrés y salud mental. Ya se ha mencionado previamente que niveles moderados de estrés pueden ser positivos para el individuo. Sin embargo, cuando ocurren simultáneamente factores estresantes junto a la incapacidad de las personas para adaptarse a las nuevas demandas de la situación pueden tener lugar respuestas físicas, psicobiológicas y comportamentales negativas (incremento de la presión sanguínea y ritmo cardíaco, depresión, ansiedad, alcoholismo, etc).

2.5 Sesgos Sociocognitivos y Salud Mental

El estudio de errores o sesgos cognitivos es un importante área de investigación en la psicología social cognitiva.

Enfoques como los de Beck (1983) y Ellis (1987) resaltan la importancia que los procesos cognitivos tienen en la explicación del deterioro de la salud mental. Según Ellis (1987), existen ciertas formas de pensamiento irracional características de los trastornos emocionales. Complementando estos hallazgos, las investigaciones en psicología social han confirmado la existencia de una serie de sesgos optimistas en las personas consideradas normales. Esto implica que aquellos sujetos que declaran tener buen estado de ánimo muestran también cierto tipo de sesgos cognitivos como :

A) Una tendencia a describirse y evaluarse en términos positivos, además de poseer un estilo atributivo egoreforzante, es decir, una tendencia a atribuirse lo bueno a sí mismos y lo malo al exterior, una tendencia a verse mejor que sus pares en habilidades y a creer que los otros comparten sus creencias y sentimientos.

B) Una percepción exagerada de control del medio en situaciones objetivamente poco controlables.

C) Creencia en la menor probabilidad de sufrir acontecimientos negativos y en la mayor probabilidad de experimentar acontecimientos positivos (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1996).

La evidencia empírica disponible muestra además que los sujetos con niveles de depresión leves son más realistas en su visión de sí mismos y de su capacidad de actuación, y presentan en menor medida los sesgos optimistas que muestran las personas "normales". Estos sujetos, además, no presentan la atribución de causalidad egoreforzante, ni la tendencia a sobrevalorar sus

capacidades, habilidades ni su capacidad de control sobre el medio ; no muestran tendencia a considerar sus creencias, sentimientos y conductas como relativamente comunes o creer que tienen menos probabilidad de sufrir acontecimientos negativos (Páez, De la Vía y Echevarría, 1986).

Diversas investigaciones en psicología social han demostrado además que los sujetos con un estado de ánimo positivo son más productivos, sociables y creativos, se les facilita el aprendizaje y la ejecución de las tareas así como el autocontrol ; toman, además, decisiones con más rapidez y más arriesgadas. Por el contrario, sujetos con un estado de ánimo negativo son más conservadores, rígidos, menos optimistas y con tendencia a buscar más explicaciones para hechos negativos que positivos (Álvaro, Garrido, Torregrosa, 1996 ; citado en Muñoz 1999).

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

Diseño

Esta investigación de tesis es de tipo no experimental descriptivo, comparativo, correlacional y de carácter transeccional.

Es de tipo no experimental debido a que no existe manipulación de las variables en estudio, sino que se describe la variable en función de características (demográficas y profesiográficas) de la muestra. Es comparativo porque se comparan los resultados de las variables en función de esas mismas características (demográficas y profesiográficas). Finalmente es de tipo correlacional ya que se mide la relación entre las variables (burnout y salud mental). Finalmente, este estudio tiene carácter transeccional ya que se realiza una única medición.

Muestra

La muestra del presente estudio es de tipo no probabilístico voluntario.

Esta caracterizada en función de características sociodemográficas de la muestra en estudio : edad , sexo y estado civil , y en función de las características profesiográficas : antigüedad profesional, antigüedad institucional y tipo de contrato (titular , contratado y sustituto , ver anexo)

Sujetos

Corresponde a 66 técnicos paramédicos que se desempeñen como técnicos paramédicos en hospitales psiquiátricos públicos de la Quinta Región (correspondiente al 71% de la población total de los técnicos paramédicos de ambos hospitales). El Salvador de Valparaíso y Philippe Pinel de Putaendo.

Definición de las Variables en Estudio

Definición teórica de las variables:

A- Variable *síndrome burnout* : Síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a las personas cuya profesión tiene como eje central la relación con otros, definida por la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro. Este síndrome abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro interpersonal. Además de estos aspectos individuales este síndrome abarca elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo o insatisfacción laboral (Esparza, Guerra y Martínez, 1995).

Los factores o categoría propuestos son los siguientes :

- *Fuentes de tensión en el trabajo* , derivadas del contacto con factores estresantes concretos (enfermedad, muerte, dolor, fracaso en las intervenciones, falta de organización y colaboración , etc).

-*Insatisfacción laboral* , relacionada con las precarias condiciones laborales (escasos recursos materiales y humanos, sobrecarga en el trabajo, ambigüedad y conflicto de roles, excesiva responsabilidad sin poder para toma de decisiones, masificación de usuarios, salarios y descansos insuficientes, posibilidades de promoción limitadas, inconvenientes en las condiciones ambientales del espacio, higiene, iluminación, etc).

-*Agotamiento emocional* , falta de energía y destrucción de los recursos emocionales, con la vivencia de que a uno ya no le queda nada que dar u ofrecer a los demás ; surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces.

- *Degradación de la competencia profesional* , la imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión confieren al trabajador una sensación creciente de incompetencia (absentismo laboral, deterioro del nivel de rendimiento, deseos de abandonar el trabajo o cambiar para otro puesto, y degradación en la calidad del servicio que se ofrece). Puede haber deterioro de habilidades cognitivas.

- *Degradación de autoimagen / despersonalización* , desarrollo de una actitud y de un concepto negativo sobre sí mismo, pérdida de la autoestima y sentimientos de estar cambiado ("ya no soy el mismo de antes") e incapacidad para enfrentar las mismas situaciones que antes se resolvían con eficacia. Para defenderse se desarrolla una frialdad y un distanciamiento progresivo hacia los clientes y compañeros (racionalización, negación o desplazamiento de los afectos; ironía y atención selectiva al entorno)

- *Dificultades en las relaciones interpersonales* , desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas con que se trabaja y para quienes se trabaja. Los conflictos en las relaciones laborales pueden llegar a afectar intensamente las relaciones personales fuera del contexto laboral.

- *Trastornos físicos* , fatiga constante, insomnio, dolores diversos (de cabeza o de espalda), trastornos neurovegetativos (mareos, sofocos, escalofríos, etc) , trastornos gastrointestinales (gastritis, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, etc), alteraciones respiratorias (asma, respiración acelerada, sensación de ahogo, etc), enfermedades cardíacas (hipertensión, taquicardia, disritmias, etc), trastornos

endocrinos (amenorrea, acné, alopecia, etc), cambios de peso, etc.

- *Trastornos conductuales* , aumento de consumo de alcohol (incluso en el trabajo), café, tabaco, drogas y fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos, etc), aumento de la conducta violenta dentro y fuera del contexto laboral, robos del lugar de trabajo, comportamientos de alto riesgo, tentativa de suicidios.

B) Variable sintomatología depresiva, por ansiedad y somatomorfe

a) Subdimensión sintomatología depresiva . Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno por depresión.

- *Trastorno por depresión* : Alteración caracterizada por un caída de ánimo que constituye un estado clínicamente discernible. La definición se asocia también a la melancolía, entendida como un trastorno mental caracterizado por la apatía e indiferencia respecto del medio, lentitud mental y depresión ; síntoma de otros estados caracterizados por depresión de ánimo y procesos de pensamientos lentos y penosos. (Stedman, 1993).

b) Subdimensión sintomatología por ansiedad. Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno por ansiedad.

- *Trastorno por ansiedad.* Alteración caracterizada por un estado impulsivo o estado de alerta, de activación generalizada en el que aparece la idea de miedo y peligro acompañada de insomnio, tensión, taquicardia y disnea, sin relación con un estímulo claramente identificable (Stedman, 1993 ; Rojas, 1993).

c) Subdimensión sintomatología somatomorfe. Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno somatomorfe.

- *Trastorno somatomorfe.* Grupo de trastornos mentales caracterizados por la presentación de síntomas físicos que representan conflictos emocionales y alteraciones mentales ; incluye trastornos de somatización, de conversión o dolor psicogénico e hipocondría.

- *Trastorno de somatización* , caracterizado por la presentación de una historia clínica complicada y de síntomas físicos referidos a una variedad de órganos, pero sin una base orgánica detectable o conocida.

- *Trastorno de conversión*, en el cual un conflicto emocional es expresado como alteración o pérdida de la función física, usualmente controlada por el sistema nervioso voluntario.

- *Hipocondría*, cuadro sintomatológico en el que se presentan muchos síntomas físicos asociados, a menudo de poca base real (Stedman,1993).

C) Variable balance afectivo : El concepto balance afectivo positivo se define como la percepción subjetiva de bienestar y se refiere a la relación entre un tipo de experiencia afectiva y la otra. La balanza de afectos sería la resta entre el afecto positivo y el afecto negativo en la medida que conjuga ambas dimensiones.

a) Subdimensión afectividad positiva : Estado emocional de carácter unidimensional bipolar relacionado con la experiencia de placer - displacer, de carácter subjetivo y vivenciado como estado de entusiasmo, alegría, bienestar ; o bien como falta de éstos.

b) Subdimensión afectividad negativa : Estado emocional de carácter unidimensional bipolar relacionado con un patrón de activación, de carácter subjetivo que es vivenciado como temor, enojo o rabia ; o en su polo opuesto como tranquilidad y calma. (Páez, 1989).

Definición Operacional de las Variables

A)Variable síndrome de burnout : Respuestas proporcionadas en la administración de el Cuestionario de Actitudes Frente al Trabajo, de Filgueira (1991), adaptado en Chile por Esparza, Guerra y Martínez (1995).

B)Variable sintomatología depresiva, ansiosa y somatomorfe : Respuestas proporcionadas en la administración de la Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatomorfes, de Alvarado et al (1990).

C)Variable balance afectivo positivo : Respuestas proporcionadas en la Administración de la Escala de Balance Afectivo Positivo , de Bradburn.

Procedimiento

Primero se contactó a las personas de los servicios de Salud respectivos con el fin de obtener al autorización necesaria para realizar el estudio. Luego se contacto a los directores de los hospitales psiquiátricos, con los que se llegó a un acuerdo de la modalidad en que se llevaría a cabo la investigación. Por las condiciones ambos hospitales y la imposibilidad de aplicarle las encuestas a los paramédicos por grupos, se llegó al acuerdo que el set de cuestionarios serían entregados personalmente a cada sujeto del estudio, dentro de un sobre que pudiese sellarse con posterioridad, explicándole brevemente el objetivo del estudio, el carácter anónimo de él y la importancia de responder a todas las

preguntas. Posteriormente se acordaba que las encuestas serían devueltas dentro de un plazo de dos días. Luego se retiraba la encuestas dentro del sobre completamente sellado.

Las encuestas fueron aplicada durante tres días, ya que, por el sistema de turnos, era imposible acceder a todos los técnicos paramédicos que trabajaban en el hospital.

Análisis de los datos

Para obtener los resultados necesarios para el cumplimiento de los objetivos se requiere llevar a cabo los siguientes procedimientos :

a.- Análisis estadística descriptiva: tiene como finalidad describir las frecuencias relativas de las características sociodemograficas y profesiograficas de la muestra en estudio, describir las frecuencias relativas de la variable burnout y de los niveles totales y por factores en función de las características sociodemográficas y profesiográficas de la muestra.

b.- Análisis correlacional:

Se utilizan Chi cuadrado para establecer correlaciones entre variables síndrome de burnout y salud mental.

Técnicas de Recopilación de Datos

- **Cuestionario de actitud frente al trabajo** . Diseñado originalmente por Filgueira, (1991) , adaptado en Chile por Esparza, Guerra y Martínez (1995) y validado en Chile por Figueroa. es un cuestionario que consta de 65 ítems y que se divide en 8 categorías : Fuentes de Tensión Laboral (23 ítems) , Agotamiento Emocional (7 ítems) , Degradación de la Competencia profesional (3 ítems), Degradación de la Autoimagen (14 ítems) , Dificultades en las Relaciones Interpersonales (3 ítems), Trastornos Físicos (10 ítems), Trastornos Conductuales (3 ítems).

Este cuestionario cuenta con una confiabilidad Kuder Richardson (K-R21 = 0,975) y validez empírica de 0,69.

El nombre original del cuestionario es " cuestionario de Burnout para Profesionales Sanitarios", el cual es cambiado por Esparza y cols., recogiendo la sugerencia de Maslach y Jackson (1981) para evitar el sesgo en las respuestas.

- **Escala para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes** . Esta escala es de Alvarado y cols (1990). Su objetivo es medir el nivel de sintomatología depresiva, por ansiedad y somatomorfe en relación al último mes, y se utiliza, básicamente, para la selección de casos índices ; por tanto, no es un instrumento diseñado para diagnosticar trastornos psicopatológicos.

Está compuesta por 25 ítems ; 13 de ellos corresponden a la subescala de síntomas depresivos, 12 a la escala síntomas por ansiedad y 12 a la subescala síntomas depresivos.

Esta escala fue validada en Chile por Vera y Wood (1994) en una

muestra constituida por un grupo normal y un grupo clínico, aplicando un análisis de consistencia interna. Para ello se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose los siguientes resultados: para la subescala de síntomas depresivos la consistencia interna fue de 0,93 , para la subescala síntomas por ansiedad de 0,92 y para la subescala de síntomas somatomorfes de 0,87. Para estimar la validez se utilizó la comparación de grupos opuestos a través de la prueba de Kolmogorov - Smirnov, obteniendo diferencias significativas con un $\alpha = 0,000$.

Es una escala de fácil aplicación y corrección, y se ha recomendado como instrumento tanto para investigaciones epimediológicas como para el trabajo clínico, como la intención de pesquisar y seleccionar casos índices y graduar la sintomatología emocional.

- **Escala de balance afectivo positivo de Bradburn**, según la adaptación española de Páez (1989). Esta escala mide el nivel de bienestar o malestar subjetivo durante periodos de tiempo establecidos por el investigador. Esta compuesta por 18 ítems que se distribuyen en dos dimensiones : afectividad positiva y afectividad negativa.

Esta escala ha sido validada en Estados Unidos y en España, y sus índices de confiabilidad y validez han sido confirmados en nuestro país por Vera y Wood (1994). Para estimar la confiabilidad estos investigadores realizaron un análisis de consistencia interna para cada una de las subescalas utilizando el coeficiente alfa de Cronbach ; para la escala Afectividad positiva se obtuvo un valor de 0,818 y para la escala afectividad Negativa se obtuvo un valor de 0,847. Para determinar la validez se utilizó el método de validez concurrente tomando como criterios los puntajes de las subescalas de síntomas depresivos y

por ansiedad. La subescala afectividad positiva correlaciona negativamente con la subescalas mencionadas ; a su vez la subescala de afectividad negativa correlaciona positivamente con las mismas con un $p < 0.0000$ para todos los valores como se muestra a continuación :

Subescalas	Síntomas Depresivos	Síntomas por Ansiedad
Afecto Positivo	-0,509	-0, 419
Afecto Negativo	0,720	0,712

CAPITULO 4

RESULTADOS

I.- Análisis Descriptivo

A continuación se presentan las frecuencias de las variables en estudio.

El orden que se presentarán dichas frecuencias será el siguiente :

- Caracterización de la muestra en estudio, para lo cual se presenta las frecuencias de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y profesiográficas (tipo de contrato, antigüedad profesional, antigüedad institucional).
- Frecuencia de síndrome burnout y sus factores
- Descripción del síndrome de burnout a nivel total y por factores según variables sociodemográficas y profesiográficas.
- Frecuencia de niveles salud mental, la cual se subdivide en frecuencia de las subvariables : trastornos depresivos, frecuencia de trastornos ansiosos y somatomorfos y frecuencia de balance afectivo positivo

1 Frecuencia de variables sociodemográficas y profesiográficas de los sujetos de la muestra

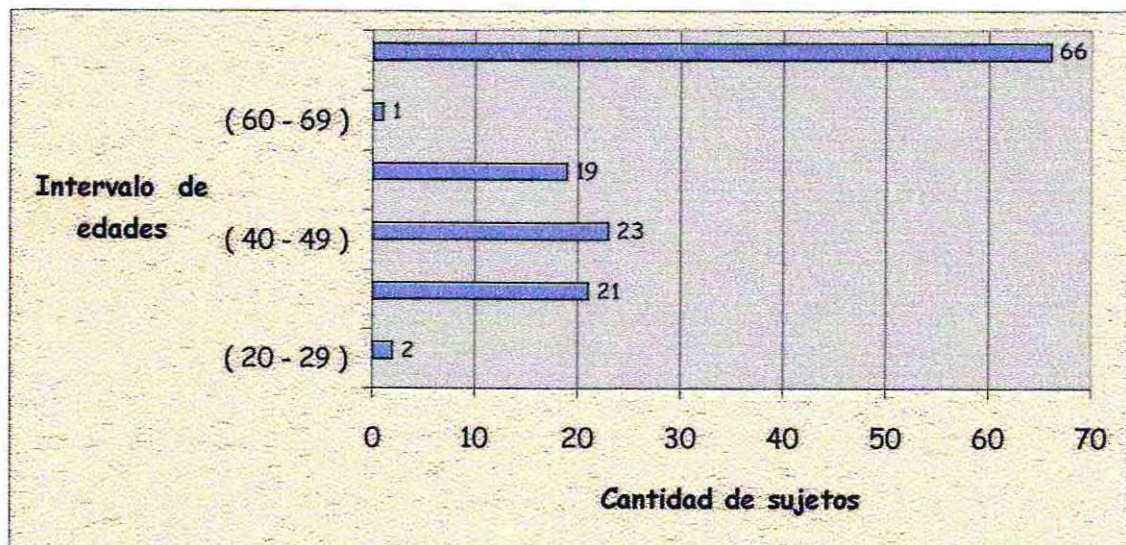
1.1. Frecuencia de Variables Sociodemográficas

1.1.1 Edad :

Tabla N° 1 : Clasificación de los sujetos en estudio según edad

Intervalo de edad	N°	%
(20 - 29)	2	3,03
(30 - 39)	21	31,82
(40 - 49)	23	34,85
(50 - 59)	19	28,79
(60 - 69)	1	1,52
Total	66	100

Gráfico N° 1 : Cantidad de sujetos en estudio según edad



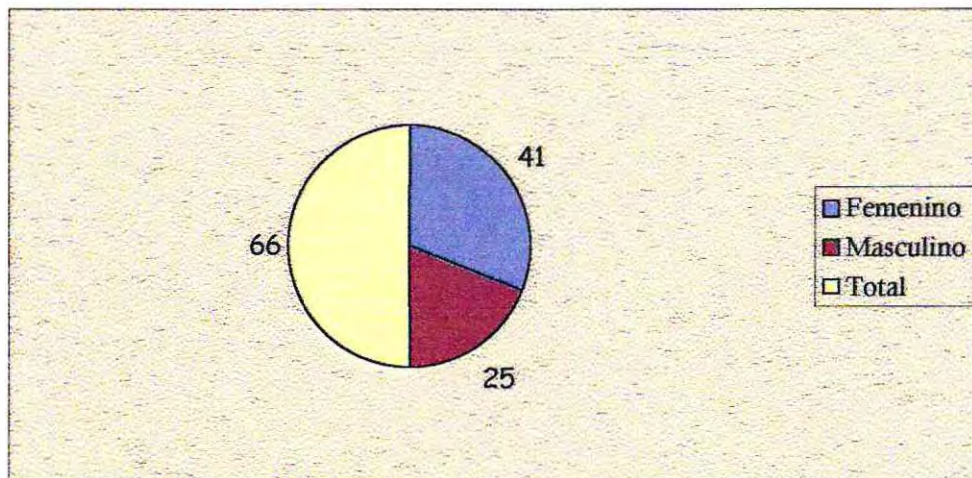
De los 66 sujetos en estudio 23 de ellos tienen un rango de edad entre 40 y 49 años, 21 se sitúan en un rango de edad entre 30 y 39 años, mientras que sólo 1 de ellos tiene entre 60 y 69 años.

1.1.2 Sexo :

Tabla N° : Clasificación de los sujetos en estudio según sexo

Sexo	N°	%
Femenino	41	62,12
Masculino	25	37,87
Total	66	100

Gráfico N°2 : Cantidad de sujetos en estudio según sexo



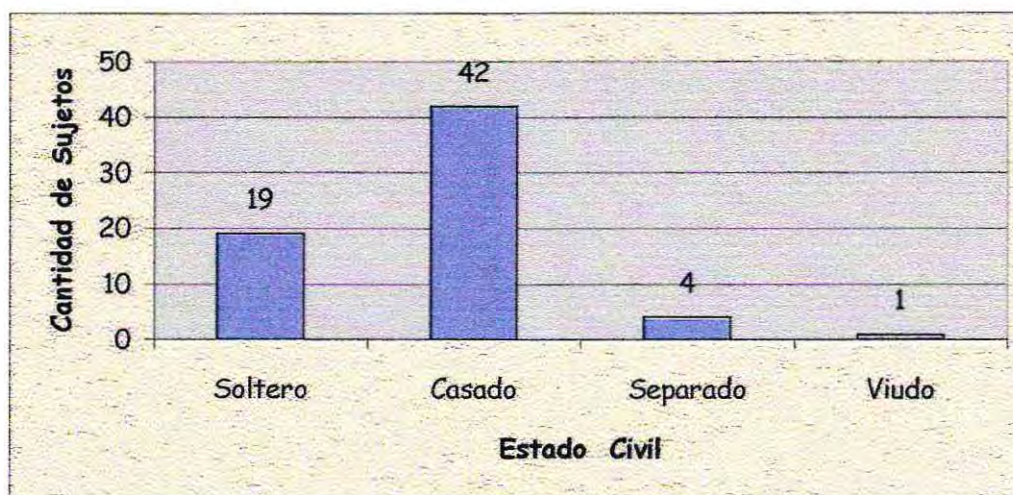
De los 66 sujetos en estudio, 41 son de sexo femenino y 25 son de sexo masculino.

1.1.3 Estado Civil :

Tabla N°3 : Clasificación de los sujetos en estudio según el estado civil de ellos

Estado Civil	N°	%
Soltero	19	28,79
Casado	42	63,64
Separado	4	6,06
Viudo	1	1,51
Total	66	100

Gráfico N°3 : Cantidad de sujetos en estudio según el estado civil de ellos



De los 66 sujetos en estudio, 42 de ellos son casados, 19 solteros, 4 separados y sólo 1 de ellos es viudo

En resumen, el perfil sociodemográfico de los profesionales técnicos de la muestra en estudio son sujetos con un rango de edad entre 40- 49 años, casados y de sexo femenino.

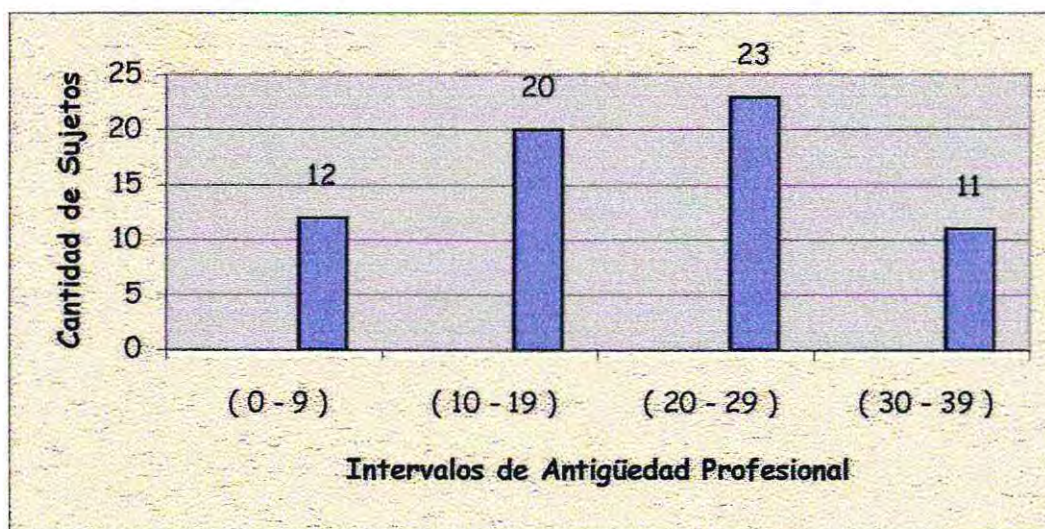
1.2.- Frecuencia Variables Profesiográficas :

1.2.1 Antigüedad Profesional

Tabla N°4 : Clasificación de los sujetos en estudio según antigüedad profesional

Intervalos de Antigüedad Profesional	N°	%
(0 - 9)	12	18,18
(10 - 19)	20	30,3
(20 - 29)	23	34,85
(30 - 39)	11	16,67
Total	66	100

Gráfico N° 4 : Cantidad de sujetos en estudio según antigüedad profesional



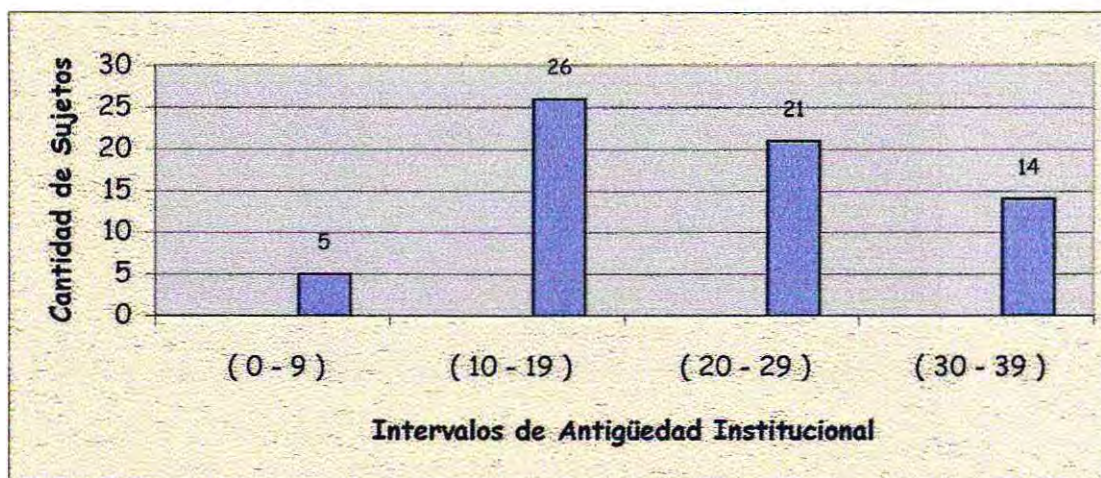
De los 66 sujetos en estudio 23 de ellos tienen una antigüedad profesional entre 20 y 29 años, 20 de ellos tienen una antigüedad entre 10 y 19 años ; mientras que sólo 11 de ellos tienen entre 30 y 39 años de antigüedad profesional.

1.2.2 Antigüedad Institucional

Tabla N°5 : Clasificación de sujetos en estudio según antigüedad institucional

Intervalos de Antigüedad Institucional	N°	%
(0 - 9)	5	7,58
(10 - 19)	26	39,4
(20 - 29)	21	31,82
(30 - 39)	14	21,21
Total	66	100

Gráfico N°5 :Cantidad de sujetos en estudio según antigüedad institucional



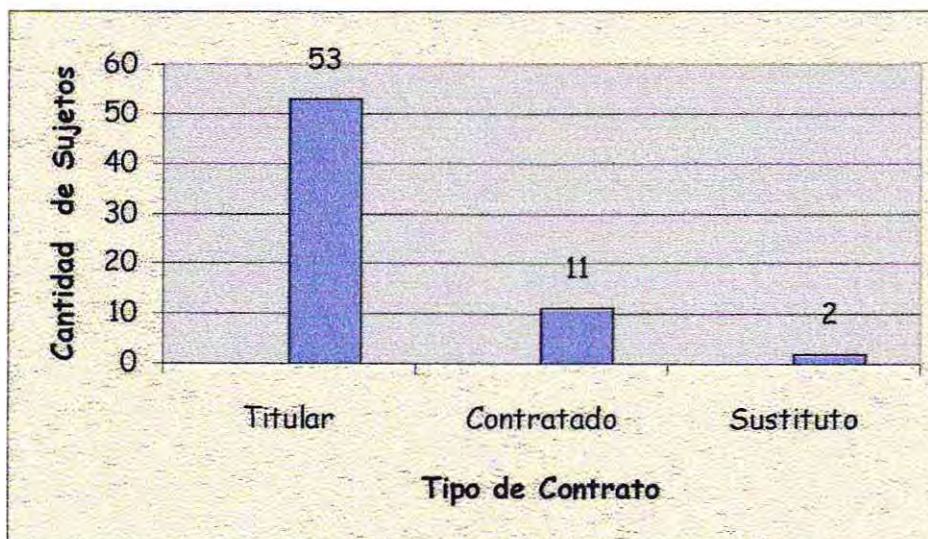
De los 66 sujetos en estudio 26 de ellos trabajan entre 10 y 19 años en la institución, 21 lo hacen entre hace 20 y 29 años, y sólo 5 de ellos trabajan en la institución entre un rango de 0-a 9 años atrás.

1.2.3 Tipo de Contrato

Tabla N°6 : Clasificación de sujetos en estudio según el tipo de contrato

Tipo de Contrato	N°	%
Titular	53	80,3
Contratado	11	16,67
Sustituto	2	3,03
Total	66	100

Gráfico N° 6 : Cantidad de sujetos en estudio según el tipo de contrato



De los 66 sujetos en estudio 53 de ellos son titulares, mientras que sólo 2 se encuentran con un tipo de contrato sustituto

En resumen el perfil profesiográfico de los profesionales técnicos en estudio corresponde a sujetos cuya antigüedad profesional e institucional fluctúa entre los 20-29 años y los 10-19 años, respectivamente, y con un tipo de contrato titular.

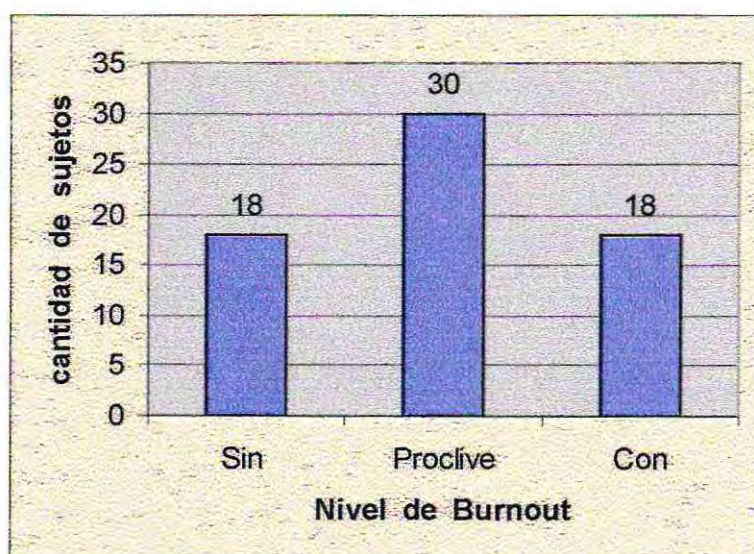
2 Frecuencia del síndrome de burnout

2.1 Frecuencia del nivel total de síndrome de burnout

Tabla N° : Clasificación de sujetos es estudio según nivel de síndrome burnout

Nivel / Frecuencia	N°	%
Sin	18	27,27
Proclive	30	45,45
Con	18	27,27
Total	66	100

Gráfico N°7 : Cantidad de sujetos según los niveles de síndrome de burnout



De los 66 sujetos en estudio 30 son proclives al síndrome de burnout, 18 de ellos no presentan el síndrome y los 18 restantes presentan el síndrome.

2.2 Frecuencia de los niveles de los factores del síndrome de burnout

Tabla N°8: Frecuencia de los niveles de los factores del síndrome burnout.

Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Factores del Síndrome Burnout / Nivel	Alto		Medio		Bajo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Fuentes de tensión	16	24,2	15	22,7	35	53
Insatisfacción laboral	20	30,3	25	37,8	21	31,8
Agotamiento emocional	22	33,3	24	36,3	20	30,3
Degradación competencia profesional	28	42,2	17	25,7	21	31,8
Degradación autoimagen	19	28,7	31	46,9	16	24,2
Dificultades relaciones interpersonales	25	37,8	22	33,3	19	28,7
Trastornos físicos	19	28,7	23	34,8	24	36,3
Trastornos conductuales	29	43,9	18	27,2	19	28,7

3 Frecuencia del síndrome de burnout según los factores sociodemográficos y profesiográficos de la muestra

A continuación se presentan las frecuencias del síndrome de burnout a nivel total y por factores, tomando en consideración los aspectos sociodemográficos y profesiográficos de la muestra. Si bien se hacen tablas para cada uno de los factores del síndrome, según los aspectos previamente mencionados, sólo se grafican los que son considerados relevantes según la autora, los cuales serán comentados más adelante en el apartado conclusión y discusiones de la investigación.

3.1 Frecuencias del Síndrome de Burnout según factores sociodemográficos

3.1.1 Síndrome de Burnout según edad

3.1.1.1 Nivel total del síndrome de burnout según edad

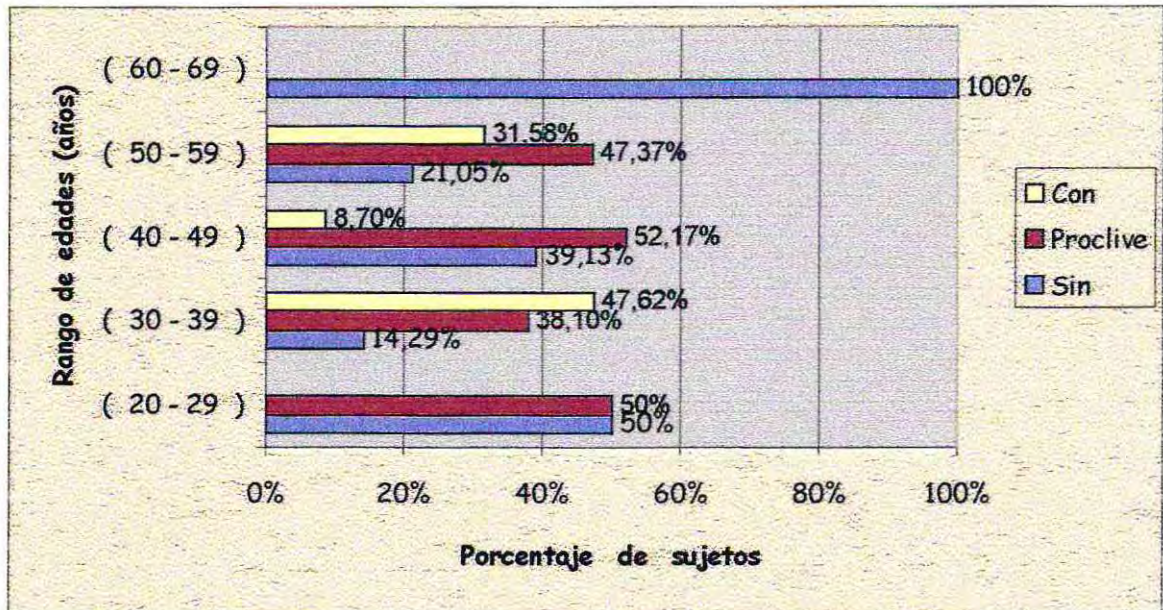
Tabla N°9 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de síndrome burnout , considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas

Edad / Nivel de burnout	Sin	Proclive	Con	Total
(20 - 29)	1	1	0	2
(30 - 39)	3	8	10	21
(40 - 49)	9	12	2	23
(50 - 59)	4	9	6	19
(60 - 69)	1	0	0	1
Total	18	30	18	66

Tabla N° 10 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de síndrome burnout, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en porcentajes

Edad / Nivel de burnout	Sin	Proclive	Con	Total
(20 - 29)	50%	50%	0%	100%
(30 - 39)	14,29%	38,10%	47,62%	100%
(40 - 49)	39,13%	52,17%	8,70%	100%
(50 - 59)	21,05%	47,37%	31,58%	100%
(60 - 69)	100%	0	0	100%

Gráfico N°8 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de síndrome de burnout , considerando la edad de los sujetos de la muestra.



De los 21 sujetos entre 30 y 39 años de edad, un 47,62% presentan el síndrome burnout, un 38,10% de ellos es proclive a él y un 14,29% no lo presenta. De los 23 sujetos entre un rango de edad entre 40 y 49 años , un 52,17% es proclive al burnout, un 39,13% no lo presenta, y sólo un 8,70 % padecen el síndrome. De los 19 sujetos con edad entre 50 y 59 años de edad, un 47,37% es proclive al burnout, un 31,58% padece del síndrome, mientras que sólo un 21,05% de ellos no lo presenta.

3.1.1.1.2 Nivel por factores del síndrome burnout según edad

-Fuentes de tensión según edad

Tabla N° 11: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de fuentes de tensión, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencia brutas y porcentajes

Edad / Fuentes de tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
(20 - 29)	2	100 %	0	0%	0	0%	2
(30 - 39)	10	47,6,%	3	14,3%	8	38,1%	21
(40 - 49)	13	56,5%	7	30,4%	3	13%	23
(50 - 59)	9	47,3%	15	26,6%	5	26,3%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

De los 21 sujetos ubicados en el rango de edad 30-39 años, 38,1% tiene una alta percepción de las fuentes de tensión y un 47,6% una baja percepción de ellas. De ellos 23 ubicados en el rango de edad 40 - 49 años, un 56,5% tiene una baja percepción de las fuentes de tensión, mientras que sólo un 13% percibe que hay altas fuentes de tensión en su trabajo.

-Insatisfacción laboral según edad

Tabla N°12 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de insatisfacción laboral, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencia brutas y porcentajes

Edad /Insatisfacción Laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(20 - 29)	2	100%	0	0%	0	0%	2
(30 - 39)	4	19%	9	42,9%	8	38,1%	21
(40 - 49)	6	26,1%	9	39,1%	8	34,8%	23
(50 - 59)	7	36,8%	7	36,8%	5	26,3%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

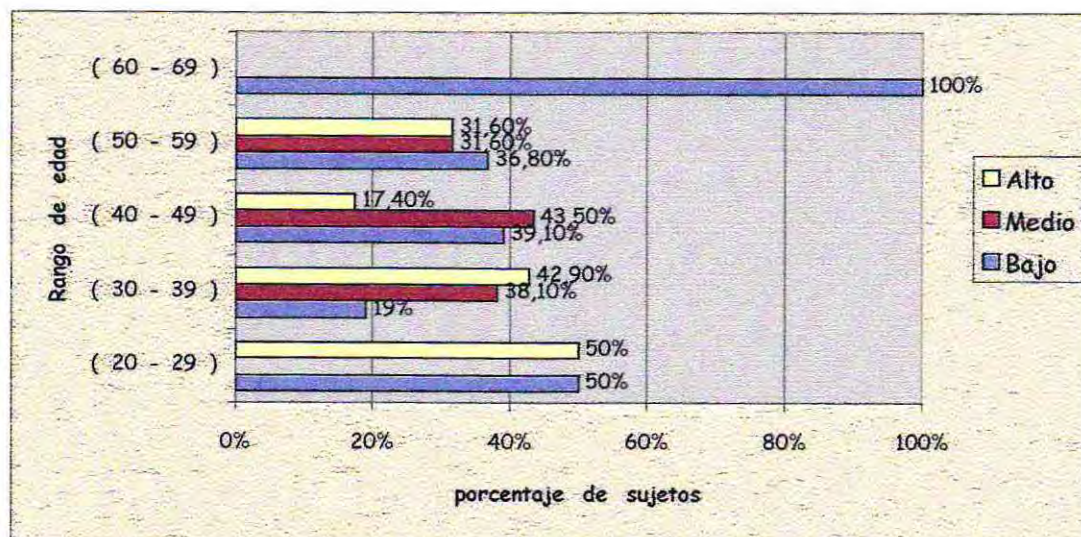
De los 21 sujetos ubicados en el rango de edad 30- 39 años, un 42,9% tiene una insatisfacción laboral media , mientras que sólo un 19% de ellos tiene una baja insatisfacción laboral.

-Agotamiento emocional según edad

Tabla N°13: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de agotamiento emocional , considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencia brutas y porcentajes

Edad / Agotamiento Emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(20 - 29)	1	50%	0	0	1	50%	2
(30 - 39)	4	19 %	8	38,1%	9	42,9%	21
(40 - 49)	9	39,1%	10	43,5%	4	17,4%	23
(50 - 59)	7	36,8%	6	31,6%	6	31,6%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

Gráfico N°9: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de agotamiento emocional , considerando la edad de los sujetos de la muestra.



De los 21 sujetos ubicados en el rango de edad entre 30- 39 años, un 42,9 % tiene un nivel alto de agotamiento emocional, mientras que sólo un 19,05% de

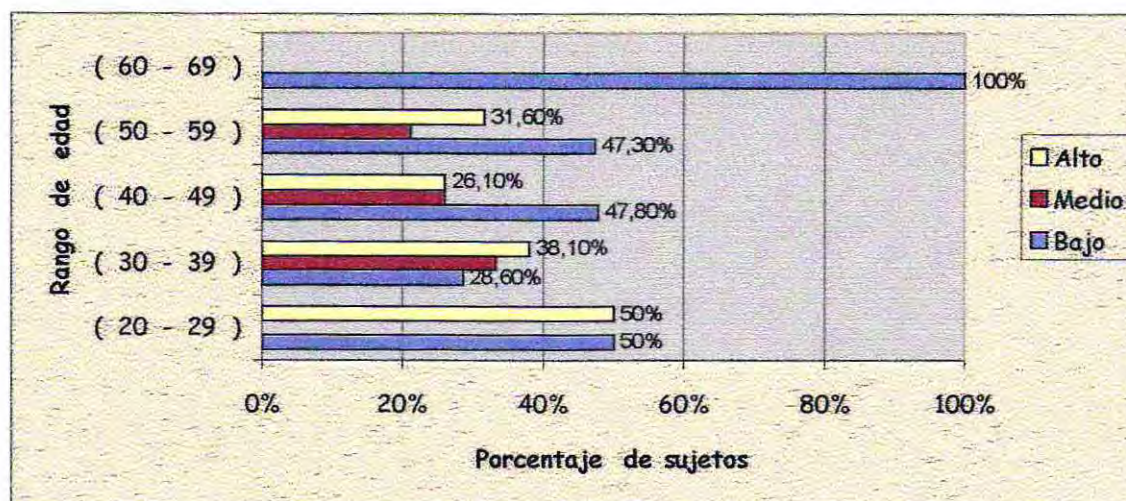
ellos tiene una agotamiento emocional bajo. Así también de los 23 sujetos ubicados en un rango de edad 40-49 años, un 39,1% tiene un bajo nivel de agotamiento emocional, mientras que sólo un 17,4% de ellos tiene un alto nivel en éste último.

-Degradación competencia profesional según edad

Tabla N°14: : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de degradación de la competencia profesional, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Deg. Comp. Prof.	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(20 - 29)	1	50%	0	0%	1	50%	2
(30 - 39)	6	28,6%	7	33,3%	8	38,1%	21
(40 - 49)	11	47,8%	6	26,1%	6	26,1%	23
(50 - 59)	9	47,3%	4	21,1%	6	31,6%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

Gráfico N°10: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación de la competencia profesional, considerando la edad de los sujetos de la muestra.



De los 21 sujetos en estudio ubicados en un rango de edad entre 30-39 años de edad, un 38,1% tiene un alto nivel de degradación de la competencia

profesional, mientras que de los 23 sujetos ubicados en el rango de edad entre 40-49 años de edad, sólo un 26,1% tiene un alto nivel en este factor, ubicándose el 47,8% en el nivel baja degradación de la competencia profesional.

-Degradación autoimagen según edad

Tabla N°15 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de degradación en la autoimagen, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Degr. Autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
(20 - 29)	1	50%	0	0%	1	50%	2
(30 - 39)	7	33,3%	7	33,3%	7	33,3%	21
(40 - 49)	7	30%	15	65,2%	1	4,35%	23
(50 - 59)	3	15,79%	9	47,37%	7	36,84%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

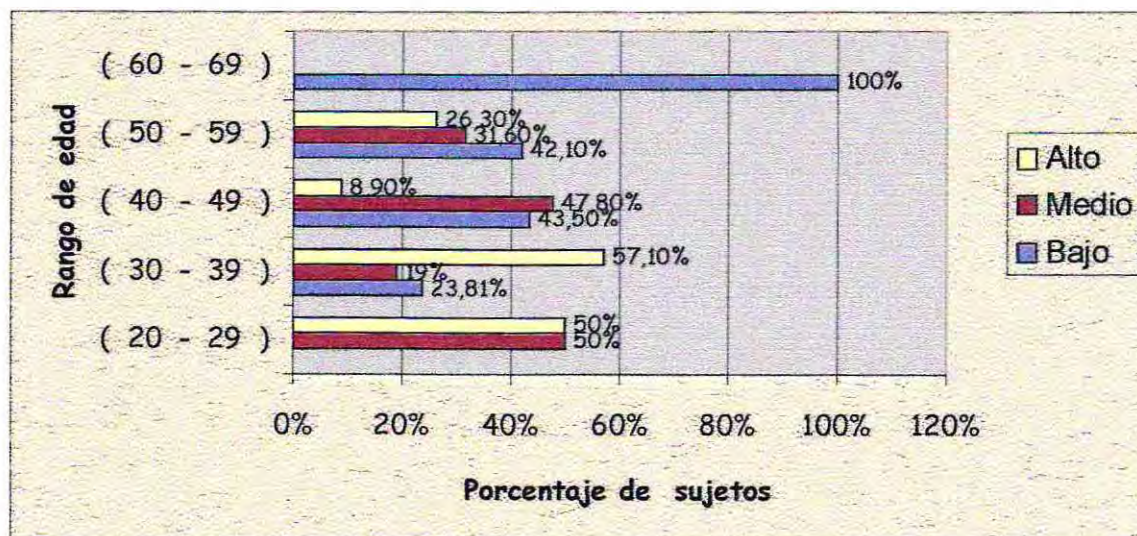
De los 23 sujetos ubicados en el rango de edad 40-49 años, un 65,2% tienen un nivel medio de deterioro en la autoimagen, y sólo el 4,35% de ellos tiene un alto nivel de esta última. De los 19 sujetos ubicados en el rango 50-59 años de edad, un 36,84% tiene un alto nivel de degradación en su autoimagen, mientras que sólo el 15,79% de ellos tiene un bajo nivel de deterioro de ella.

-Dificultades relaciones interpersonales según edad

Tabla N°16 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de dificultades en las relaciones interpersonales , considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad /Dif. relaciones Interpersonales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(20 - 29)	0	0%	1	50%	1	50%	2
(30 - 39)	5	23,81%	4	19%	12	57,1%	21
(40 - 49)	10	43,5%	11	47,8%	2	8,9%	23
(50 - 59)	8	42,1%	6	31,6%	5	26,3%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

Gráfico N°11: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de dificultades en las relaciones interpersonales , considerando la edad de los sujetos de la muestra.



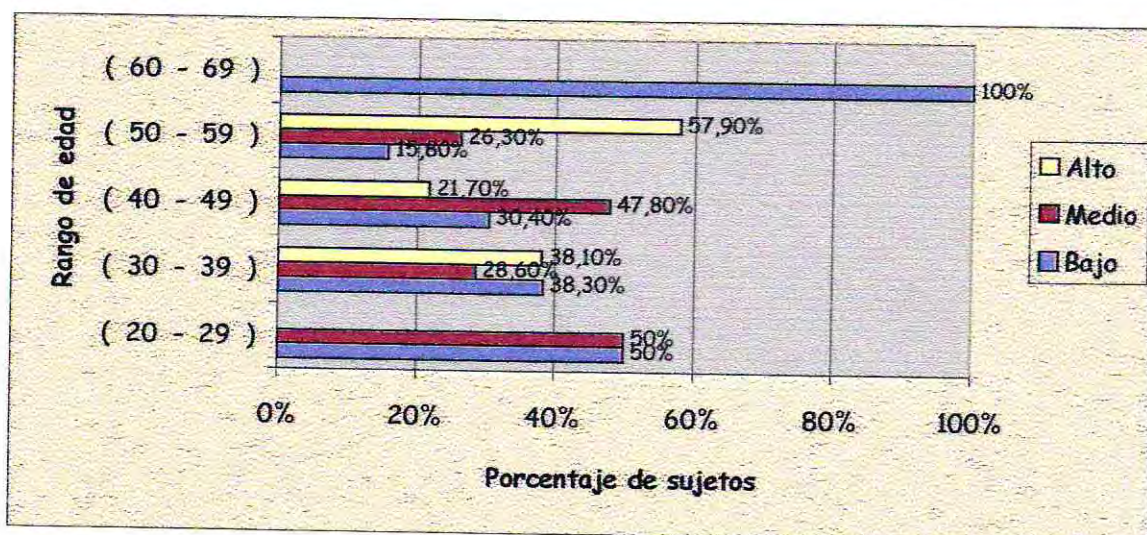
De los 21 sujetos en estudio que tienen entre 30-39 años de edad, un 57,1% tiene un alto nivel de dificultades en sus relaciones interpersonales. De los que se ubican en el rango de edad 40-49 años de edad sólo un 8,9% de ellos tienen un alto nivel de dificultad en estas últimas , tendiendo a concentrarse la mayoría de estos sujetos en el nivel medio de dificultad.

-Trastornos físicos según edad

Tabla N°17: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de trastornos físicos, considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Trastorno Físico	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(20 - 29)	1	50%	1	50%	0	0%	2
(30 - 39)	7	38,3%	6	28,6%	8	38,1%	21
(40 - 49)	7	30,4%	11	47,8%	5	21,7%	23
(50 - 59)	3	15,8%	5	26,3%	11	57,9%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	1

Gráfico N°12 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de trastornos físicos, considerando la edad de los sujetos de la muestra.



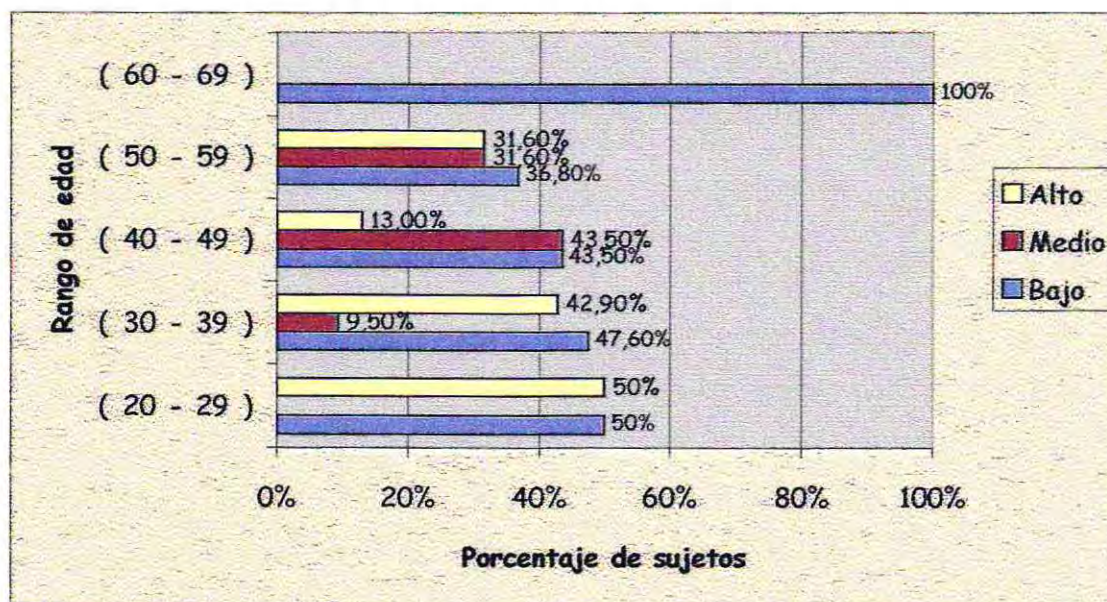
De los 23 sujetos ubicados en el rango de edad 40-49 años, un 47,8% de ellos presenta un nivel medio de trastornos físicos, sólo un 21,7% de ellos presenta un alto nivel de estos últimos. De los 19 sujetos ubicados en un rango de edad 50-59 años, un 57,9% de ellos presentan un alto nivel de trastornos físicos, mientras que sólo un 15,8% de ellos presenta un bajo nivel en este tipo de trastornos.

-Trastornos conductuales según edad

Tabla N°18 : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los niveles de trastornos conductuales , considerando la edad de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Trastorno Conductual	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
(20 - 29)	1	50%	0	0%	1	50%	2
(30 - 39)	10	47,6%	2	9,5%	9	42,9%	21
(40 - 49)	10	43,5%	10	43,5%	3	13,0%	23
(50 - 59)	7	36,8%	6	31,6%	6	31,6%	19
(60 - 69)	1	100%	0	0%	0	0%	100

Gráfico N°13 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de trastornos conductuales, considerando edad de los sujetos de la muestra



De los 21 sujetos ubicados en el rango 30-39 años de edad, un 42,9% presentan alto nivel de trastornos conductuales, mientras que sólo un 9,5% de ellos presentan un nivel medio de estos últimos. De los 23 sujetos que tienen entre 40-49 años de edad, un 43,5% tiene un nivel medio de trastornos

conductuales y sólo un 13% de ellos presentan alto nivel en este tipo de trastornos.

3.1.2 Síndrome de Burnout según sexo

3.1.2.1 Nivel total del síndrome de burnout según sexo

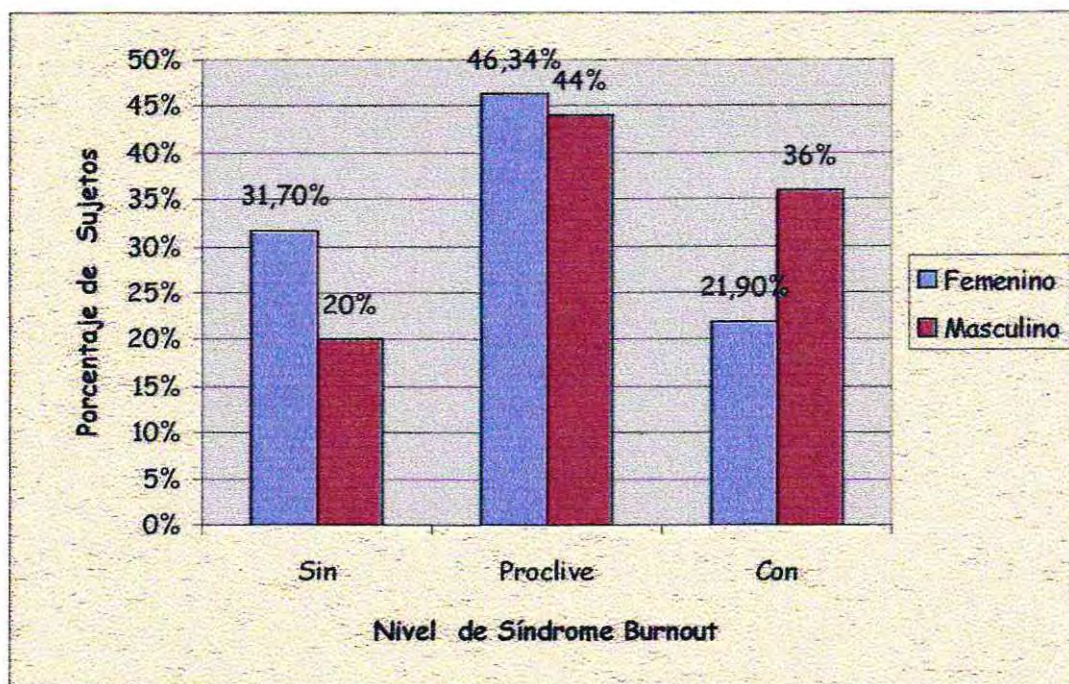
Tabla N° 19 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas

Sexo / Nivel	Sin	Proclive	Con
Femenino	13	19	9
Masculino	5	11	9
Total	18	30	18

Tabla N° 20 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en porcentajes

Sexo / Nivel	Sin	Proclive	Con
Femenino	31,70%	46,34%	21,90%
Masculino	20%	44%	36%

Gráfico N°13 : Porcentaje de los sujetos en estudio según los niveles de síndrome de burnout, considerando el sexo de los sujetos de la muestra.



De los 41 sujetos de sexo femenino en estudio, el 46,34 % es proclive al burnout, el 31,70% no lo presenta y sólo el 21,90% de ellas presenta el síndrome. De los 25 sujetos de sexo masculino, un 44% es proclive al burnout, un 36% presenta el síndrome, mientras que sólo el 20% de ellos no padece de él.

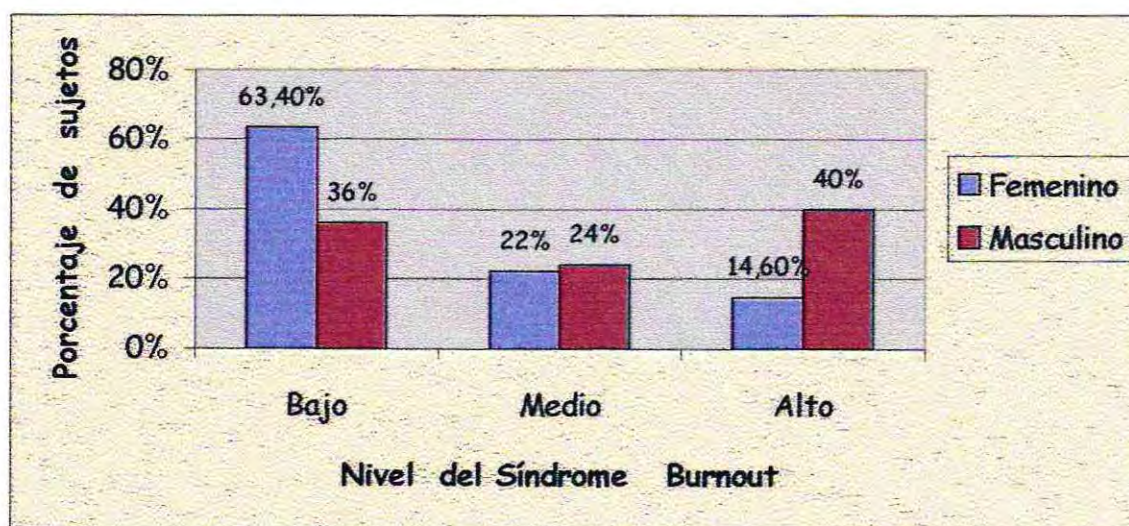
3.1.2.2 Nivel por factores del síndrome de burnout según sexo

-Fuentes de tensión según sexo

Tabla N°21: Clasificación de sujetos en estudio según los niveles de fuentes de tensión, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Fuentes de tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	26	63,4	9	22	6	14,6	41
Masculino	9	36	6	24	10	40	25

Gráfico N°14: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de fuentes de tensión, considerando el sexo de los sujetos de la muestra



De los sujetos en estudio de sexo femenino, un 63,4% tiene baja percepción de ellas fuentes de tensión en su trabajo, mientras que sólo un 14,6% de ellos tienen una alta percepción de ellas. De los 25 sujetos de sexo masculino en estudio, un 40% tiene una alta percepción de las fuentes de tensión en su trabajo.

-Insatisfacción laboral según sexo

Tabla N°22: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de insatisfacción laboral, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Insatisfacción laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	16	39	13	31,7	12	29,3	41
Masculino	4	16	12	48	9	36	25

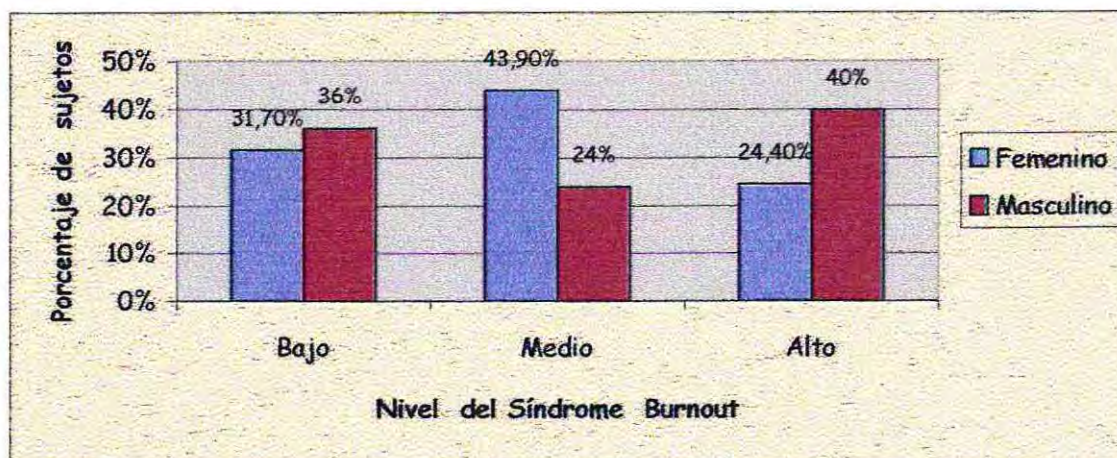
De los 25 sujetos de sexo masculino en estudio, un 48% tiene una insatisfacción laboral media, mientras que sólo el 16% de ellos tiene una baja insatisfacción laboral.

-Agotamiento emocional según sexo

Tabla N°23: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los niveles de agotamiento emocional, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Agotamiento emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	13	31,7	18	43,9	10	24,4	41
Masculino	9	36	6	24	10	40	25

Gráfico N°15: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de agotamiento emocional, considerando el sexo de los sujetos de la muestra



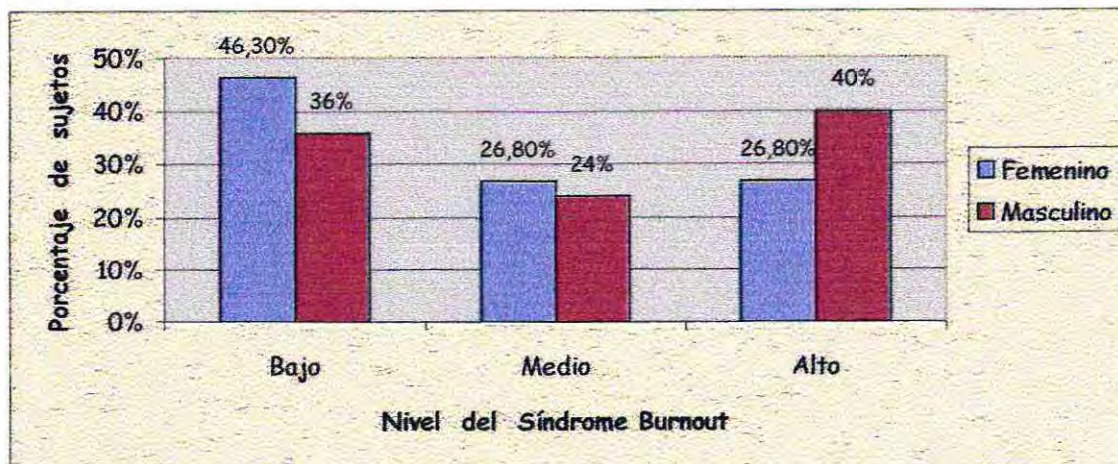
De los 41 sujetos de sexo femenino en estudio un 43,9% presenta un nivel de agotamiento emocional medio y sólo el 24,4% de ellos presenta un alto nivel de agotamiento emocional. De los 25 sujetos de sexo masculino en estudio, un 40% presenta un alto nivel de agotamiento emocional, mientras que el 36% de ellos presenta un bajo nivel de este último.

-Degradación competencia profesional según sexo

Tabla N°24: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los niveles de degradación de la competencia profesional, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Degr. Comp.	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Profesional							
Femenino	19	46,3	11	26,8	11	26,8	41
Masculino	9	36	6	24	10	40	25

Gráfico N°16: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación en la competencia profesional, considerando el sexo de los sujetos de la muestra



De los 41 sujetos en estudio de sexo femenino, un 46,3% presenta un bajo nivel de degradación en la competencia profesional, y un 26,8% de ellas tienen un alto nivel de degradación de esta última. A su vez, de los 25 sujetos de sexo masculino en estudio, un 40% de ellos tienen un alto nivel de degradación de la competencia profesional.

-Degradación de la autoimagen según sexo

Tabla N°25: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los niveles de degradación de la autoimagen, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias absolutas y porcentajes

Sexo / Degradación autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	14	34,1%	18	43,9%	9	22%	41
Masculino	9	36%	6	24%	7	28%	25

De los 41 sujetos en estudio de sexo femenino, un 43,9% de ellos presentan un nivel medio de deterioro en la autoimagen, a su vez, de los 25 sujetos en estudio de sexo masculino, un 36% presenta un bajo nivel de degradación de la autoimagen.

-Dificultades en las relaciones interpersonales según sexo

Tabla N°26: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de dificultades en las relaciones interpersonales, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Dificultades relaciones interpersonales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	15	36,6%	15	36,6%	11	26,8%	41
Masculino	10	40%	7	28%	8	32%	25

De los 41 sujetos de sexo femenino en estudio, un 36,6 % presenta un nivel medio de dificultades en las relaciones interpersonales. De los 25 sujetos en estudio de sexo masculino, un 40% presenta un bajo nivel de dificultades en las relaciones interpersonales.

-Trastornos físicos según sexo

Tabla N°27 : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los trastornos físicos, considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo / Trastornos físicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	13	31,7%	13	39,7%	15	36,6%	41
Masculino	6	24%	10	40%	9	36%	25

De los 41 sujetos de sexo femenino en estudio, el 36,6 % de ellas presenta un alto nivel de trastornos físicos. De los 25 sujetos de sexo femenino en estudio, un 40% de ellos presenta un nivel medio de trastornos físicos.

-Trastornos conductuales según sexo

Tabla N°28: : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los trastornos conductuales , considerando el sexo de los sujetos de la muestra.

Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Sexo/ Trastornos conductuales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	18	43,9%	12	29,3%	11	26,8%	41
Masculino	11	44%	6	24%	8	32%	25

De los 41 sujetos de sexo femenino en estudio, un 43,9% presenta un bajo nivel de trastornos conductuales y un 29,3% de ellas presenta un nivel medio de este tipo de trastornos. De los sujetos de sexo masculino en estudio, un 44% presenta bajo nivel de trastornos conductuales y un 32 % de ellos presenta un alto nivel de estos últimos .

3.1.3 Síndrome de burnout según estado civil

3.1.3.1 Nivel total del síndrome de burnout según estado civil

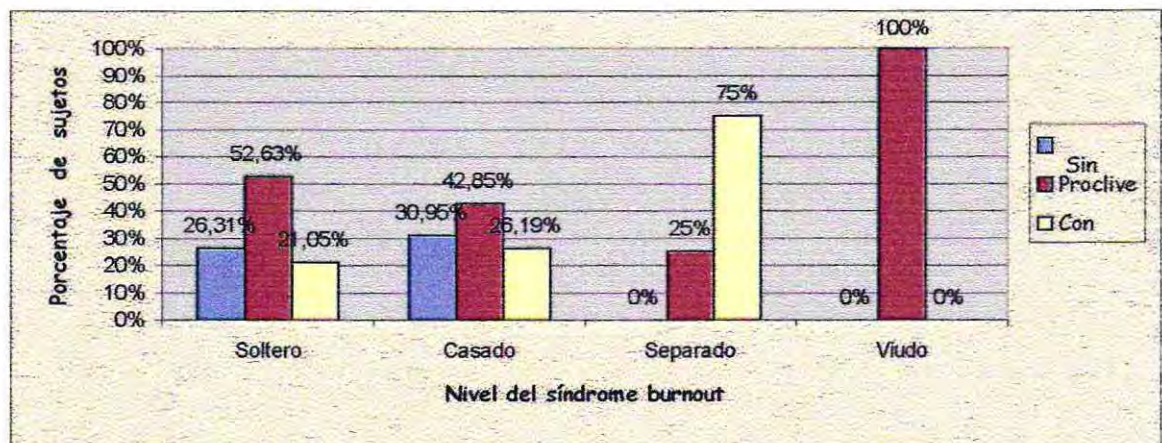
Tabla N° 29 : Clasificación de los sujetos según los niveles de síndrome de burnout, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas

Estado civil/Nivel	Sin	Proclive	Con
Soltero	5	10	4
Casado	13	18	11
Separado	0	1	3
Viudo	0	1	0
Total	18	30	18

Tabla N° 30 : Clasificación de los los sujetos en estudio según los niveles de síndrome de burnout, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en porcentajes

Estado.civil/Nivel	Sin	Proclive	Con
Soltero	26,31%	52,63%	21,05%
Casado	30,95%	42,85%	26,19%
Separado	0%	25%	75%
Viudo	0%	100%	0%

Gráfico N° 17 : Porcentaje de sujetos según los niveles de síndrome de burnout, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra.



De los 42 sujetos casados de la muestra en estudio, el 42,85% es proclive al burnout, un 30,95% no presenta el síndrome, mientras que sólo un 26,19% de ellos padece de él. De los 19 sujetos casados de la muestra en estudio, un 52,63% es proclive al burnout, un 26,31% no presenta el síndrome y un 21,05% presenta burnout.

3.1.3.2. Niveles por factores del síndrome de burnout según estado civil

-Fuentes de tensión según estado civil

Tabla N°31 : Clasificación de los sujetos en estudio según las fuentes de tensión , considerando el sexo de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Est. civil / Fuentes tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	11	57,9	5	26,3	3	15,8	19
Casado	22	54,4	9	21,4	11	26,2	42
Separado	1	25	1	25	2	50	4
Viudo	1	100	0	0	0	0	1

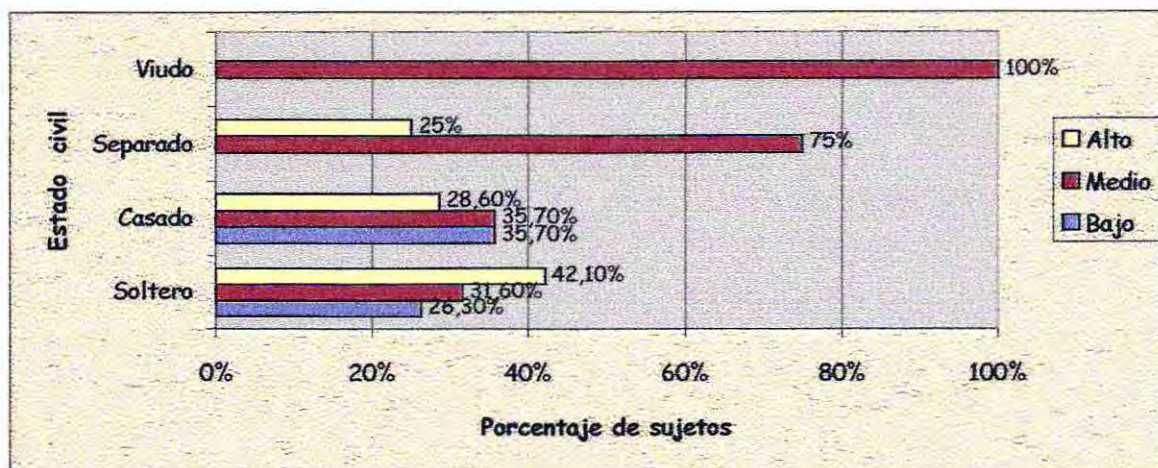
Un 57,9% de los sujetos solteros en estudio, y un 54,4% de los sujetos casados de la muestra, tienen una percepción de bajas fuentes de tensión. De los 4 sujetos separados, un 50 % de ellos tienen una percepción de altas fuentes de tensión.

-Insatisfacción laboral según estado civil

Tabla N°32: Clasificación de los sujetos en estudio según la insatisfacción laboral, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Est. civil / Insatisfacción Laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Soltero	5	26,3%	6	31,6%	8	42,1%	19
Casado	15	35,7%	15	35,7%	12	28,6%	42
Separado	0	9%	3	75%	1	25%	4
Viudo	0	1%	1	100%	0	0%	1

Gráfico N°18 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles insatisfacción laboral, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra



De los 19 sujetos solteros de la muestra, un 42,1% tiene una alta insatisfacción laboral; de los casados, sólo un 28,6% tiene un nivel alto en este factor.

-Agotamiento emocional según estado civil

Tabla N°33 : Clasificación de los sujetos en estudio según el agotamiento emocional, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Agotamiento emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	5	26,3%	8	42,1%	6	31,6%	19
Casado	16	38,1%	13	31%	13	31%	42
Separado	1	25%	2	50%	1	25%	4
Viudo	0	0%	1	100%	0	0%	1

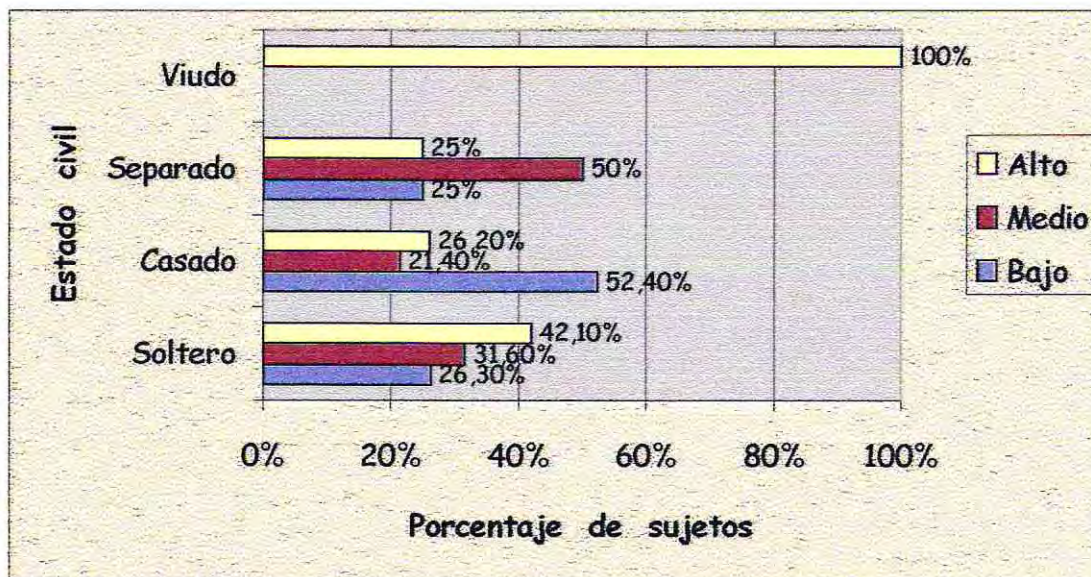
De los 19 sujetos solteros un 42,1% tiene un nivel medio de agotamiento emocional y un 26,3% tiene un bajo nivel de este último. De los sujetos casados de la muestra, un 38,1% tiene un bajo nivel de agotamiento emocional.

-Degradación de la competencia profesional según estado civil

Tabla N°34 : Clasificación de los sujetos en estudio según la degradación de la competencia profesional , considerando el estado civil de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Degr. Comp. Profesional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	5	26,3%	6	31,6%	8	42,1%	19
Casado	22	52,4%	9	21,4%	11	26,2%	42
Separado	1	25%	2	50%	1	25%	4
Viudo	0	0%	0	0%	1	100%	1

Gráfico N°19: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación de la competencia profesional , considerando el estado civil de los sujetos de la muestra



De los sujetos solteros en estudio, un 42,1% tiene una alta degradación de la competencia profesional, así también un 26,3% de ellos tienen un bajo nivel de degradación en este factor. De los sujetos casados en estudio, un 52,4% presenta un bajo nivel de degradación de competencia profesional, y sólo un 26,2% tiene un alto nivel de en este factor.

-Degradación de la autoimagen según estado civil

Tabla N°35: Clasificación de los sujetos en estudio según la degradación de la autoimagen, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Degr. Autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	5	26,3%	10	52,6%	4	21,1%	19
Casado	14	33,3%	19	45,2%	9	21,4%	42
Separado	0	0%	1	25%	3	75%	4
Viudo	0	0%	1	25%	3	75%	4

Un 52,6% y un 45,2% de los sujetos solteros y casados en estudio respectivamente, presentan un nivel medio de degradación de la autoimagen, así mismo, de los sujetos separados de la muestra, un 75% presenta un alto nivel de deterioro de la autoimagen.

-Dificultades de las relaciones interpersonales según estado civil

Tabla N°36: Clasificación de los sujetos en estudio según la dificultad en las relaciones interpersonales, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Edad / Dif.relaciones interpersonales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	6	31,6%	8	42,1%	5	26,3%	19
Casado	18	42,9%	13	31%	11	26,2%	42
Separado	0	0%	1	25%	3	75%	4
Viudo	1	100%	0	0%	0	0%	1

Un 42,1% de los sujetos solteros en estudio presentan un nivel medio de dificultad en las relaciones interpersonales, mientras que sólo un 26,3% de ellos presentan un alto nivel de dificultad en este factor. El 42,9% de los sujetos casados presentan un bajo nivel de dificultad en sus relaciones interpersonales, y

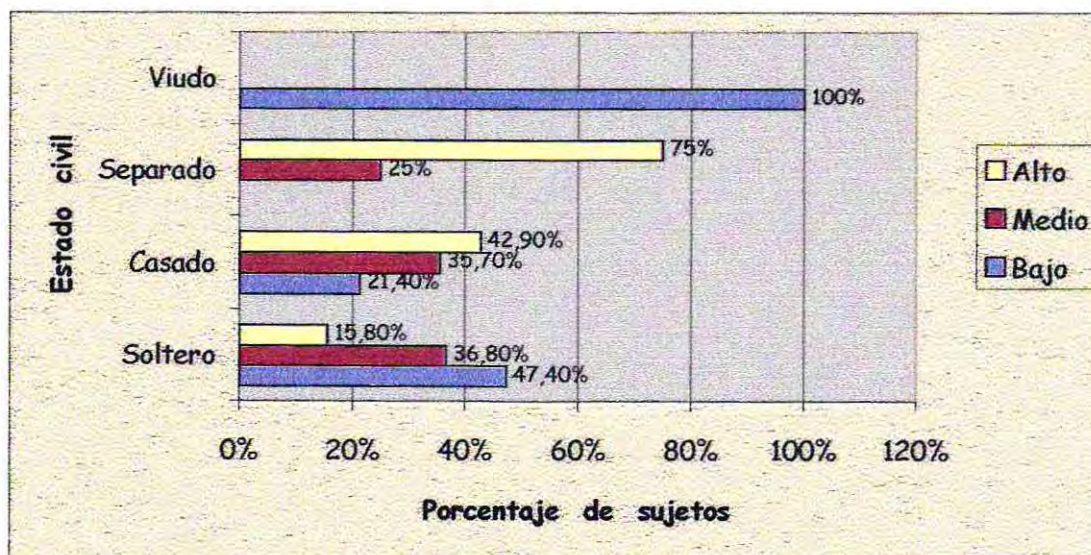
un 75% de los sujetos separados de la muestra presentan un alto nivel de dificultad en estas últimas.

-Trastornos físicos según estado civil

Tabla N°37: Clasificación de los sujetos en estudio según trastornos físicos, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Est. civil/ Trastornos físicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Soltero	9	47,4%	7	36,8%	3	15,8%	19
Casado	9	21,4%	15	35,7%	18	42,9%	42
Separado	0	0%	1	25%	3	75%	4
Viudo	1	100%	0	0%	0	0%	1

Gráfico N°20: Porcentaje de sujetos en estudio según trastornos físicos, considerando el estado civil de los sujetos de la muestra



Un 47,4% de los sujetos solteros en estudio, presentan un bajo nivel de trastornos físicos, mientras que sólo un 15,8% de ellos presentan un alto nivel de

este tipo de trastornos. Un 42,9% y un 75% de los sujetos casados y separados respectivamente, tienen un alto nivel de trastornos físicos

-Trastornos conductuales según estado civil

Tabla N°38 : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los trastornos conductuales , considerando el estado civil de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes.

Est: Civil / Trastornos conductuales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Soltero	8	42,%	5	26,3%	6	31,6%	19
Casado	20	47,6%	13	31%	9	21,4%	42
Separado	1	25%	0	0%	3	75%	4
Viudo	0	0%	0	0%	1	100%	1

De los sujetos separados, un 75% de ellos presentan un alto nivel de trastornos conductuales.

3.2 Frecuencia del Síndrome de burnout según factores profesiográficos

3.2.1 Síndrome de burnout según antigüedad profesional

3.2.1.1 Nivel total del síndrome burnout según antigüedad profesional

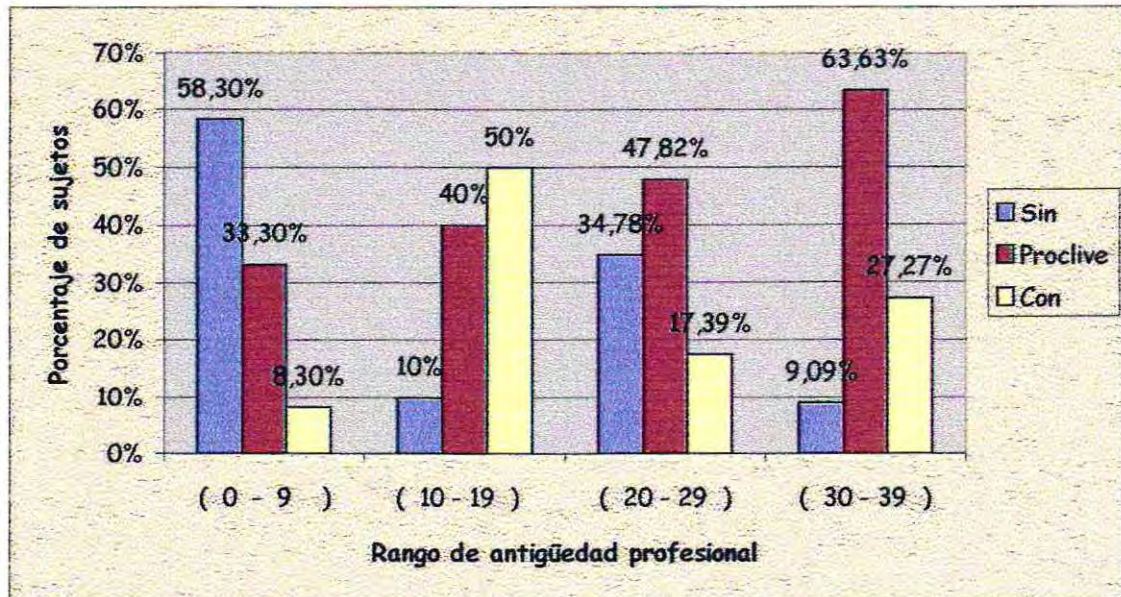
Tabla N° 39 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas

Antigüedad Profesional/ Nivel	Sin	Proclive	Con	Total
(0 - 9)	7	4	1	12
(10 - 19)	2	8	10	20
(20 - 29)	8	11	4	23
(30 - 39)	1	7	3	11
Total	18	30	18	66

Tabla N° 40 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en porcentajes

Antigüedad Profesional / Nivel	Sin	Proclive	Con	Total
(0 - 9)	58,30%	33,30%	8,30%	100%
(10 - 19)	10%	40%	50%	100%
(20 - 29)	34,78%	47,82%	17,39%	100%
(30 - 39)	9,09%	63,63%	27,27%	100%

Gráfico N° 21 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles del síndrome de burnout, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra.



De los 20 sujetos de la muestra en estudio con una antigüedad profesional entre 10 y 19 años, el 50 % presenta burnout, el 40% se presenta proclive a él y sólo un 10% no padece del síndrome. De los 12 sujetos con antigüedad profesional entre 0 y 9 años, el 58,30% no presenta burnout, el 33,3% es proclive a él y sólo el 8,30 % padece del síndrome. De los 23 sujetos con antigüedad profesional entre 20 y 29 años, un 47,82% es proclive al burnout, un 34,78% no presenta el síndrome, mientras que sólo un 17,39% padece de él.

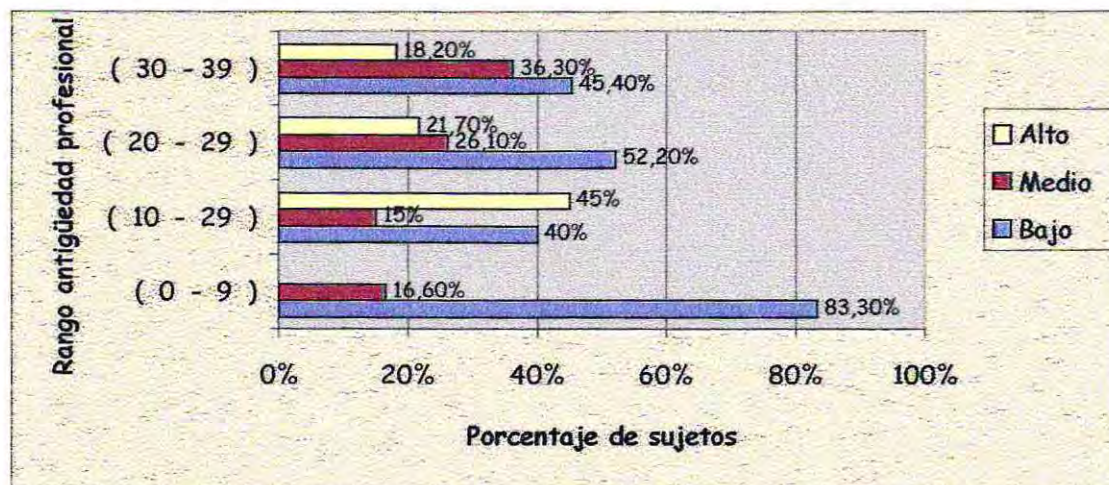
3.2.1.2 Nivel por factores del síndrome de burnout según antigüedad profesional

-Fuentes de tensión según antigüedad profesional

Tabla N°41: Clasificación de los sujetos en estudio según las fuentes de tensión, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y en porcentajes

Ant.Prof / Fuentes de tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	10	83,3%	2	16,6%	0	0%	12
(10 - 29)	8	40%	3	15%	9	45%	20
(20 - 29)	12	52,2%	6	26,1%	5	21,7%	23
(30 - 39)	5	45,4%	4	36,3%	2	18,2%	11

Gráfico N°22: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de fuentes tensión, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



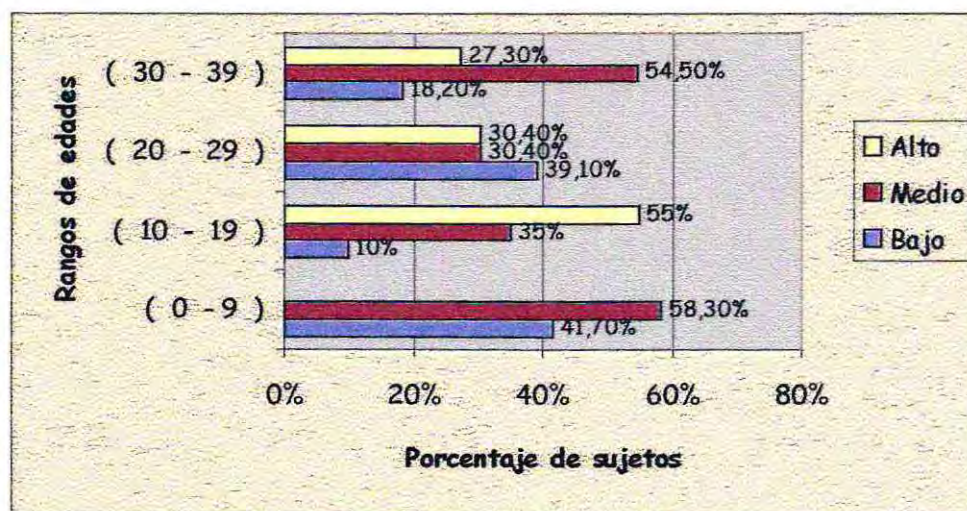
De los 12 sujetos con antigüedad profesional entre 0-9 años, un 83,3% tiene una baja percepción de las fuentes de tensión. De los 20 sujetos con antigüedad profesional entre 10-19 años, un 45% tiene una percepción de las fuentes de tensión como altas, mientras que sólo el 15% de ellos tienen una baja percepción de las fuentes de tensión. De los sujetos con antigüedad profesional entre 30-39 años, sólo un 18,2% presenta altas fuentes de tensión.

-Insatisfacción laboral según antigüedad profesional

Tabla N°42 : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según la insatisfacción laboral, considerando la antigüedad profesional de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Prof / Insatisfacción laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	5	41,7%	7	58,3%	0	0%	12
(10 - 19)	2	10%	7	35%	11	55%	20
(20 - 29)	9	39,1%	7	30,4%	7	30,4%	23
(30 - 39)	2	18,2%	6	54,5%	3	27,3%	11

Gráfico N°23 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de insatisfacción laboral, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



De los 12 sujetos con antigüedad profesional entre 0-9 años, un 58,3% tiene una insatisfacción laboral media. De los 20 sujetos con antigüedad profesional entre 10-19 años, un 55% de ellos presentan alta insatisfacción laboral.

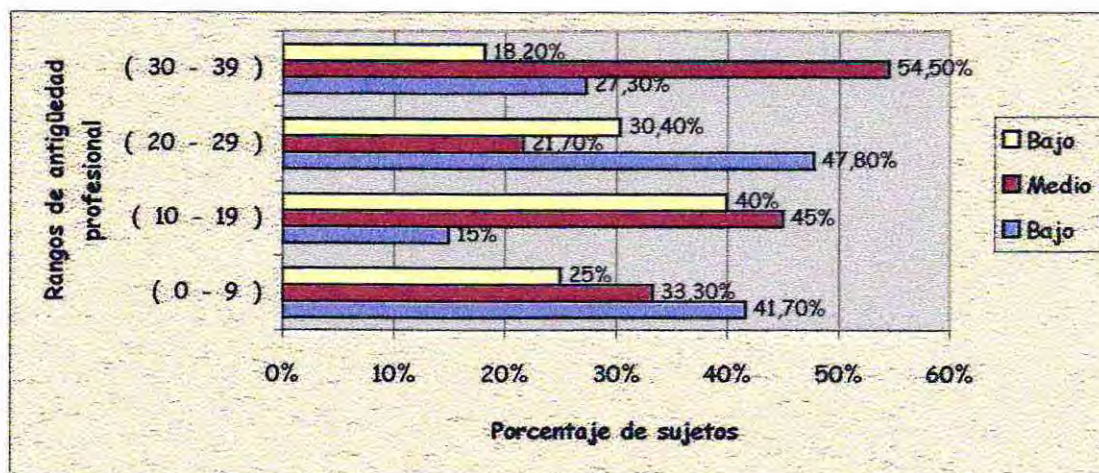
-Agotamiento emocional según antigüedad profesional

Tabla N°43: Clasificación de los sujetos en estudio según el agotamiento emocional, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra.

Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant.Prof / Agotamiento emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	5	41,7%	4	33,3%	3	25%	12
(10 - 19)	3	15%	9	45%	8	40%	20
(20 - 29)	11	47,8%	5	21,7%	7	30,4%	23
(30 - 39)	3	27,3%	6	54,5%	2	18,2%	11

Gráfico N°24 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de agotamiento emocional, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



De los sujetos entre 10-19 años de antigüedad profesional, un 40% de ellos presenta alto agotamiento emocional, mientras que sólo el 15% de estos mismos tiene bajos niveles en este último factor. De los sujetos ubicados entre un rango entre 30-39 años de antigüedad profesional, sólo un 18,2% presenta alto agotamiento emocional, concentrándose la mayoría de este grupo de sujetos en los niveles medios de agotamiento (54,5 %).

-Degradación de la competencia profesional según antigüedad profesional

Tabla N°44: Clasificación de los sujetos en estudio según la degradación de la competencia profesional, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencia brutas y porcentajes

Antigüedad / Dreg. Comp. Profesional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	8	66,6%	1	8,3%	3	25%	12
(10 - 19)	8	40%	8	40%	4	20%	20
(20 - 29)	12	52,2%	5	21,7%	6	26,1%	23
(30 - 39)	4	36,3%	3	27,3%	4	36,3%	11

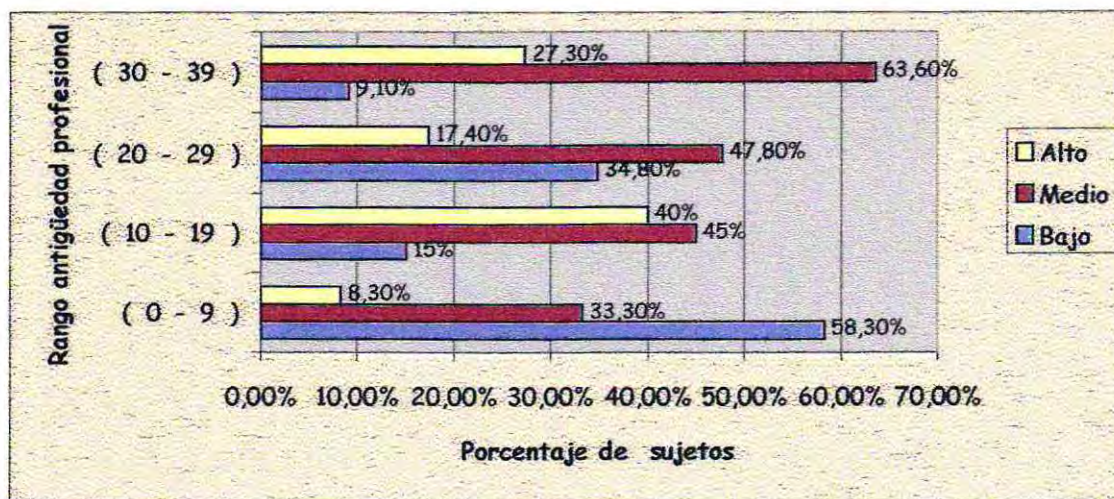
De los sujetos entre 0-9 años de antigüedad profesional, un 66,6% presenta baja degradación de la competencia profesional, mientras que sólo un 8,3% de ellos presenta un nivel medio en este último factor. De los sujetos ubicados entre 30-39 años de antigüedad profesional, un 36,3% de ellos presentan altos niveles de degradación de este tipo.

-Degradación de la autoimagen según antigüedad profesional

Tabla N°45: Clasificación de los sujetos en estudio según la degradación de la autoimagen, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias absolutas y porcentajes

Ant. Prof. / Degradación autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
(0 - 9)	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	12
(10 - 19)	3	15%	9	45%	8	40%	20
(20 - 29)	8	34,8%	11	47,8%	4	17,4%	23
(30 - 39)	1	9,1%	7	63,6%	3	27,3%	11

Gráfico N°25 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación de autoimagen, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



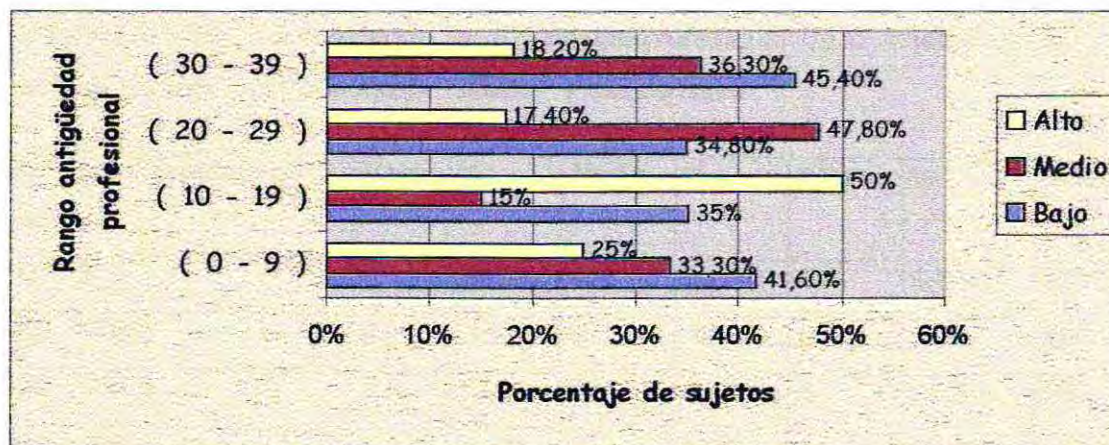
De los sujetos con antigüedad profesional entre 0-9 años, un 58,3% presenta un bajo nivel de deterioro de su autoimagen, mientras que sólo un 8,3% de ellos presenta una alta degradación de esta última. De los que se ubican en un rango de antigüedad profesional entre 10-19 años, un 40 % de ellos presentan un alto nivel en este factor, mientras que de los que se ubican en un rango entre 30-39 años, un 63,6 % presentan un nivel medio de degradación de la autoimagen, mientras que el 27,3% de ellos presentan un alto nivel de degradación en este factor.

-Dificultades relaciones interpersonales según antigüedad profesional

Tabla N°46 : Clasificación de los sujetos en estudio según las dificultades en las relaciones interpersonales , considerando la antigüedad profesional de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Prof / Dif.relaciones interpersonales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	5	41,6%	4	33,3%	3	25%	12
(10 - 19)	7	35%	3	15%	10	50%	20
(20 - 29)	8	34,8%	11	47,8%	4	17,4%	23
(30 - 39)	5	45,4%	4	36,3%	2	18,2%	11

Gráfico N°26: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de dificultades de relaciones interpersonales, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



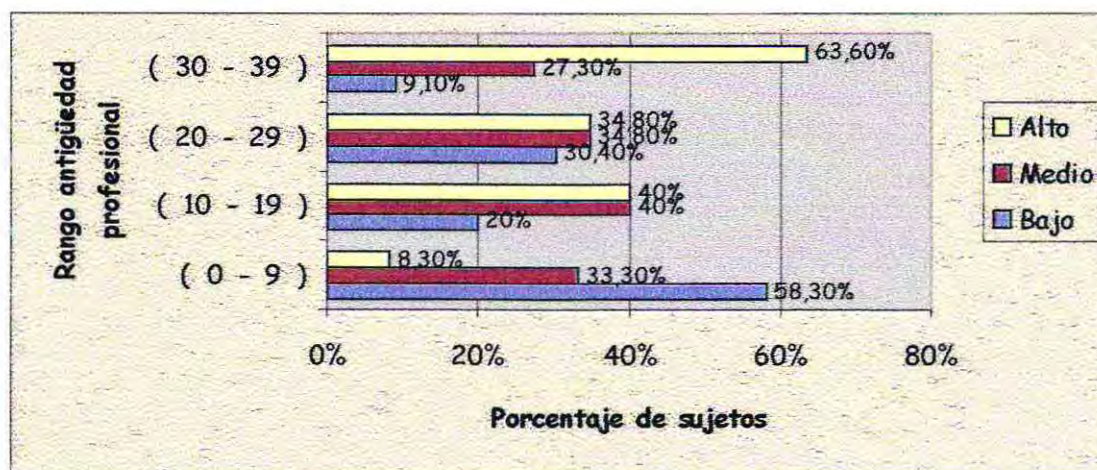
De los sujetos que se ubican en un rango de antigüedad profesional entre 10 - 19 años, un 50% presenta un alto nivel de dificultades en sus relaciones interpersonales, mientras que los que se ubican en el rango 20-29 años de antigüedad profesional, un 47,8% presentan un nivel medio de dificultades en este factor, mientras que sólo un 17,4% presenta un alto nivel de dificultades en sus relaciones interpersonales.

-Trastornos físicos según antigüedad profesional

Tabla N°47: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los trastornos físicos, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Prof / Trastornos físicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	12
(10 - 19)	4	20%	8	40%	8	40%	20
(20 - 29)	7	30,4%	8	34,8%	8	34,8%	23
(30 - 39)	1	9,1%	3	27,3%	7	63,6%	11

Gráfico N°27 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de trastornos físicos, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra



De los sujetos con antigüedad profesional entre 0-9 años, un 58,3% presenta un bajo nivel de trastornos físicos y sólo un 8,3% de ellos, presenta un alto nivel de este tipo de trastornos. De los que tienen una antigüedad profesional entre 10-19 años, un 40% de ellos tienen un nivel alto de trastornos físicos. De los que tienen una rango de antigüedad entre 30 -39 años, un 63,6 % tienen un alto nivel de trastornos, y sólo un 9,1% presenta un bajo nivel de este tipo de trastornos.

-Trastornos conductuales según antigüedad profesional

Tabla N°48: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según los trastornos conductuales, considerando la antigüedad profesional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias absolutas y porcentajes

Ant. Profesional / Trastornos conductuales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	4	50%	2	16,6%	4	33,3%	12
(10 - 19)	7	35%	5	30%	7	35%	20
(20 - 29)	13	56,5%	6	26,1%	4	17,4%	23
(30 - 39)	3	27,3%	4	36,3%	4	36,3%	11

De los sujetos con antigüedad profesional entre 20-29 años, un 56,5% tiene bajo nivel de trastornos conductuales, mientras que sólo un 17,4% de ellos presenta un alto nivel de este tipo de trastornos.

3.2.2 Síndrome de burnout según antigüedad institucional

3.2.2.1 Nivel total del síndrome según antigüedad institucional

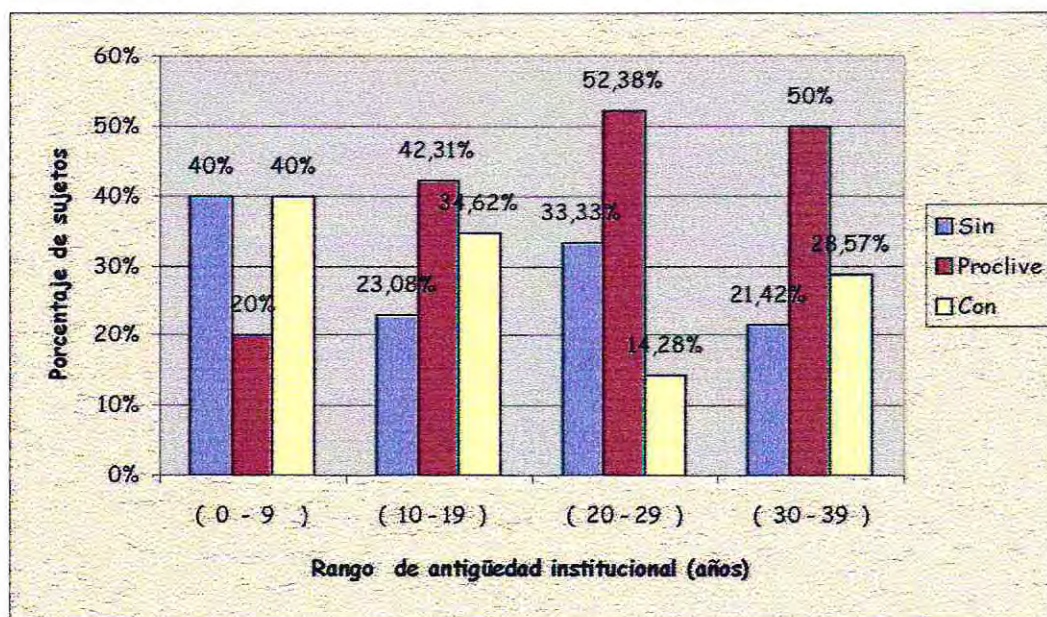
Tabla N°49: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra. Valores en frecuencias absolutas

Antigüedad Institucional Nivel	Sin	Proclive	Con
(0 - 9)	2	1	2
(10 - 19)	6	11	9
(20 - 29)	7	11	3
(30 - 39)	3	7	4
Total	18	30	18

Tabla N°50 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra. Valores en porcentajes

Antigüedad Institucional/Nivel	Sin	Proclive	Con
(0 - 9)	40%	20%	40%
(10 - 19)	23,08%	42,31%	34,62%
(20 - 29)	33,33%	52,38%	14,28%
(30 - 39)	21,42%	50%	28,57%

Gráfico N° 28 : Porcentaje de sujetos en estudio según los niveles en el síndrome de burnout, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra.



De los 26 sujetos con una antigüedad institucional entre 10 y 19 años, 42,31% son proclives al burnout, un 34,62% padece el síndrome y sólo un 23,08% no presenta este último. De los 21 sujetos que trabajan en la institución entre un rango de 20 y 29 años atrás, un 52,38% son proclives al burnout, un 33,33% no presentan el síndrome y sólo un 14,28% padece de él.

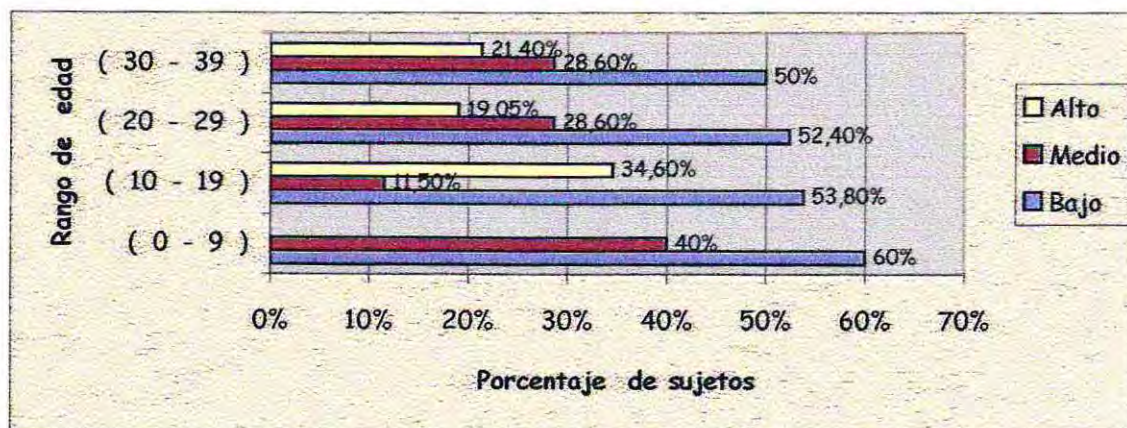
3.2.2.2 Nivel de los factores del síndrome de burnout según antigüedad institucional

-Fuentes de tensión según antigüedad institucional

Tabla N°51: Clasificación de los sujetos en estudio según las fuentes de tensión, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra

Ant. Inst. / Fuentes tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	3	60%	2	40%	0	0%	5
(10 - 19)	14	53,8%	3	11,5%	9	34,6%	26
(20 - 29)	11	52,4%	6	28,6%	4	19,05%	21
(30 - 39)	7	50%	4	28,6%	3	21,4%	14

Gráfico N°29 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de fuentes de tensión, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra



De los sujetos entre 10-19 años de antigüedad institucional, un 34,6% tiene la percepción de altas fuentes de tensión, mientras que el 11,5% de ellos tienen una percepción media de estas últimas. De los que tienen una antigüedad institucional entre 20- 29 años, un 52,4% tiene una percepción de bajos niveles de fuentes de tensión, y sólo el 19,05% de ellos tiene alta percepción de estas últimas.

-Insatisfacción laboral según antigüedad institucional

Tabla N°52 : Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según la insatisfacción laboral, considerando la antigüedad institucional de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes.

Ant. Inst/ Insatisfacción laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	2	40%	2	40%	1	20%	5
(10 - 19)	6	23,1%	10	38,5%	10	38,5%	26
(20 - 29)	8	38,1%	6	28,6%	7	33,3%	21
(30 - 39)	4	28,6%	7	50%	3	21,4%	14

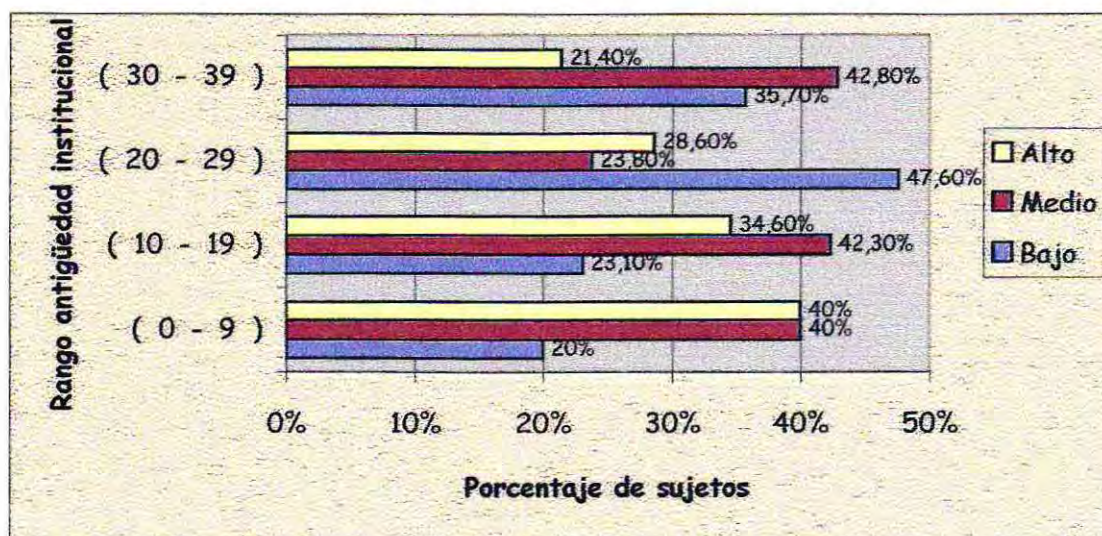
De los sujetos con antigüedad institucional entre 10-19 años, un 38,5% tiene una alta insatisfacción laboral, mientras que un 23,1% de ellos tiene niveles bajos en este factor. De los sujetos con antigüedad institucional entre 30-39 años, un 50% tiene un nivel medio de insatisfacción, y sólo un 21,4% de ellos tiene un alto nivel de insatisfacción.

-Agotamiento emocional según antigüedad institucional

Tabla 53: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según el agotamiento emocional, considerando la antigüedad institucional de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Inst / Agotamiento emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
(0 - 9)	1	20%	2	40%	2	40%	5
(10 - 19)	6	23,1%	11	42,3%	9	34,6%	26
(20 - 29)	10	47,6%	5	23,8%	6	28,6%	21
(30 - 39)	5	35,7%	6	42,8%	3	21,4%	14

Gráfico 30: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de agotamiento emocional, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra



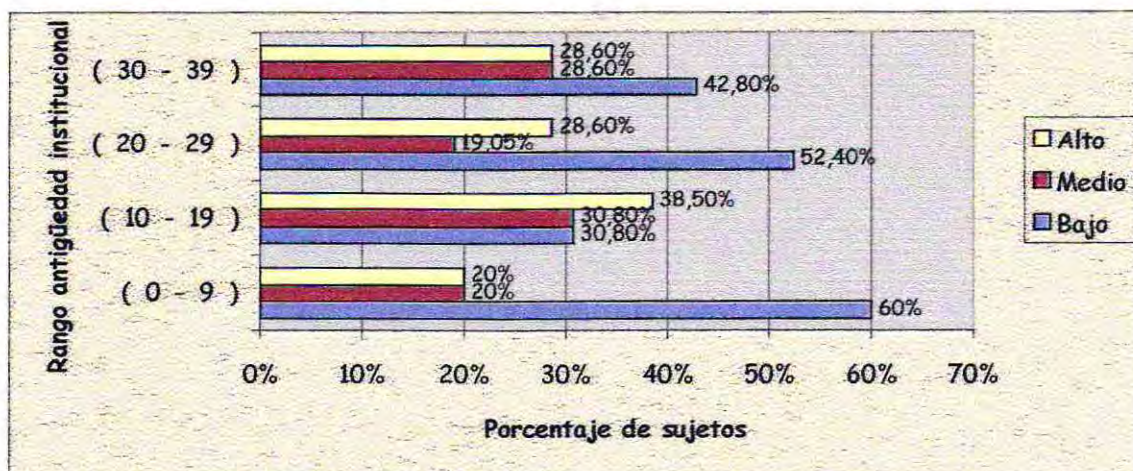
De los 5 sujetos con antigüedad institucional entre 0-9 años, un 40% tiene niveles altos de agotamiento emocional. De los que se ubican en el rango entre 10-19 años, un 42,3% y un 34,6% presentan niveles medios y altos de agotamiento emocional respectivamente. De los que tienen entre 20-29 años de antigüedad institucional, un 47,6% de ellos presentan un bajo nivel de agotamiento emocional.

-Degradación de la competencia profesional según antigüedad institucional

Tabla N°54: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según degradación de la competencia profesional, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Inst / Degr. Comp. Profesional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	3	60%	1	20%	1	20%	5
(10 - 19)	8	30,8%	8	30,8%	10	38,5%	26
(20 - 29)	11	52,4%	4	19%	6	28,6%	21
(30 - 39)	6	42,8%	4	28,6%	4	28,6%	

Gráfico N°31 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación de la competencia profesional, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra



De los sujetos en estudio con antigüedad institucional entre 10-19 años, un 38,5% presenta niveles altos de degradación en la competencia profesional ; mientras que los que se ubican en el rango entre 20-29 años de antigüedad institucional, un 52,4% presentan niveles bajos de degradación en este factor.

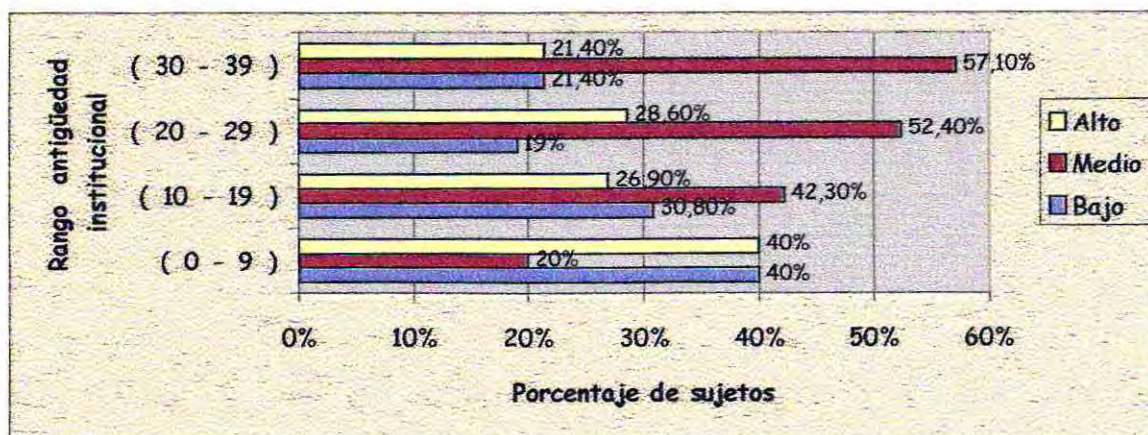
-Degradación de la autoimagen según antigüedad institucional

Tabla N°55: Clasificación de los sujetos en estudio según la degradación de la autoimagen, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra.

Valores en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Inst / Degr. Autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	2	40%	1	20%	2	40%	5
(10 - 19)	8	30,8%	11	42,3%	7	26,9%	26
(20 - 29)	4	19%	11	52,4%	6	28,6%	21
(30 - 39)	3	21,4%	8	57,1%	3	21,4%	14

Gráfico N°32: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de degradación de la autoimagen, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra



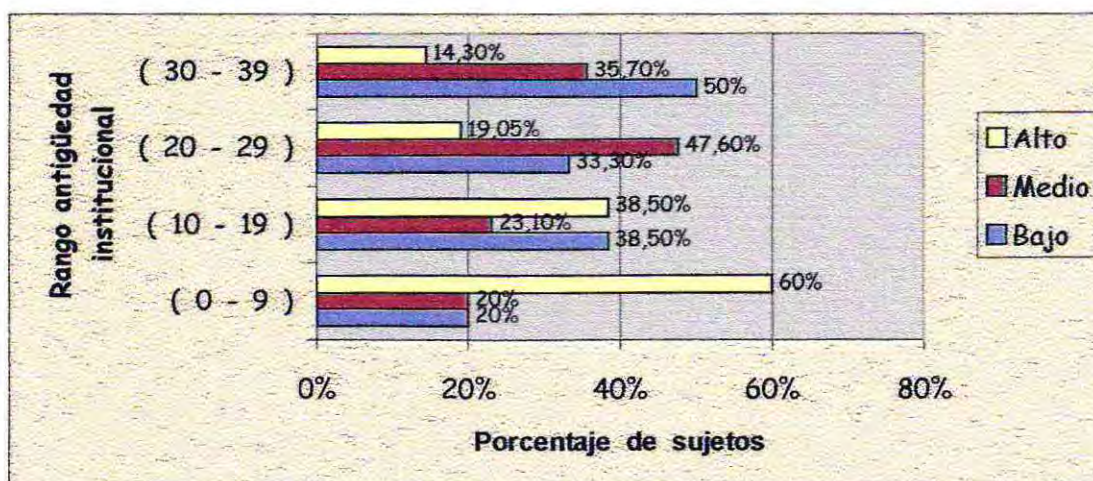
De los sujetos con antigüedad institucional entre 0-9 años, un 40% presenta un alto degradación en su autoimagen, así como de los que tienen una antigüedad entre 10-19 años, un 42,3% presenta un nivel medio de degradación en su autoimagen y un 30,8% tienen un bajo nivel de degradación en esta última.

-Dificultades en las relaciones interpersonales según antigüedad institucional

Tabla N°56: Clasificación de los sujetos en estudio según las dificultades en las relaciones interpersonales, considerando la antigüedad institucional de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Ant. Inst / Degr.	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Ralaciones interpersonales							
(0 - 9)	1	20%	1	20%	3	60%	5
(10 - 19)	10	38,5%	6	23,1%	10	38,5%	26
(20 - 29)	7	33,3%	10	47,6%	4	19,05%	21
(30 - 39)	7	50%	5	35,7%	2	14,3%	14

Gráfico N°32 : Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de dificultades en las relaciones interpersonales, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra



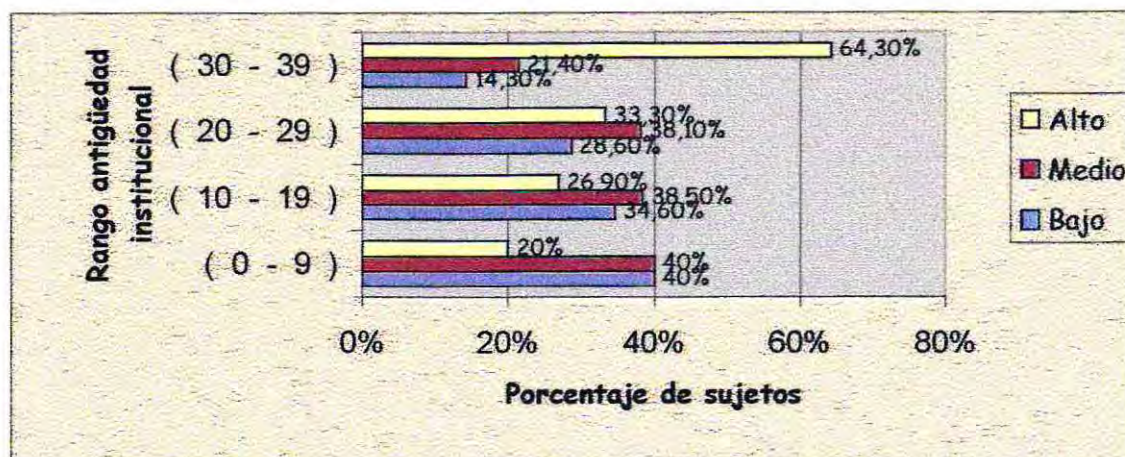
De los sujetos con antigüedad institucional entre 10-19 años, un 38,5% presenta un alto nivel de dificultades en las relaciones interpersonales. De los ubicados en el rango de 20-29 años, un 47,6% presenta un nivel medio de dificultades en estas mismas; mientras que de los sujetos con una antigüedad institucional entre 30-39 años, un 50% presenta un bajo nivel de dificultades en sus relaciones interpersonales.

-Trastornos físicos según la antigüedad institucional

Tabla N°57: Clasificación de los sujetos en estudio según los trastornos físicos, considerando la antigüedad institucional de los sujetos de la muestra. Valores en frecuencias brutas y frecuencias

Ant. Inst. / Trastornos físicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	2	40%	2	40%	1	20%	5
(10 - 19)	9	34,6%	10	38,5%	7	26,9%	26
(20 - 29)	6	28,6%	8	38,1%	7	33,3%	21
(30 - 39)	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14

Gráfico N°33 Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de trastornos físicos, considerando institucional de los sujetos de la muestra



De los 14 sujetos en estudio con antigüedad institucional entre 30 - 39 años, un 64,3% presenta alto niveles de trastornos físicos, mientras que sólo un 14,3% de ellos, presentan bajos niveles en este tipo de trastornos.

-Trastornos conductuales según antigüedad institucional

Tabla 58 : Clasificación de los sujetos en estudio según los trastornos conductuales, considerando la antigüedad institucional de lo sujetos de la muestra. Valores en frecuencias absolutas y porcentajes

Ant. Inst / Trastornos conductuales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
(0 - 9)	2	40%	1	20%	2	40%	5
(10 - 19)	10	38,5%	7	26,9%	9	34,6%	26
(20 - 29)	12	57,1%	6	28,6%	3	14,3%	21
(30 - 39)	5	35,7%	4	28,6%	5	35,7%	14

De los sujetos con una antigüedad institucional entre 20-29 años, un 57,1% presenta niveles bajos de trastornos conductuales, mientras que sólo un 14,3% tienen altos niveles de este tipo de trastornos.

3.2.3 Síndrome de burnout según tipo de contrato laboral

3.2.3.1 Nivel total de burnout según tipo de contrato laboral

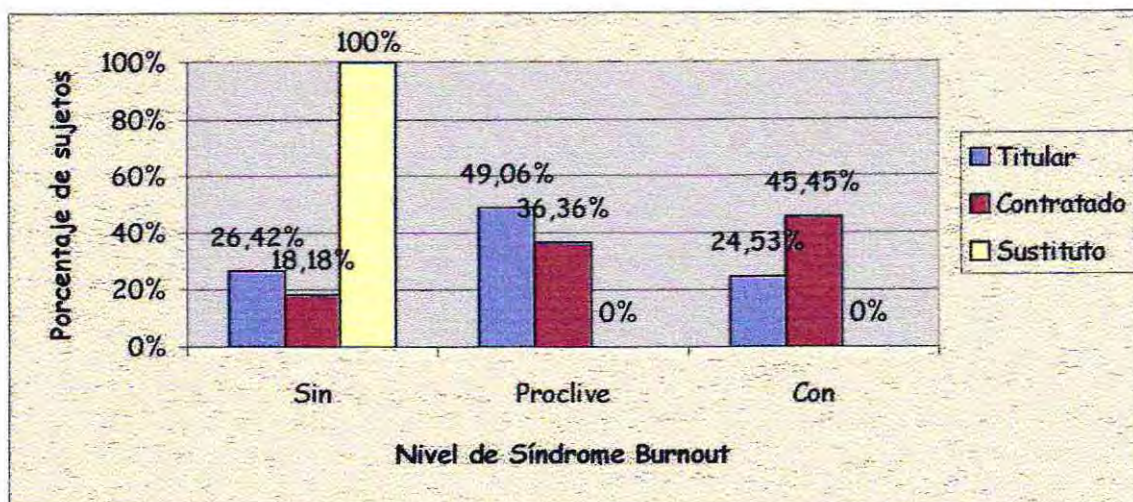
Tabla N°59 : Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout , considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra. Valores en frecuencias brutas

Tipo de contrato/Nivel	Sin	Proclive	Con	Total
Titular	14	26	13	53
Contratado	2	4	5	11
Sustituto	2	0	0	2
Total	18	30	18	66

Tabla N°60: Clasificación de los sujetos en estudio según los niveles de burnout , considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra. Valores en porcentajes

Tipo de contrato / Nivel	Sin	Proclive	Con	Total
Titular	26,4%	49,06%	24,53%	100%
Contratado	18,1%	36,36%	45,45%	100%
Sustituto	100%	0%	0%	100%

Gráfico N°59 : Porcentaje de sujetos en estudio según los niveles de burnout, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra.



De los 53 sujetos del estudio con contrato titular, un 49,06% son proclives al burnout, un 26,42% no presenta el síndrome y un 24,53% de ellos padece de él. De los 11 sujetos contratados, un 45,45% presenta burnout, un 36,36% es proclive a presentar el síndrome y sólo un 18,18% de ellos no padece del síndrome.

3.2.3.2 Nivel por factores de burnout según tipo de contrato laboral

-Fuente de tensión según tipo de contrato laboral

Tabla N°61: Clasificación de los sujetos en estudio según las fuentes de tensión, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra. Valores en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Fuentes tensión	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Titular	27	50,9%	11	20,8%	15	28,3%	53
Contratado	6	54,5%	4	36,3%	1	9,1%	11
Sustituto	2	100%	0	0%	0	0%	2

De los sujetos con contrato titular y contratados, un 50,9% y un 54,5% de ellos tienen una baja percepción de las fuentes de tensión, respectivamente. De los

contratados, además, sólo un 9,1% tienen una percepción de altas fuentes de tensión.

- Insatisfacción laboral según tipo de contrato

Tabla N°62: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según la insatisfacción laboral, considerando el tipo de contrato de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Insatisfacción laboral	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Titular	16	30,2%	19	35,8%	18	34%	53
Contratado	2	18,2%	6	54,5%	3	27,3%	11
Sustituto	2	100%	0	0%	0	0%	2

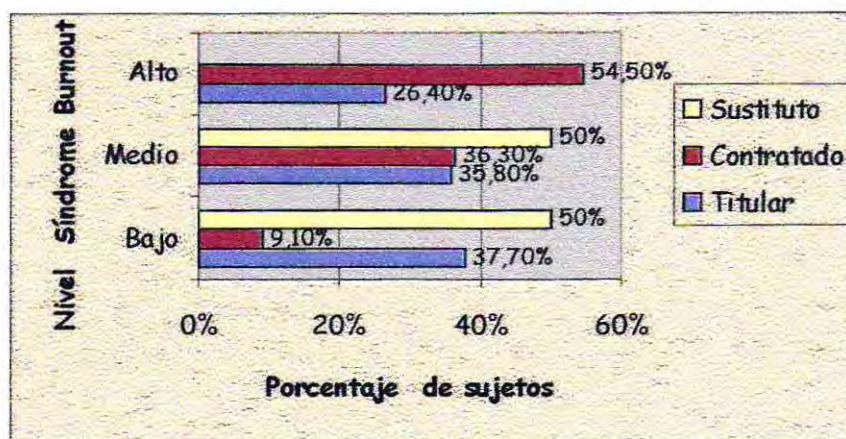
Un 30,2% de los sujetos titulares en estudio, presenta un nivel de baja insatisfacción laboral. De los 11 sujetos contratados de la muestra, un 54,5% presenta un nivel medio de insatisfacción, y sólo un 18,2% de ellos muestra un nivel bajo de esta última.

-Agotamiento emocional según el tipo de contrato

Tabla 63: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según el agotamiento emocional, considerando el tipo de contrato de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Agotamiento emocional	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Titular	20	37,7%	19	35,8%	14	26,4%	53
Contratado	1	9,1%	4	36,3%	6	54,5%	11
Sustituto	1	50%	1	50%	0	0%	2

Gráfico N°34: Porcentaje de sujetos en estudio según niveles de agotamiento emocional, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra.



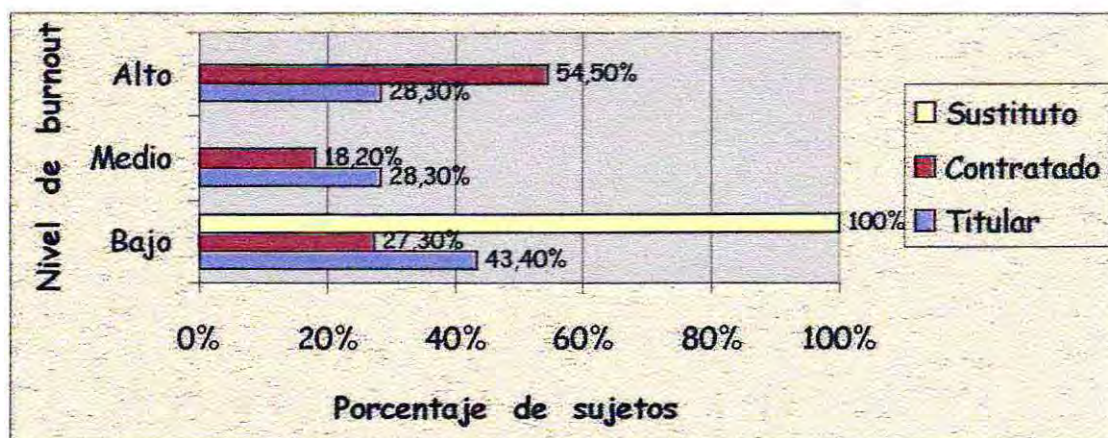
De los sujetos titulares, un 37,7% tiene un bajo agotamiento emocional, mientras que sólo un 26,4% de ellos tienen un alto agotamiento emocional. De los 11 sujetos en estudio contratados, un 54,4% tiene alto agotamiento emocional, y sólo el 9,1% de ellos tienen un bajo nivel en este factor.

-Degradación de la competencia profesional, según el tipo de contrato

Tabla N°64: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según la degradación de la competencia profesional, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Degr. Comp.	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Profesional							
Titular	23	43,4%	15	28,3%	15	28,3%	53
Contratado	3	27,3%	2	18,2%	6	54,5%	11
Sustituto	2	100%	0	0%	0	0%	2

Gráfico N°35: Porcentaje de sujetos en estudio según la degradación de la competencia profesional, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra



De los 53 sujetos con contrato titular, un 43,4% tiene un bajo nivel de degradación de competencia profesional; a su vez, de los 11 sujetos de situación contractual contratados, un 54,5% de ellos tienen un alto nivel de degradación de la competencia profesional.

-Degradación de la autoimagen según el tipo de contrato

Tabla N°65: Clasificación de las frecuencias de los sujetos en estudio según la degradación de la autoimagen, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Det. Autoimagen	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Titular	13	24,5%	28	52,8%	12	22,6%	53
Contratado	5	45,4%	3	27,3%	3	27,3%	11
Sustituto	1	50%	0	0%	1	50%	2

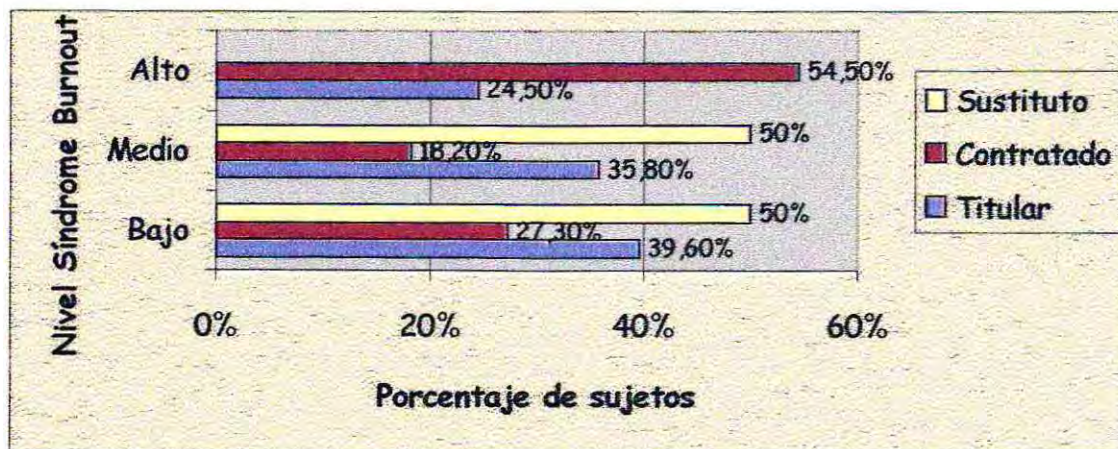
De los sujetos en estudio titulares, un 52,8% tiene un nivel medio de deterioro de la autoimagen, así como un 45,4% de los sujetos en estudio contratados, tienen un bajo nivel de deterioro de su autoimagen.

-Dificultades en las relaciones interpersonales según tipo de contrato

Tabla N°66: Clasificación de los sujetos en estudio según la dificultades en las relaciones interpersonales, considerando el tipo de contrato de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Det.	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Relaciones interpersonales							
Titular	21	39,6%	19	35,8%	13	24,5%	53
Contratado	3	27,3%	2	18,2%	6	54,5%	11
Sustituto	1	50%	1	50%	0	0	2

Gráfico N°36: Porcentaje de sujetos en estudio según las dificultades en las relaciones interpersonales, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra.



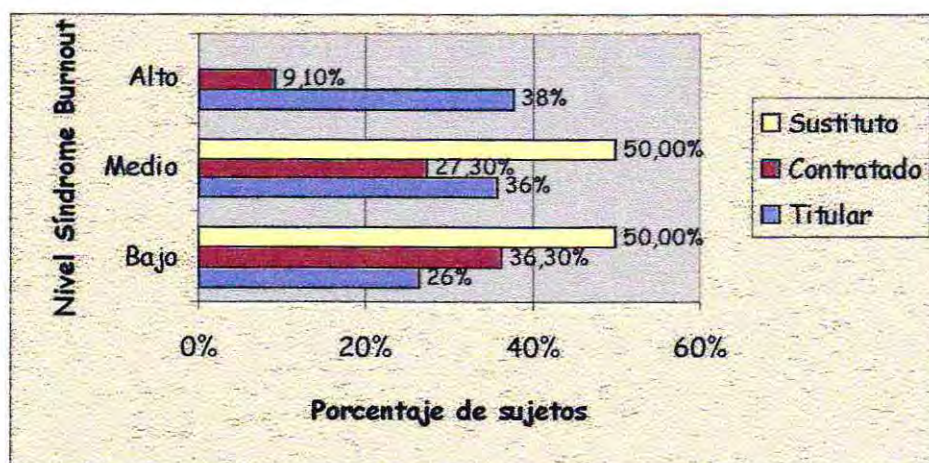
De los 53 sujetos con contrato titular , un 24,5% presenta altos niveles de dificultades en las relaciones interpersonales, mientras que de los 11 sujetos contratados, un 54,5% de ellos presenta un nivel alto en este factor del burnout. Además , los sujetos titulares tienden a concentrarse en el nivel bajo de dificultades interpersonales (39,6%).

-Trastornos físicos según tipo de contrato

Tabla N°67: Clasificación de los sujetos en estudio según los trastornos físicos, considerando el tipo de contrato de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Trastornos Físicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	TOTAL
Titular	14	26,4%	19	35,%8	20	37,7%	53
Contratado	4	36,3%	3	27,3%	1	9,1%	11
Sustituto	1	50%	1	50%	0	0%	2

Gráfico N°37 : Porcentaje de sujetos en estudio según los trastornos físicos, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra.



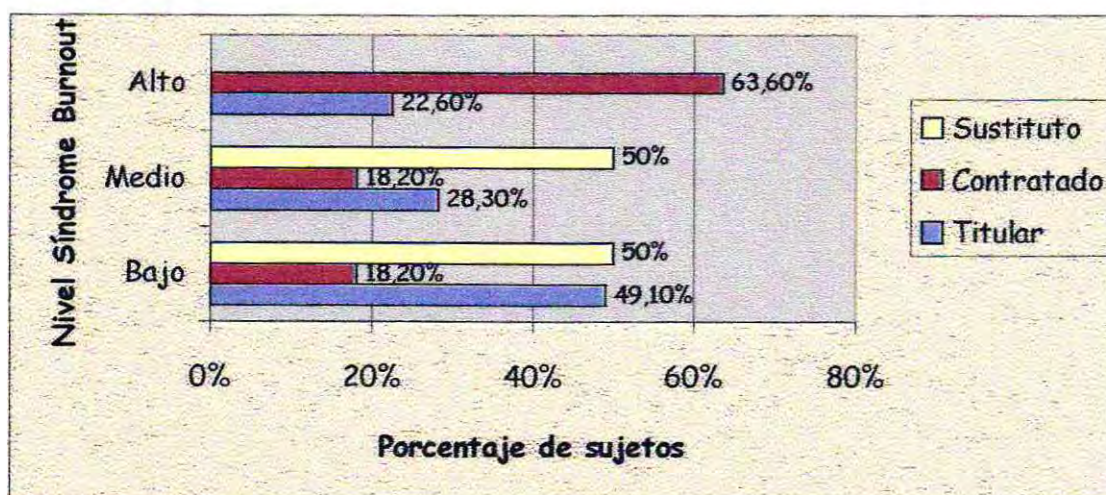
De los sujetos titulares, un 37,7% (38% aprox.) tiene un alto nivel de trastornos físicos, mientras que sólo un 26,4% presenta un nivel bajo en este tipo de trastornos. De los 11 sujetos en estudio contratados, un 45,4% de ellos tienen un nivel bajo de trastornos físicos.

-Trastornos conductuales según tipo de contrato

Tabla N°68 : Clasificación de los sujetos en estudio según los trastornos conductuales, considerando el tipo de contrato de lo sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

T.contrato / Trastornos conductuales	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Titular	26	49,1%	15	28,3%	12	22,6%	53
Contratado	2	18,2%	2	18,2%	7	63,6%	11
Sustituto	1	50%	1	50%	0	0%	2

Gráfico N°38: Porcentaje de sujetos en estudio según los trastornos conductuales, considerando el tipo de contrato de los sujetos de la muestra.



De los 53 sujetos titulares un 49,1% presenta bajo nivel de trastornos conductuales; de los contratados, en cambio, un 63,6% de ellos presentan un alto nivel de trastornos de este tipo.

4 Frecuencia del estatus de salud mental

4.1 Frecuencia de la sintomatología del estatus de salud mental

Tabla N°69: Clasificación de la frecuencias y porcentajes de sujetos según el nivel de trastorno depresivo, ansioso y somatomorfe que presentan los sujetos de la muestra. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Tipo trastorno / Nivel de trastorno	Sin		Probable		Con	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trastorno Depresivo	41	62,2	24	36,36	1	1,52
Trastorno Ansioso	55	83,3	5	7,57	6	9,09
Trastorno Somatomorfe	54	81,81	10	15,5	2	3,03

4.2 Frecuencia de balance afectivo positivo del estatus de salud mental

Tabla N°70: Clasificación de sujetos en estudio según el grado de balance afectivo positivo. Valores expresados en frecuencias brutas y porcentajes

Balance Afectivo Positivo	N°	%
Bajo	22	33,3
Alto	44	66,6
Total	66	100

ANALISIS CORRELACIONAL

Se presentan a continuación los resultados obtenidos al relacionar síndrome de burnout con la salud mental de los sujetos de la muestra. Para ello se utilizan las correlaciones entre síndrome de burnout con trastorno depresivo, con trastorno ansioso, con trastorno somatomorfo; y con balance afectivo positivo; utilizando el coeficiente de asociación Chi cuadrado. A continuación se muestra un cuadro resumen de las variables entre las cuales se buscará asociación:

Tabla N°70: Esquematización del cruce de variables llevado a cabo en la investigación

	Trastorno Depresivo	Trastorno Ansioso	Trastorno Simetomorfo	Balance Afectivo Positivo
Síndrome de Burnout	X	X	X	X

1 Correlación mediante prueba de asociación Chi cuadrado entre burnout y las variables : sintomatología (depresiva , ansiosa y somatomorfe) y balance afectivo positivo

A modo general se presenta la forma en que se presentan los resultados de las correlaciones

Primera Parte .

Para establecer las correlaciones entre las distintas variables de estudio se utiliza una prueba de asociación χ^2 .

Se deben seguir los siguientes pasos:

1. *Hipótesis de interés*

A manera de ejemplo se presenta las siguientes hipótesis de interés.

H_0 : No existe asociación entre la variable (i) y la variable (j).

H_1 : Existe asociación entre la variable (i) y la variable (j).

2. *Estadístico de prueba*

Donde,

O_i : es la frecuencia observada en la celda i.

E_i : es la frecuencia esperada en la celda i.

f_{xc} : es el número de celdas, se obtiene multiplicando el número de filas (f) por el número de columnas (c).

3. *Regla de decisión*

El estudio se realiza con un nivel de confianza de $(1-\alpha) = 0,95$, luego la región de rechazo para el estadístico $\chi^2 \sim \chi^2_{[\alpha, (f-1)*(c-1)]}$ está dada por,

$$RC = \left\{ \chi^2 / \chi^2 > \chi^2_{[\alpha, (f-1)*(c-1)]} \right\}$$

donde, χ^2 denota el valor del estadístico de prueba y $\chi^2_{[\alpha, (f-1)*(c-1)]}$ el cuantil de la distribución Chi- Cuadrado con un nivel de significancia del 5% y $(f - 1) * (c - 1)$ grados de libertad, donde f indica el número de categorías que tiene la variable (i) y c indica las categorías que tiene la variable (j).

Esta regla de decisión se utilizará en el análisis de la información, para todas las décimas de hipótesis presentadas en esta parte del estudio.

1.1- Correlación entre Síndrome de Burnout y Trastornos depresivos

1 Hipótesis de interés

H_0 : No existe asociación entre trastorno depresivo y síndrome de burnout.

H_1 : Existe asociación entre trastorno depresivo y síndrome de burnout

Tabla N° 72 : Frecuencias observadas considerando síndrome de burnout y trastornos depresivos. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Observadas	Trastorno Depresivo			Total
	Sin	Proclive	Con	
Síndrome de Burnout Sin	17	1	0	18
Probable	18	12	0	30
Con	6	11	1	18
Total	41	24	1	66

Tabla N° 73 : Frecuencias esperadas considerando síndrome de burnout y trastornos depresivos. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Esperadas	Trastorno Depresivo			Total
	Sin	Proclive	Con	
Síndrome de Burnout Sin	11,05	6,42	0,36	18
Probable	18,41	10,69	0,59	30
Con	11,05	6,42	0,36	18
Total	41	24	1	66

2 Estadístico de prueba

$$\chi^2 = 15,616$$

3.- Regla de decisión

$$R.C = \{ \chi^2 / \chi^2 > \chi^2_{(0.05;4)} \}$$

$$R.C = \chi^2 > 9,4877$$

Conclusión : El estadístico de prueba $\chi^2 \notin$ a R.C. por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia muestral suficiente para afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe correlación entre síndrome de burnout y trastorno depresivo.

1.2 Correlación entre Síndrome de Burnout y Trastorno Ansioso

1 Hipótesis de interés

H₀: No existe asociación entre trastorno ansioso y síndrome de burnout.

H₁: Existe asociación entre trastorno ansioso y síndrome de burnout

Tabla N°74 : Frecuencias observadas considerando síndrome de burnout y trastorno ansioso. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Observadas	Trastorno Ansioso			Total
	Sin	Proclive	Con	
Sin	18	0	0	18

Probable	27	3	0	30
Con	10	2	6	18
Total	55	5	6	66

Tabla N°75 : Frecuencias esperadas considerando síndrome de burnout y trastorno ansioso. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Esperadas	Trastorno Ansioso			Total
	Sin	Proclive	Con	
Síndrome de Burnout				
Sin	14,79	1,43	1,60	18
Probable	24,65	2,38	2,67	30
Con	14,79	1,43	1,60	18
Total	55	5	6	66

2 Estadístico de prueba

me

$$\chi^2 = 20,66$$

3.- Regla de decisión

$$R.C = \{ \chi^2 / \chi^2 > \chi^2_{(0,05;4)} \}$$

$$R.C = \chi^2 > 9,4877$$

Conclusión : El estadístico de prueba $X^2 \notin$ a R.C. por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia muestral suficiente para afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe correlación entre síndrome de burnout y trastorno ansioso.

1.3 Correlación entre Síndrome de Burnout y Trastorno Somatomorfe

1) Hipótesis de interés

H_0 : No existe asociación entre trastorno somatomorfe y síndrome de burnout.

H_1 : Existe asociación entre trastorno somatomorfe y síndrome de burnout

Tabla N°76 : Frecuencias observadas considerando síndrome de burnout y trastorno somatomorfe. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Observadas	Trastorno Somatomorfe			Total
	Sin	Proclive	Con	
Síndrome de Burnout				
Sin	17	1	0	18
Probable	29	1	0	30
Con	8	8	2	18
Total	54	10	2	66

Tabla N°77 : Frecuencias esperadas considerando síndrome de burnout y trastorno somatomorfe. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Esperadas	Trastorno Somatomorfe			Total
	Sin	Proclive	Con	
Síndrome de Burnout				
Sin	14,61	2,67	0,53	18
Probable	24,35	4,46	0,89	30
Con	14,6	2,67	0,53	18
Total	54	10	2	66

2.- Estadístico de prueba

$$\chi^2 = 24,11$$

3.- Regla de decisión

$$R.C = \{ \chi^2 / \chi^2 > \chi^2_{(0.05; 4)} \}$$

$$R.C = \chi^2 > 9,4877$$

Conclusión : El estadístico de prueba $\chi^2 \notin$ a R.C. por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia muestral suficiente para afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe correlación entre síndrome de burnout y trastorno somatomorfe.

1.4 Correlación entre Síndrome de Burnout y Balance Afectivo Positivo

1 Hipótesis de interés

H_0 : No existe asociación entre balance afectivo positivo y síndrome de burnout.

H_1 : Existe asociación entre trastorno balance afectivo positivo y síndrome de burnout

Tabla N°78 : Frecuencias observadas considerando síndrome de burnout y el balance afectivo positivo. Valores expresados en frecuencias absolutas

Frecuencias Observadas	Nivel de Balance		Total
	Bajo	Alto	
Sin	1	17	18
Probable	9	21	30
Con	12	6	18
Total	22	44	66

Tabla N°79 : Frecuencias esperadas considerando síndrome de burnout y trastorno somatomorfe. Valores expresados en frecuencias brutas

Frecuencias Esperadas	Nivel de Balance		Total
	Bajo	Alto	
Sin	5,88	11,76	18
Probable	9,80	19,76	30
Con	5,88	11,76	18
Total	22	44	66

2.- *Estadístico de prueba :*

$$\chi^2 = 15,74$$

3.- *Regla de decisión :*

$$R.C = \{ \chi^2 / \chi^2 > \chi^2_{(0.05;2)} \}$$

$$R.C = \chi^2 > 5,99$$

Conclusión : El estadístico de prueba $\chi^2 \notin$ a R.C. por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia muestral suficiente para afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe correlación entre síndrome de burnout y balance afectivo positivo.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

1 Conclusiones y Discusión

Objetivo 1.1 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) de los técnicos profesionales en estudio

Objetivo 1.1.1 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según la edad de los técnicos profesionales en estudio

Respecto a la característica de la muestra edad, se analizarán solamente los rangos de edad comprendidos entre los (30- 39) años, (40-49) años y (50-59) años, por ser en estos tres intervalos de edad donde se encuentran la mayor cantidad de sujetos en estudio (95% de la muestra).

Es posible darse cuenta que, en su mayoría, los mayores porcentajes de sujetos que se clasifican dentro de la categoría alto nivel de burnout están ubicados en el rango de edad comprendido entre los (30-39) años. Del grupo de 21 técnicos que pertenecen a este intervalo de edad un 48% de ellos presentan el síndrome de burnout .; estos sujetos corresponden además a los sujetos más jóvenes del análisis. Estos resultados, coinciden con la bibliografía existente ; Whittick (1991) , Oehler (1991) ; Llopis et al (1993) han reconocido que la poca edad de las enfermeras está frecuentemente asociada al estrés o al burnout. Las razones para ello no radican en la edad en sí, sino más bien a

que esta última tiende a relacionarse altamente con la antigüedad profesional de los trabajadores ; esto quiere decir que a menor edad, menor es la antigüedad profesional de ellos. En este sentido estos autores (Whittick ,1991 ; Oehler, 1991 ; Llopis et al,1993) plantean que en la medida en que el trabajador aumenta su experiencia, el individuo adquiere mayor seguridad en la tarea, disminuyendo así la vulnerabilidad a la tensión laboral (Cherniss, 1982 ; Maslach, 1982 ; ambos en Filgueira , 1994). Sin embargo, considerando como antecedente que los técnicos paramédicos , por lo general, entran a las instituciones de salud a corta edad (lo cual se relaciona con los cortos períodos de tiempo que requieren de preparación académica) , podemos suponer que estos profesionales trabajan como técnicos hace períodos de tiempo que ,muy probablemente, oscilan entre los (5 -10) años., por lo que la explicación anterior no se adaptaría a la realidad.

Una explicación más viable podría ser que existe la expectativa social que alude a que es justamente en el periodo comprendido entre los (30-39) años de edad la etapa de la vida en la cual se debe alcanzar el máximo desarrollo profesional, lo cual podría ser internalizado por los sujetos hasta transformarse en un desafío personal . Dado a que en los técnicos es muy difícil el desarrollo profesional por las características propias de la profesión misma, tales como la falta de autonomía, la falta de oportunidades para progresar en la carrera, etc ; las personas de esta edad podrían estar desarrollando fuertes sentimientos de frustración, estos últimos resultan determinantes en la manifestación de síndrome (Edelwich y Brosky ,1980).

Ahora bien, una segunda explicación, basada nuevamente en el supuesto de que la edad suele relacionarse con la antigüedad profesional de las personas, es que los sujetos pertenecientes a este grupo de edad estén

presentando altos niveles de burnout como resultado la cantidad de tiempo que llevan exponiéndose de forma constante a situaciones altamente estresantes. En este sentido Pines; Aronson y Kafry (1981) plantean que el burnout es "un estado de agotamiento mental, emocional y físico causada por estar implicada la persona durante largos periodos a situaciones que le afectan emocionalmente ". Esta definición implica que el burnout no se presenta de forma abrupta, sino después de haber estado expuesta largos periodos de tiempo a factores estresantes. Ahora bien, Edelwich y Brosky (1980) proponen que todo individuo que presenta burnout atraviesa por 4 fases , una primera donde la persona se muestra altamente motivada, con elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de noción de peligro ; seguido por una segunda etapa en que comienza a aparecer frustración tras no cumplirse con las expectativas originales, una tercera etapa donde aparece gran frustración y en la cual comienzan a aparecer problemas emocionales, físicos y conductuales ; y una última donde aparece apatía como mecanismo de defensa y que sería análogo a la idea de despersonalización propuesta por Maslach (1981). Cada una de estas fases han sido denominadas por los autores como entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía, respectivamente. Según esta teoría, este grupo individuos se encontraría en la etapa de frustración, ello explicaría por qué , además de presentar burnout, presentan altos niveles en los factores agotamiento emocional, degradación de la competencia profesional, degradación de las relaciones interpersonales y trastornos conductuales. En el primer factor mencionado es posible notar que de los 21 sujetos que tienen edad en el rango comprendido entre (30-39) años de edad, un 43% de ellos presentan un alto agotamiento emocional, frente al 17% de los sujetos que tienen entre (40-49) años de edad y al 32% de lo que tienen entre (50-59) años de edad. Así

mismo, de los sujetos ubicados en este rango de edad un 38,1% tiene alta degradación de la competencia profesional (frente al 26% de los sujetos ubicados entre los 40-49 años, y al 32% de los que tienen entre (50-59) años), un 57,1% tiene altas dificultades en las relaciones interpersonales (frente al 8,9% de los que se ubican entre el rango de edad (40-49) años ,y al 26% de los que tienen entre (50-59) años), y un 43% de ellos tienen alto nivel de trastornos conductuales (en comparación al 13% de los que tienen entre (40-49) años de edad y al 32% de los que tienen entre (50-59) años de edad).

Objetivo 1.1.2 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según el sexo de los técnicos profesionales en estudio

En relación al sexo los resultados indican que las mujeres tienen en un mayor porcentaje niveles bajos de burnout, y en un menor porcentaje niveles altos. De esta forma se aprecia que un 22% de las mujeres presentan altos niveles de burnout en relación al 36% de los hombres ; así como un 32% de ellas presentan bajos niveles de burnout en comparación al 20% de los varones que se agrupan en este nivel del síndrome. Esta información difiere con la literatura revisada que muestra que son precisamente las mujeres las que presentan mayores niveles de burnout (Gould ,1985 ; Seidman y Zager,1991 ; Kushnir y Melamed,1992 ; Leiter, Clark y Durup , 1994), aún cuando Maslach y Jackson, (1985 ; en Filgueira , 1994) reconocen que las mujeres sobrellevan mejores las situaciones conflictivas en el trabajo. (1985 ; en Filgueira , 1994).

Las explicaciones para esta situación pueden relacionarse con la teoría de roles, de manera que, tal como se espera que la mujer se desarrolle en el ámbito del hogar, se espera que el hombre se desarrolle en el ámbito laboral. En base a la afirmación puede deducirse que un hombre es más valorado en la medida que es "exitoso" profesionalmente o en su ámbito laboral. En este sentido los trabajos más valorados para un hombre son los que le permiten tener un mejor estatus social y mayores recompensas económicas. Ahora bien, el trabajo de técnico paramédico, pese a su importante labor cualitativa, no dificulta al hombre tener un buen estatus social a lo cual se suma a las pocas recompensas económicas obtenidas como consecuencias a su arduo trabajo. Esta situación podría estar generando fuertes frustraciones en el grupo de varones de la muestra.

La segunda explicación a esta situación, relacionada con la anterior, alude a que las funciones de cuidado y ayuda están atribuidas socialmente a la mujer, razón por la cual el trabajo de técnico paramédico sería para las mujeres una prolongación de la actividad que realizan en sus hogares. Esto podría influir en que la prestación de este tipo de servicios sean más llevadera para las mujeres que para los hombres, a los cuales socialmente se le atribuyen otros tipo de funciones.

Las explicaciones anteriores ayudarían a entender por qué los hombres presentan además, altos índices en los factores de burnout, especialmente en fuentes de tensión, donde un 40% de la submuestra de varones muestra niveles altos en comparación al 14,6% de las mujeres que presentan este mismo nivel ; agotamiento emocional, donde nuevamente un 40 % de los hombres presentan niveles altos frente al 24% de las mujeres, resultado que coincide con la literatura que plantea que el agotamiento emocional se presenta con mayor

intensidad en los hombres que en las mujeres (Beck,1987 ; Reeve, 1998 ; Weyman, 1996) ; y, por último, la degradación de la competencia profesional, factor en el cual un 40% de los hombres presentan niveles altos en relación al 27% de las damas en estudio.

Este último factor se puede explicar debido a que los hombres como respuesta al estrés tienden a utilizar mecanismos de defensa intrapsíquicos. Uno de estos mecanismos es la evitación. En este sentido la degradación de la competencia profesional (deseos de abandonar el trabajo o de cambiar a otro puesto , etc). permitiría al sujeto, de una u otra forma, alejarse de la situación estresante.

Objetivo 1.1.3 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según el estado civil de los técnicos profesionales en estudio

Respecto al estado civil se analizan sólo las categorías solteros y casados dado a que este grupo representa el 92% de la muestra.

Se observa que la diferencia en la presencia de burnout no tiene mucha variación entre sujetos casados y solteros (26% de los primeros en comparación al 21 % de los segundos). La explicación para esta situación puede deberse a que la caracterización de la muestra se realizó en torno al estado civil de los sujetos del estudio sin considerar otras características como la presencia de pareja estable, presencia y cantidad de hijos, etc ; por lo que se estaría perdiendo importante información en lo que respecta al apoyo social familiar, el cual constituye el elemento central para explicar por qué el estado civil se relaciona con el síndrome de burnout.

Sin embargo , haciendo la revisión por factores del síndrome se obtienen algunas diferencias interesantes entre los grupos casados y solteros . Por ejemplo, existe mayor porcentaje de sujetos solteros que se manifiestan altamente insatisfachos con su trabajo, representando el 42% de esa submuestra frente al 29% de los sujetos casados ; esta tendencia tiende a repetirse en lo referente a la degradación de la competencia profesional. Una explicación puede ser que los sujetos solteros pueden estar más dispuestos a manifestar su disconformidad con el trabajo y a evidenciar de forma explícita el deterioro en la calidad de este último dado a que tienen "per se" menos responsabilidades y, por ende, menos necesidad de conservar su trabajo, lo cual los diferencia de los sujetos casados. No así, los sujetos casados presentan mayor cantidad de trastornos físicos (un 42% de los sujetos casados presentan altos niveles de trastornos físicos, mientras que de los solteros sólo un 16% presenta altos niveles en este factor), lo que puede ser una manifestación inconsciente (evidenciar implícitamente) de los mismos conflictos laborales.

Objetivo 1.2 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según características profesiográficas (antigüedad profesional, antigüedad institucional, tipo de contrato) de los técnicos profesionales en estudio

Objetivo 1.2.1 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según la antigüedad profesional de los técnicos profesionales en estudio

Al nivel general del síndrome de burnout, se ve que los sujetos que tienen menor porcentaje de éste último, son los que tienen una antigüedad profesional entre (0-9) años. Esta información contrasta con la bibliografía revisada que plantea que, precisamente, es en los primeros años profesionales donde tiende a manifestarse más el síndrome, las razones para ello tienen que ver con el enfrentamiento a la realidad a que se ven expuestos los profesionales. Cooper, por ejemplo, menciona que existe un periodo de sensibilización, debido a la cual habría unos años en que el profesional sería especialmente vulnerable al burnout. Estos serían los primeros años de la carrera profesional, porque sería el periodo en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia las prácticas cotidianas, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son las prometidas ni las esperadas (Cooper, Rout & Faragher, 1989). Sin embargo, la muestra en estudio tiene particularidades que ayudarían a entender por qué este grupo no sólo no presenta los índices más altos de burnout, sino que además por qué como grupo, son los que se ubican en menor porcentaje dentro de la categoría altos niveles de burnout, y en mayor porcentaje dentro de la categoría bajos niveles de burnout (8% y 58% respectivamente). En primer lugar, de los 12 sujetos que tienen una antigüedad profesional entre

(0-9) años, 10 de ellos (83,3%) trabajan en la institución psiquiátrica en un rango de tiempo que va desde los 10 a los 27 años ; esta situación implica, indudablemente, que estos sujetos conocen a cabalidad la realidad laboral en que se desempeñan los técnicos paramédicos de los respectivos hospitales psiquiátricos., razón por la cual , al desempeñarse como técnicos , no presentarían el "shock " con la realidad descrito por las teorías. Por otro lado, esta situación implica que este grupo se han especializado dentro de la institución, ascendiendo con ello en su posición jerárquica. Filgueira (1994) plantea que las variables intrínsecas o motivacionales relacionadas con el grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional, se relaciona con la vulnerabilidad al síndrome. De esta forma a mayor estimulación de las capacidades (dentro de lo que se incluye la promoción del personal) , menor la vulnerabilidad al síndrome. En este sentido Viera (1993) , analizando la calidad de vida de los enfermeros, identificó la falta de oportunidad para progresar en la carrera como un importante fuente de insatisfacción. Dentro de este contexto es muy probable, entonces, que la posibilidad de ascender dentro de su carrera profesional esté influyendo no tan sólo en que estos profesionales no presenten los niveles de burnout más altos dentro del total de la muestra en estudio, sino además en que, en su conjunto, sea sólo un 9 % de ellos los que presentan el síndrome.

Ahora bien , los individuos con en rango de antigüedad entre (10-19) años son los que presentan niveles más altos de burnout alcanzando el 50% de esa submuestra. La razón, y atendiendo a la misma lógica previa, puede ser que sólo el 15% de ellos se han profesionalizado de la forma descrita en el párrafo anterior y el 85% de ellos se han desempeñado como técnicos paramédicos durante toda su carrera, no visualizando ninguna posibilidad de

ascender. Este sentimiento de "estancamiento" podría estar influyendo, además, en que el 40% de este grupo de sujetos se presenten proclives al síndrome, representando, en su conjunto, el 90% de los sujetos que comprenden el rango de antigüedad (10-19) años.

Otra teoría interesante de destacar es la de Suran y Sherindan (1985). Según su planteamiento el burnout puede comprenderse a partir de las tensiones que deben resolverse en el desarrollo profesional. Haciendo una analogía con la teoría de Erickson propone cuatro fases en el desarrollo profesional. La primera denominada "la identidad v/s confusión de rol", etapa en la cual el profesional manifiesta un gran nivel de energía, identificándose plenamente con su trabajo y confundiendo los límites de su ejercicio. La segunda considera el conflicto de la "competencia v/s la insuficiencia", en la cual el profesional de la salud estaría en un estado ambivalente entre el entusiasmo por ejercer su labor y, a su vez, una pérdida de esperanza en la posibilidad de ayudar. La tercera etapa llamada "productividad v/s estancamiento", considera los sentimientos de frustración del personal de la salud por no poder tener éxito. Y la última, denominada "dedicación v/s desilusión", en la cual el profesional puede enfrentar la situación estresante en forma de una esperanza renovada o con una apatía aparente. Haciendo una analogía con la teoría de Edelwich y Brodsky (1980) se ve que esta descripción corresponde a las fases de entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En este sentido puede ser que justamente sea el periodo comprendido entre (10-19) años de antigüedad profesional donde se está resolviendo el conflicto "productividad v/s estancamiento" descrito por Suran y Sherindan.

Respecto a los factores del síndrome de burnout es de destacar que los sujetos pertenecientes al rango (10-19) años de antigüedad profesional son, además, los que tienen niveles más altos en los distintos factores del burnout.

En fuentes de tensión , por ejemplo, un 45% de este grupo presenta una percepción de altas fuentes de tensión (frente al 22% de la submuestra entre (20-29) años y al 18% de la submuestra entre (30-39 años)); en el factor insatisfacción laboral un 55% de ellos presenta altos niveles de insatisfacción (en comparación al 30% de la submuestra comprendida entre (20-29) años de antigüedad profesional y a la submuestra comprendida entre (30-39) años de antigüedad profesional); en agotamiento emocional se ve que un 40 % de esta submuestra presenta altos niveles de burnout (en comparación al 30% de los sujetos con antigüedad profesional entre 20-29 años y al 18% de los que tienen entre 30-39 años de antigüedad profesional), en deterioro de la autoimagen , los resultados indican que un 40% de estos sujetos tienen altos niveles de deterioro de la autoimagen (frente al 17% de la submuestra comprendida entre (20-29) años y al 27% de los que se ubican en el rango de antigüedad profesional entre (20-29) años); lo mismo ocurre con el factor dificultades en las relaciones interpersonales , donde un 50% de estos mismos presentan un alto nivel en las dificultades de estas últimas (en comparación al 17% de la submuestra de sujetos entre (20-29) años y al 18% de la submuestra de sujetos entre (30-39) años de antigüedad profesional).

El único factor que sigue un patrón distinto al anterior en relación a la antigüedad profesional es el de trastornos físicos. En éste último, se ve que los sujetos que presentan mayor porcentaje en la clasificación nivel alto de trastornos físicos, son los que tienen una antigüedad profesional entre (30-39) años. Esto podría relacionarse con el hecho que estos últimos sujetos son quienes, con mucha probabilidad, tienen más edad y que están, por tanto, más propensos por naturaleza a sufrir trastornos de este tipo.

Objetivo 1.2.2 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según la antigüedad institucional de los técnicos profesionales en estudio

El análisis de del síndrome de burnout en relación a la característica antigüedad institucional de los sujetos de la muestra tiene sentido en la medida en que ayuda tener una visión indirecta de las influencias que pudiese tener el conocimiento, acostumbramiento e interacción constante con la organización, tanto a nivel de su estructura, sus políticas y características propias de ella.

Una característica importante de las instituciones en estudio es que sus servicios están dirigidos a un tipo de paciente específico. En este sentido Grosh y Olsen plantean que cuando se trabaja con pacientes difíciles, limitrofes, aumenta la vulnerabilidad al síndrome de . En relación a lo anterior Farber (1983) menciona que existen factores del sistemas terapéutico que incidirían sobre el burnout. Algunos de estos factores , que se relacionan con la atención prestada al paciente psiquiátrico, son:

* Ambigüedad de rol, dado en que en las enfermedades psiquiátricas la mejora del paciente tiene límites difusos , habría falta de claridad sobre los criterios de éxito

* Sobrecarga de rol, que resultaría de que los pacientes psiquiátricos son pacientes muy demandantes de atención, a los cual se sumaría la reducción de los recursos humanos en las instituciones en estudio producto de la alta cantidad de licencias médicas que presentan los trabajadores y que obliga a sus compañeros a asumir las funciones que han quedado abandonadas, sin la adecuada recompensa económica.

* Sentimientos de insignificancia, recordando que los tratamientos psiquiátricos tienen un éxito inferior al de terapias de corte organiscista, por lo que es muy probable que estos trabajadores puedan sentir que pese a su duro trabajo, este último no tiene ninguna trascendencia.

A nivel total de burnout se ve que los sujetos que en más alto porcentaje padecen el síndrome son los que tienen una antigüedad institucional de (0-9) años, seguidos en forma decreciente por los de (10-19), y (30-39) y (20-29) años de antigüedad institucional (40%, 35%, 14% y 29% respectivamente). La explicación previamente dada, no explicaría por qué los sujetos de (30-39) presentaría más burnout que los de (20-29) años dado a que es precisamente este grupo los que tienen mayor conocimiento de la organización. Sin embargo, para entender esta situación es necesario comentar los factores del síndrome.

El análisis que sigue se hace en relación a los rangos de edad entre (10-19), (20-29) y (30-39) años de antigüedad institucional , por ser estos intervalos donde se concentra la mayoría de la muestra.

En relación a los factores del síndrome se observa que : en el factor fuentes de tensión un 34% de los sujetos que tienen una antigüedad institucional entre (10-19) años presentan niveles altos de burnout (en comparación al 19% de la submuestra entre (20-29) años y a al 21% de la comprendida entre (30-39) años de antigüedad profesional) ; el factor degradación de la competencia profesional muestra que el 39% de estos mismos muestra altos niveles de degradación en la competencia profesional (frente al 29% de las submuestras entre (20-29) y a la (30-39) años de antigüedad profesional) ; así también en el factor dificultades en las relaciones interpersonales donde un 39% de este

grupo muestra altos niveles de dificultades en estas últimas (en relación al 19% y al 14% obtenido en las submuestras entre (20-29) y entre (30-39) años de antigüedad profesional , respectivamente). Por último, los resultados indican que cerca del 64% de los sujetos que tienen una antigüedad profesional entre (30 - 39) años, tienen altos niveles de trastornos físicos, cifra notablemente superior a la obtenida por la submuestra entre (10-19) y a la comprendida entre (20-29) años de antigüedad profesional (27 % y 33% , respectivamente). En resumen, se puede observar que la categoría alto nivel de cada uno de los factores de burnout tiende a seguir la siguiente distribución : porcentaje más alto en la categoría alto nivel del factor en el rango de antigüedad institucional (10-19) años , tendiendo a disminuir en el rango de antigüedad institucional (20-29) años y tendiendo a disminuir o a estabilizarse aún más en el rango (30- 39) años. Esto es válido para todos los factores exceptuando para trastornos físicos y trastornos coinductuales . Como se explicó con anterioridad , puede ser que en la medida que el sujeto va conociendo la organización, se va adaptando a ella (también al trabajo), disminuyendo con ello el porcentaje de sujetos que presentan altos niveles en los factores del síndrome. Ahora bien , los sujetos con un rango de antigüedad institucional entre (30-39) años tienen considerablemente más trastornos físicos y conductuales que los con rangos menores de antigüedad profesional (ver gráfico N° 33 y tabla N°58), ambos en pág.139), esto puede deberse a que los trabajadores con el tiempo han aprendido que este tipo de trastornos son más "aceptables" dentro de la institución que otros padecimientos como irritabilidad, ansiedad, hastío, degradación de la competencia profesional, etc ; si bien también pueden tener el objetivo de evitar el estímulo estresante. Además la antigüedad institucional se asocia también a la edad de las personas, por lo cual los trastornos físicos

también se podrían asociar a este factor. Los altos niveles de trastornos físicos y conductuales podrían estar incidiendo de forma determinante para que este grupo presente más burnout que el grupo de (20-29) años de antigüedad profesional, a pesar de presentar niveles más altos de burnout por factor en un menor porcentaje.

Objetivo 1.2.3 : Identificar los niveles totales y por factores del síndrome de burnout en la muestra en estudio según el tipo de contrato de los técnicos profesionales en estudio

Los resultados en relación al tipo de contrato revelan que los sujetos contratados presentan los niveles más altos de burnout, alcanzando en este grupo un 45% de los sujetos que presentan el síndrome, mientras que de los sujetos con contrato titular sólo un 25% de ellos presentan este último. Esta situación pone en evidencia que la situación contractual puede ser un elemento importante en la manifestación del burnout. En este sentido autores como Wade, Cooley y Savicki (1986) plantean que cuando existe inseguridad económica, factor dentro del cual catalogan el contrato inestable, aumenta la vulnerabilidad a padecer burnout.

Ahora bien, si hacemos un revisión según los factores de burnout es posible notar que los sujetos contratados presentan niveles altos en agotamiento emocional (54% de ellos, mientras que de los titulares sólo un 27% de ellos presenta estos mismos niveles de burnout, tendiendo la mayoría de estos últimos a situarse dentro de los bajos niveles de agotamiento emocional (38%)); degradación de la competencia profesional, donde el 55% de los contratados presentan niveles altos de degradación en la competencia profesional, en comparación al 28% de los sujetos de la muestra titulares (de estos últimos en

43% se agrupa dentro de la categoría bajo nivel de degradación de competencia profesional) ; dificultades en las relaciones interpersonales (55% en comparación al 25% de los titulares) ; y trastornos conductuales (un 64% en comparación al 23% de los titulares). Sin embargo, dentro de los sujetos con alto trastornos físicos, un 38% corresponde a sujetos titulares y sólo un 9,1% a sujetos contratados.

Objetivo 2 : Relacionar el síndrome de burnout con la salud mental en un grupo de técnicos profesionales en un grupo de técnicos paramédico estudio.

Objetivo 2.1 : Relacionar el síndrome de burnout con los trastornos depresivos en grupo de técnicos de técnicos paramédico estudio.

La presencia de trastornos depresivos en la muestra en estudio es baja, no alcanzando al 2% de los sujetos, sin embargo, el 37% de la muestra si bien no presenta un trastorno depresivo manifiesto, presenta un trastorno depresivo probable. La asociación entre ambos fenómenos es positiva , es decir, que los sujetos que presentan burnout, tienden a presentar depresión, encontrándose un $p=0,005$. Así por ejemplo, es posible observar (ver tabla N°72, pág,152) que de los 18 sujetos que presentan burnout, 1 tienen además el síndrome y 11 se muestran proclives a él, así como de los 18 que no tienen el síndrome, 17 no tienen un trastorno depresivo y sólo 1 tiene un trastorno depresivo probable. Ahora bien, la asociación entre dichas variables ya ha sido mencionada por Maslach (1982) ; Jayaratne y Chess (1983) ; McIntee y Britton (1987) ; Kahill (1988) ; Lemkan et al (1988) ; Grenglass, Burke y Ondrack (1990) ; Burnke

y Richardsen (1991); Friedman (1991); Revicki, May y Whitley (1991); Huebner (1993).

Objetivo 2.2 : Relacionar el síndrome de burnout con los trastornos ansiosos en grupo de técnicos de técnicos paramédico estudio.

A nivel general, se ve que el 9% de los sujetos de la muestra presenta trastornos ansiosos, siendo este último notablemente superior a los otros trastornos en estudio (depresivo y somatomorfo), a lo que si le sumamos el 8% de sujetos que se encuentran con un probable trastorno ansioso, tenemos que el 17 % de la muestra en estudio presenta , al menos, un probable trastornos ansioso

El síndrome burnout se encuentra relacionado a trastornos ansiosos , encontrándose un $p = 0,001$. De esta manera , se aprecia que (ver taba N°74 , pág 153,154) de los 18 sujetos con burnout, 6 tienen un trastorno ansiosos y 2 un trastorno ansioso probable ; así como de los 18 que no tienen el síndrome ninguno tiene ni un trastorno ansioso ni un trastorno ansioso probable: Gold y Michael (1985); Fimian y Cross (1986); Lemkau et al (1988); y Friedman (1991) , plantean que el burnout se encuentra frecuentemente asociado a trastornos ansiosos, incluso hay autores que consideran la ansiedad como el mejor predictor del síndrome burnout (Grenglass, Burke y Ondrack, 1990).

Objetivo 2.3 : Relacionar el síndrome de burnout con los trastornos ansiosos en grupo de técnicos de técnicos paramédico estudio.

Ahora bien, los trastornos somatomorfos se presentan en un 3,% de la muestra, aunque existe un 16% que presenta un probable trastorno de este tipo. Estos últimos sujetos, si bien no manifiestan un trastorno como tal, presentan

sintomatología somatomorfe, la cual también podría presentar consecuencias organizacionales (en especial licencias médicas).

Este trastorno, también se encuentra relacionado altamente al burnout ($p=0,001$), de esta manera se observa que de los 18 sujetos que presentan burnout, 2 de ellos presentan además un trastorno somatomorfe y 8 un probable trastorno somatomorfo , así como de los 18 que no presentan el síndrome, 17 no presentan un trastorno ansioso y sólo 1 tiene un trastorno ansioso probable.

La sintomatología física del burnout ha sido ampliamente descrita por Golembieswski, Munzenrider y Stevenson (1984) ; Quick & Quick (1984) ; Freudenberger (1986) ; Kahill (1988) ; Lemkau, Purdy, Rafferty y Rudsill (1988) ; Grenglass, Burke y Ondrack (1990) ; García Izquierdo (1991^a) ; Burke (1993) ; y Ross (1993). Según estos autores el burnout puede manifestarse en diversas disfunciones de salud que no tienen síntomas específicos claros, tales como, dolor de espalda o de cabeza, úlceras, mareos, asma, hipertensión, insomnio, taquicardia.

Objetivo 2.4 : Relacionar el síndrome de burnout con el balance afectivo positivo en el grupo de técnicos de técnicos paramédico estudio

Se ha encontrado en esta investigación una correlación negativa entre el síndrome de burnout y el balance afectivo positivo, es decir, que a niveles más altos de burnout, menor el balance afectivo positivo.

Los resultados indican, por ejemplo, que de los 18 sujetos que no presentan el síndrome de burnout, 17 tienen un alto nivel de balance afectivo , y sólo uno de ellos presenta un bajo nivel de este último. De los 30 sujetos proclives al síndrome de burnout, 21 de ellos presentan un alto balance positivo de afectos y sólo 9 de ellos tienen un bajo balance positivo de afecto. Este

último dato es interesante ya que podría indicar que el balance positivo de afectos es un importante mediador en la no manifestación completa del síndrome. Por último de los 18 sujetos que presentan el síndrome de burnout, 12 de ellos presentan un bajo grado positivo de afectos.

Como resumen de esta investigación se ve que, de las personas que participaron en la investigación, los más vulnerables a sufrir burnout son las que tienen entre (30-39) años de edad, de sexo masculino, (casados), con una antigüedad profesional entre (10-19) años, una antigüedad institucional entre (10-19) años y con situación contractual "contratado".

A futuro se sugiere para estudios en relación al síndrome de burnout incorporar variables de género que permitan tener una visión respecto a la presencia de apoyo social.

También se sugiere que al estudiar características sociodemográficas y/o profesiográficas en relación al burnout se hagan combinaciones de estas características, como por ejemplo, cuántos individuos tienen burnout que además tengan una edad entre (30-39) años, (10-19) años de antigüedad profesional, etc.

Integrar en futuras investigaciones instrumentos para medir estresores vitales

Esta investigación podría derivar en trabajos prácticos con este personal de carácter causal, a modo de comprobar si las intervenciones sobre el síndrome de burnout disminuyen o mejoran los índices de mala salud mental (medida por cantidad de licencias médicas).

Se sugiere también hacer una evaluación del síndrome burnout, posteriormente a que empiece a implementarse de lleno la reforma psiquiátrica, a modo de establecer si su implementación tiene ciertos efectos sobre este tipo de trabajadores.

En relación a las sugerencias prácticas se recomienda:

Hacer intervención en lo referente a mejora de canales de comunicación, especialmente en el intervalo de antigüedad de (10-19) años de antigüedad profesional. Estos temas debieran versar sobre temas como cuáles son las funciones específicas que ellos deben realizar para contribuir a la mejora de los pacientes, de modo de disminuir los sentimientos de frustración que pudiesen estar sintiendo como consecuencia del tipo de trabajo; rescatando el trabajo en equipo. Así también, se sugiere hacer planes respecto a qué se puede entender como mejora en cada paciente, de modo que los paramédicos no sientan que su trabajo es en vano.

Informar al personal de programas que se realicen a nivel ministerio de salud, e incentivar al personal a que participe en ellos.

En el grupo de edad de (50-59) años hacer intervenciones de inoculación al estrés.

Referencias

- American Psychiatric Association . (1995). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Pierre Pichot (coordinador). Ed : Mansson, S.A
- Alvarado, A ; Ruz,C. (1999) " Determinación de los niveles de Burnout y su relación con satisfacción laboral y apoyo social en profesionales de la salud de los consultorios de atención primaria, perteneciente a la Corporación Municipal de Valparaíso ". Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso para optar al título de Psicólogo y al grado de Licenciado en Psicología. Valparaíso Chile.
- Alvaro, J ; Torregrosa, JR ; Garrido, A. (1992). Influencia sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid : España editores
- Ardid, C ; Zarco, V. (1999) El estrés Laboral , en Rodríguez, A (coordinador). Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones. Madrid. Editorial Pirámide.
- Alvaro,J ; Garrido, A ; Torregrosa, JR.(1996). Psicología social aplicada . España : Ed. McGraw- Hill
- Atance ,M. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública (en línea), páginas 1-11. [http/ www. google.com/ psicología/ burnout](http://www.google.com/psicología/burnout) [Marzo, 2001]
- Artazcoz ,L & cols. (1996) Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gaceta sanitaria 57 (10) 282-292.
- Berroeta, H ; Saavedra, C. (1998). Agresión sexual : Un estudio de las consecuencias psicológicas y factores psicosociales. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Valparaíso Chile.
- Betancourt, O. (1995). Reflexiones teóricas metodológicas : Monitoreo epidemiológico de la atención básica en salud. Ecuador. Ediciones CEAS.
- Calo, G (1990). Curso de estadística descriptiva. Madrid. Ed : Paraninfo
- Charnes, G ; Berlagosky, M. (1994) Clima organizacional y relaciones interpersonales en equipos de salud , en Cibarella, L. (compilador). Salud y Desarrollo Humano . Bat ediciones . Chile.
- Cherniss, C (199?). Role of professional self - efficacy in the etiology and amelioration of burnout ; en Maslach, C ; Marek, T; Schaufeli, W (Ed). Professional Burnout : Recent development in theory and research . (pp. 135 - 149). Washington . DC . Ed : Taylor & Francis.

Cebria, J ; Segura, J ; Corbella, S ; Sos ,P ; Comas, P ; García, M ; Rodríguez, C ; Pardo, M; Pérez, J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos. Atención Primaria (en línea), 27 (7), 459- 468. Disponible en : [http://www.colegiomedico.cl/revistas/medline/revista de psiquiatría](http://www.colegiomedico.cl/revistas/medline/revista%20de%20psiquiatría) [Marzo,2001].

Cox, T ; Kuk, G ; Leiter, M (1997). Burnout, health, work stress and organizacional heathiness ; en Maslash, C ; Marek, T; Schaufeli, W (Ed). Professional Burnout : Recent development in theory and research . (pp. 177 - 195). Washington . DC . Ed : Taylor & Francis

Fleishaman, E ; Bass, A. (1979). Estudios de psicología industrial y del personal. Mexico : Trillas.

Fornham, A. (1992) Personalidad y diferencias individuales en el trabajo. Madrid : Pirámide.

García Rojas , María Cristina (1999). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de hospitales de urgencia de la asistencia pública. Tesis presentada a la escuela de enfermería de la Pontificia Universidad Católica para optar al grado académico de licenciado en enfermería y al título profesional de enfermera y matrona. Chile.

Gold, Y. (1993). Stress and preventing Burnout : The proffessional health solution. London-Washington : The folmer press.

Gil, P.(2001) . Medicina preventiva y salud pública. Barcelona : Mediterráneo.

Gil- Monte, P y Peiró, Jma (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de estar quemado por el trabajo. Anales de la Psicología (en línea) **15** (2), 261- 268. Disponible : <http://www.google.com/psicología/burnout> [Mayo , 2001].

Hallsten, L (1997) . Burning out : A framework ; en Maslash, C ; Marek, T; Schaufeli, W (Ed). Professional Burnout : Recent development in theory and research . (pp. 95- 109) . Washington . DC . Ed : Taylor & Francis

Infante, S. (2000). La salud desigual en Chile. Revista Médica de Santiago **3** (16).

Infante, S. (2000). Riesgos para los trabajadores de la salud. Revista Médica de Santiago **3** (13).

Ivanicevic, J and Matteson, M. (1974). Stress and Work : Two managerial pespective. Illinois, Dallas, New York, Palo Alto : Scott, Foresman and Company Glenviw.

Katz, D, Kahn R. (1989). Psicología Social de las Organizaciones. Mexico. Editorial : Trillas.

Kreitner ; Kinicki. (1998). Comportamiento de las organizaciones. Madrid : McGraw-Hill

Lautert, L. (1995). O Desgaste profesional do enfermeiro. Extracto de tesis presentada para la obtención del grado de doctor. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Lazarus, T ; Folkman, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona : Martínez Roca

López, R ; Martín, C ; Fuentes, C ; García, E ; Ortega, R ; Cortés, A ; García, J. El síndrome de burnout en personal sanitario : Instrumentos de medida. Medicina Paliativa (en línea) 7 (3), 94-100. Disponible : [http:// www. google.com / psicología/ burnout](http://www.google.com/psicología/burnout) [Marzo, 2001].

Manzano, G ; Campos, F. Profesionales en alto riesgo de padecer burnout : enfermeras y secretarias (en línea). Disponible : [http:// www. colegiomedico.cl./ revistas/ psiquiatria/ medline/ burnout](http://www.colegiomedico.cl/revistas/psiquiatria/medline/burnout) [Marzo, 2001].

Maslach, C (1997). Burnout : A multidimensional perspective ; en Maslach, C ; Marek, T; Schaufeli, W (Ed). Professional Burnout : Recent development in theory and research . (pp.19- 31). Washington . DC . Ed : Taylor & Francis

Maslach, C ; Schaufeli, W (1993) ; Historical and conceptual development of burnout ; en Maslach, C ; Marek, T; Schaufeli, W (Ed). Professional Burnout : Recent development in theory and research . (pp. 1-16). Washington . DC . Ed : Taylor & Francis

Marshall, C.(1980). White Collar and Professional Stress. New York- Brisbane-Toronto : John Wiley & Sons.

Martínez ,M & Guerra, P. (1997). Síndrome Burnout : El riesgo de ser un profesional de servicio. Salud y Cambio 6 (23), 45-58.

Meréndez, G. Desgaste profesional o burnout (en línea). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Páginas 1-3. Disponible : [http:// www. google.com/ psicologia/ burnout](http://www.google.com/psicologia/burnout)

Ministerio de Salud (2000) . Discurso del Presidente Ricardo Lagos respecto a la Salud (31 de octubre del 2000) (en línea). Disponible : [http:// www. minsal.cl/ noticias](http://www.minsal.cl/noticias) [Enero, 2001]

Ministerio de Salud (2000) Las enfermedades Mentales en Chile : Magnitud y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental . Chile

Ministerio de Salud. (2000). Metas Ministeriales Largo Plazo (2006). Santiago-Chile (en línea) . Disponible : [http:// www. minsal. cl](http://www.minsal.cl) [Enero, 2001].

Ministerio de Salud (2000). Metas Ministeriales Mediano Plazo (2002). Santiago-Chile (en línea). Disponible: [http:// www. minsal.cl](http://www.minsal.cl) [Enero, 2001].

Ministerio de Salud (2000). Mensaje presidencial del 21 de Mayo del 2000.

Santiago- Chile (en línea) . Disponible : <http://www.minsal.cl> [Enero, 2001]

Ministerio de Educación (1995). Perfil Ocupacional básico para la formulación del curriculum del Técnico de Nivel Superior de Enfermería.

Ministerio de Salud (2000). Principios que guían las Políticas Ministeriales de Salud. Santiago- Chile (en línea) . Disponible : <http://www.minsal.cl> [Enero, 2001].

Ministerio de Salud (2001). Se constituyó comisión para defender derechos de Enfermos Psiquiátricos. Santiago- Chile (en línea) . Disponible: <http://www.minsal.cl/noticias> [Marzo, 2001].

Montgomery, D ; Runger, G (1996). Probabilidad y estadística aplicada a la ingeniería. Méjico, Buenos Aires, Santiago. Ed: McGraw - Hill.

Molina, D ; Real, C. (1998). Diagnóstico del Síndrome de Burnout a través del cuestionario de actitudes ante el trabajo docente en profesores de la corporación municipal de Limache , y diseño de un programa de intervención. Tesis presentada a la facultad de filosofía y educación de la Universidad Católica de Valparaíso para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología.

Morales,F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Barcelona. : Paidós.

Morgan, A ; Moreno, J. (1979) La práctica de enfermería de Salud Mental : Un Enfoque Comunitario. Colombia. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.

Samaniego, C. (1999). Absentismo, rotación y productividad, en Rodríguez , A. (coordinadores). Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid : Pirámide.

Olmos, N. Burnout : Un nuevo accidente laboral (en línea). Salud Laboral. Disponible : <http://www.google.com/psicología/burnout> [Abril, 2001].

Oficina internacional del Trabajo - Ginebra. (1992) Factores psicosociales en el trabajo : Naturaleza, incidencia y prevención. Editorial Alfaomega.

Organización Panamericana de la Salud (1992). Temas de salud mental en la comunidad . Washigton : I. Levav.

Payne, N. (2000). Occupaional stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. Journal of advanced Nursing 33 (3), 396- 405.

Pradenas, M. (1995) Percepción de síntomas de estrés laboral en trabajadores paramédicos de 6 consultorios municipalizados de Concepción. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Universidad de Chile. Escuela de Medicina. Santiago- Chile.

Revista del Técnico paramédico 2 (3). Agosto de 1998.

Revista del técnico paramédico. 2 (2). Enero 1998

Rozas , G. (1999). Estudio descriptivo de los factores protectores en relación al Burnout en equipos de oncología infantil. Tesis presentada para optar al magister en psicología, mención clínica . Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. 1999.

Schaufeli, C y & cols. (1993). Recent Developmente in Theory and Research. New York : Taylor and Francis ed

Super, D; Bohn,JR. (1973). Psicología ocupacional. Mexico : Compañía Editorial Continental.

Urzúa, A. (1999). Prevalencia de sintomatología asociada a trastornos de salud mental en funcionamiento de establecimientos de atención primaria de la comuna de Antofagasta en la II región de Chile. Memoria para optar al grado de Magister en Salud Pública. Mención Salud Mental. Antofagasta. Chile

Vera, A & Wood, P. (1994) Un modelo explicativo de salud mental basado en categorías psicosociales : descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.

Vidal - Alarcón (1986). Psiquiatría. Buenos Aires. Ed : Panamericana.

Weber, A; Jaekel- Reinhard A. (2000). Burnuot syndrome : a disease of modern societies ?. Occup med 50 (7), 512- 517

Apendice A

Descripción de las Organizaciones

Descripción de las Organizaciones

A continuación se presentan las descripciones organizacionales de ambos hospitales de la muestra. Esta información fue obtenida mediante entrevistas realizadas a los directores de cada uno de los hospitales de la muestra.

Hospital Psiquiátrico " El Salvador" :

El hospital El Salvador es un hospital psiquiátrico perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio.

Cuenta con 169 funcionarios los cuales se subdividen en : personal administrativo ; 10 médicos psiquiatras (de los cuales sólo 4 trabajan jornada completa ; 10 enfermeras (os) , 46 técnicos paramédicos, 27 (aprox.) auxiliares de servicio, auxiliares de farmacia y un odontólogo.

Su objetivo es prestar atención de alta complejidad a pacientes psiquiátricos agudos que requieran rehabilitación social compleja o re inserción social especial.

El hospital se divide en áreas, cada una de ella está dirigida a pacientes con patologías específicas. Estas áreas son las siguientes :

- **UFD** : Destinada a atender pacientes drogadictos y alcohólicos. Esta unidad deriva pacientes a la UDD(Unidad de desintoxicación), donde permanecerán hospitalizados este tipo de pacientes.

- **Sala UCE** (Unidad de cuidados especiales): Destinada a pacientes alcohólicos en etapa aguda o pacientes en etapa de descompensación. Una vez que los pacientes se encuentran compensados se derivan a otras salas dentro del mismo recinto hospitalario.

- **Sala Valenzuela** : Esta sala atiende a pacientes clasificados con trastornos

mayores de sexo masculino.

- **Sala Azúcar:** Esta sala atiende a pacientes con trastornos mayores de sexo femenino.

- **Sala URI :** Compuesta por pacientes derivados de las salas Azúcar o Valenzuela. Corresponde a pacientes psicóticos de larga estadía que se encuentran en rehabilitación.

-**Policlínico :** Donde se presta una atención ambulatoria a pacientes con trastornos mayores (por ejemplo, psicóticos, depresivos, etc).

-**Terapia Ocupacional :** A esta sala llegan pacientes derivados por médicos psiquiatras para ocupar su tiempo libre y ser reinsertarlos a la sociedad con algún tipo de destrezas.

-**Hospital Diurno :** Se trabaja en rehabilitación de pacientes derivados de la UFD, ya sean hospitalizados o de tratamiento diurno.

El hospital cuenta con una red de apoyo de salud mental que lleva a cabo programas con personas que sufren trastornos de drogodependencia y trastornos emocionales. Además existe una coordinación con niveles secundarios de salud a través de consultorios de salud mental familiar.

Hospital Psiquiátrico "Philippe Pinel" (Putendo)

Este hospital pertenece al Servicio de Salud de Aconcagua. Su objetivo es brindarle cuidados y mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades psiquiátricas que permanecen internados dentro de esta institución.

Actualmente el objetivo principal del hospital es mejorar la calidad de vida ya no dentro de la institución misma, sino que mediante la incorporación de los pacientes a su comunidad.

El hospital psiquiátrico Philippe Pinel es un hospital que atiende en su mayoría a enfermos psicóticos y retrasados mentales .

En líneas generales se divide en cinco unidades: larga estadía, compuesto por 5 pabellones , cuya función es atender a pacientes crónicos ; urgencias, un área de pacientes agudos y, por último, psiquiatría forense, que es un sector nuevo dentro del hospital encargada de mediana complejidad y cuyo función principal es proporcionarles rehabilitación a los pacientes.

El hospital está compuesto por 220 funcionarios aproximadamente. De ellos 50 son técnicos paramédicos y los otros funcionarios se dividen en psiquiatras, terapeuta ocupacional, enfermeros, 2 psicólogas (incorporadas al equipo recientemente), abogado, auxiliares de servicio y funcionarios administrativos.

Actualmente se están reestructurando los programas de rehabilitación que existían antiguamente, con la finalidad de enmarcar la institución dentro de un programa orientado a estimular conductas psicosisociales de los pacientes. Se tiene en mente , para ello, formar una asociación de pacientes con personalidad jurídica que esté en continuo contacto con organismos de la comunidad como, por ejemplo, asociaciones deportivas , junta vecinales, etc.

Apendice B

Manual de Aplicación de los Instrumentos

MANUAL DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL TRABAJO

Este instrumento fue adaptado por Esparza, Guerra y Martínez a partir del Cuestionario de Burnout para profesionales sanitarios (CBSP), con las finalidades de optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo de la Universidad Católica de Valparaíso.

Posteriormente fue validado en Chile por Figueroa, Hernández y Setien (1997).

Este cuestionario es autoadministrado. Su tiempo de respuesta es de 15 minutos aproximadamente. Se responde de forma anónima, e individual.

Consta de 65 ítems que se subdividen en 8 categorías, estas son :

- Fuentes de Tensión en el Trabajo
- Agotamiento Emocional
- Degradación en la Competencia Profesional
- Degradación en la Autoimagen / Despersonalización
- Dificultades en las Relaciones Interpersonales
- Trastornos Conductuales
- Trastornos Físicos

Las alternativas a,b,c,d se puntúan dependiendo de su valor asignado para cada ítem. En el siguiente cuadro se señala de forma esquemática cuales son los valores asignados para cada alternativa en cada ítem.

Cuadro A: Puntaje de la alternativa (a,b,c,d) por ítem

Puntajes Asignados			
Alternativas	Ítems 1 a 20 y 26 a 64	Ítems 21 a 25	Ítem 65
A	1	3	2
B	2	1	3
C	3	2	4
D	4	4	5

Fuente : Alvarado y Ruz (1999)

La alternativa e tiene distintos puntajes dependiendo el número de ítem. En el siguiente cuadro se resume el puntaje asignado a esta alternativa, dependiendo el número de ítem.

Cuadro B: Valor asignado a la alternativa "e" según el número de ítem

Valor asignado a la opción (e)	Ítems
1	65
2	3,5 a 10, 12, 14 a 25, 28 a 30, 32, 33, 35, 41, 44 a 50, 54, 55, 58 a 64.
3	1, 2, 4, 11, 13, 26, 27, 31, 34, 36 a 40, 42, 43, 51 a 53, 56, 57

Fuente Alvarado y Ruz (1999)

Luego de que se han asignado las puntuaciones a cada ítem, se suma las puntuaciones de todos los ítems que pertenecen a cada una de las 8 categorías del *Burnout*; este procedimiento otorga un puntaje total por categoría. El cuadro siguiente muestra los ítems correspondientes a cada una de las categorías del síndrome.

Cuadro C : Ítems correspondientes a cada categoría

Categorías	Ítems
Fuentes de Tensión	21-33
Insatisfacción Laboral	10 a 12- 37 a 41- 51 a 53-58
Agotamiento Emocional	47 a 50- 59-62-65
Degradación Competencia Profesional	46-60- 64
Degradación de Autoimagen	17 a 25-44-45-55-57-61
Degradación Relaciones Interpersonales	13-14-56
Trastornos Físico	1 a 9- 15
Trastornos Conductuales	16-54-63

Fuente : Alvarado y Ruz (1999).

Una vez que se tiene el puntaje total por categoría se clasifica ,según su intensidad, en niveles alto, medio o bajo, a partir del siguiente cuadro:

Cuadro D : Puntuaciones para los niveles bajo, medio y alto de Burnout por categoría

CATEGORIAS	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Categoría 1 : Fuentes de Tensión	Hasta 46 pts.	Entre 47 y 52 pts.	53 o más pts.
Categoría 2 : Insatisfacción Laboral	Hasta 27 pts.	Entre 28 y 32 pts.	33 o más pts.
Categoría 3 : Agotamiento Emocional	Hasta 8 Ptos.	Entre 9 y 11 pts.	12 o más pts.
Categoría 4 : Degradación Competencia Profesional	Hasta 3 pts.	4 pts.	5 o más pts.
Categoría 5: Despersonalización	Hasta 18 pts.	Entre 19 y 22 pts.	23 o más pts.
Categoría 6 : Dificultades Relaciones Interpersonales	Hasta 4 pts.	5 pts.	6 o más pts.
Categoría 7 : Trastornos Físicos	Hasta 14 pts.	Entre 15 y 18 pts.	19 o más pts.
Categoría 8 : Trastornos Conductuales	Hasta 3 pts.	4 pts.	5 o más pts.

Fuente : Alvarado y Ruz (1999).

Posteriormente se clasifica al sujeto dentro de las categorías . Con Síndrome Burnout, Proclive al síndrome Burnout y Sin Síndrome Burnout ; dependiendo de el número de categorías Alta, Media o Baja que tenga, de acuerdo a la siguiente tabla.

Cuadro E : Número de categorías que deben darse para clasificar la intensidad de Burnout

Nivel	Número de Categorías		
	Alta	Media	Baja
Con Síndrome de Burnout	8	0	0
	7	0 ó 1	0 ó 1
	6	0, 1 ó 2	0, 1 ó 2
	5	0 a 3	0 a 3
	4	0 a 4	0 a 4
Proclive al Síndrome de Burnout	3	0 a 5	0 a 5
	2	0 a 6	0 a 6
	1	3 a 7	0 a 4
	0	5 a 8	0 a 3
Sin Síndrome de Burnout	1	0, 1, o 2	5, 6 o 7
	0	0 a 4	4 a 8

Fuente : Alvarado y Ruz (1999).

MANUAL DE APLICACIÓN ESCALA SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y SOMATOMORFES

Diseñada por Alvarado et al (1990) .Es una escala de autoaplicación compuesta por 35 ítems. Y explora al nivel de sintomatología depresiva, ansiosa y somatomorfe en relación al último mes.

Del total de ítems 13 corresponden a sintomatología depresiva, 13 corresponden a sintomatología ansiosa y 12 a sintomatología somatomorfe.

PUNTUACIÓN-

Cada ítem se puntúa dependiendo si la respuesta a ese ítem fue Nunca, Pocas veces o Frecuentemente. Estas alternativas se puntúan con 0, 1,2 puntos respectivamente. Para el cálculo del puntaje en cada una de las subescalas se suman los valores obtenidos en cada subescala, de modo que a mayor puntaje, mayor es el grado de sintomatología depresiva , ansiosa o somatomorfe.

En el siguiente cuadro se indica los ítems que pertenecen a cada una de las categorías.

Cuadro H: Items que corresponden a cada tipo de sintomatología

TIPO DE SINTOMATOLOGIAS	Nº DE ITEMS
Sintomatología Depresiva	1 al 13
Sintomatología Ansiosa	2,4, 14 al 23
Sintomatología Somatomorfe	25 al 35

INTERPRETACIÓN

Luego que se tienen los puntajes para cada subescala se ubica este puntaje en el cuadro que se presenta a continuación y se categoriza en Sin Trastorno, Con Probable Trastorno o Con Trastorno.

Cuadro I: Puntajes que indican la ausencia, probable presencia o presencia de los trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfo.

Tipo de Trastorno	Sin	Probable	Con
Depresivo	0-11 puntos	12- 19 puntos	20 o + puntos
Ansioso	0-9 puntos	10-16 puntos	17 o + puntos
Somatomorfe	0-7 puntos	8-9 puntos	10 o + puntos

Puntos de corte sugeridos por Alvarado y cols., en la "validación de Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes" U.D.P (1990).

MANUAL DE APLICACIÓN DE ESCALA GRADO DE BALANCE AFECTIVO POSITIVO

Escala desarrollada por Bradburn en 1989. Es de tipo autoadministrado, con un tiempo relativo de respuesta de 5 minutos. Los encuestados deben optar por una de las tres alternativas existentes en la escala : Nunca , A veces y Generalmente.

PUNTUACION.

A las alternativas Nunca, A veces y Generalmente se le asignan 1,2 y 3 puntos respectivamente.

Luego se buscan cuáles son los ítems que pertenecen a las dimensiones afectividad positiva y afectividad negativa en el siguiente cuadro.

Cuadro K : Ítems que corresponden a la dimensión afectiva positiva y negativa

Dimensiones de Afectividad	Ítems
Positiva	1,2,4,6,8, 10,11, 14,17
Negativa	3,5,7,9,12,13,15,16,18

-A continuación se suman los puntajes para la dimensión afectividad positiva y la dimensión afectividad negativa separadamente

-Al puntaje de la subescala de afectividad positiva se le suma una constante de 27 puntos.

-A este nuevo puntaje de afecto positivo se le resta el puntaje obtenido de la

escala de afectividad negativa, obteniéndose el puntaje del balance positivo de afectos.

INTERPRETACION

Por último este puntaje se ubica en la siguiente tabla para determinar si el grado de afectividad positiva es alta o baja.

Cuadro J : Grado de balance afectivo positivo según los puntajes totales

Grado de Balance Afectivo Positivo	Puntaje total
Bajo Grado	0-29 puntos
Alto Grado	30 o + puntos

Puntos de corte sugeridos por Vera y Wood (1990=

Apéndice C

Descripción de tipos de contratos

Existen tres tipos de contratos dentro de la administración pública, que se diferencian entre sí en base a dos puntos centrales : 1) término de contrato e 2) incentivos .

- *Titular* : el contrato de un trabajador que se desempeña como titular termina sólo si se dan alguna de las siguientes condiciones : a) el trabajador tiene un mal desempeño durante (lista 3 o 4) 3 años ; b) el trabajador ha tenido un sumario administrativo. Como incentivo puede hacer carrera funcionaria, postulando a cupos de cargos superiores ; así también, los titulares reciben un bono por antigüedad y desempeño (nivel 1, 2 o 3) previa postulación a cupos.

- *Contratado* : el contrato de un trabajador que se desempeña como contratado, termina anualmente, siendo el término de contrato informado 30 días antes. Tiene como incentivo la posibilidad de optar a cupos de titulares.

- *Sustituto* : el contrato de un trabajador sustituto tiene plazo fijo, y dura mientras reemplaza al trabajador que ocupaba previamente el cargo , y que se encuentra ausente en este último por alguna razón.

Apéndice D
Instrumentos de Medición

Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo

Conteste en la hoja de respuestas, marcando con una equis ("x") la alternativa que corresponda a la respuesta que usted desea dar, desde la perspectiva de su situación actual.

¡ Elija sólo una alternativa y recuerde contestar todas las preguntas!

En el caso que usted no pueda seleccionar entre las alternativas, ya sea porque no sabe, no está seguro o no ha experimentado esa situación, conteste "O- NS".

1.- Últimamente :

- 1___ Me encuentro perfectamente bien de salud
- 2___ Padezco de problemas de salud con relativa frecuencia
- 3___ Tengo problemas de salud con mucha frecuencia
- 4___ No sé, no estoy seguro (NS)

A continuación se mencionan algunos trastornos, señale la frecuencia con que los padece.

2.- Resfríos intensos con fiebre :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

3.- Dolores físicos :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

4.- Trastornos digestivos (falta de apetito, hambre excesiva, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, acidez estomacal, gastritis, úlcera, cambios bruscos de peso, etc) :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

5.- Dificultades respiratorias (sensación de ahogo, respiración acelerada, etc) :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

6.- Trastornos cardiovasculares (arritmias, taquicardia, hipertensión, hipotensión, mareos, desvanecimientos, etc) :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

7.- Trastornos cardiovasculares (sofocos, escalofríos, temblor....) :

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

8.- Trastornos endocrinos (alteraciones en los niveles hormonales, amenorea, galactorrea, acné, pérdida o aumento de la masa capilar...):

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

9.- En cuanto a mis problemas de salud, creo que su relación con mi situación laboral es:

- 1___ Ninguna
- 2___ Poca
- 3___ Regular
- 4___ Mucha
- 0___ NS

10.- Mi insatisfacción laboral, a nivel personal, generalmente es :

- 1___ Ninguna
- 2___ Poca
- 3___ Regular
- 4___ Mucha
- 0___ NS

11.- Mi trabajo me provoca sentimientos de desaliento:

- 1___ Nunca
- 2___ A veces
- 3___ Con frecuencia
- 4___ Siempre
- 0___ NS

12.- Mi trabajo me provoca deseos de abandonarlo :

- 1__ Nunca
- 2__ A veces
- 3__ Con frecuencia
- 4__ Siempre
- 0__ NS

13.- Los conflictos profesionales afectan mi vida personal :

- 1__ Nunca
- 2__ A veces
- 3__ Con frecuencia
- 4__ Siempre
- 0__ NS

14.- Los conflictos profesionales afectan mi vida social :

- 1__ Nunca
- 2__ A veces
- 3__ Con frecuencia
- 4__ Siempre
- 0__ NS

15.- Las preocupaciones derivadas de mi trabajo me crean problemas con el sueño (insomnio, hipersomnias, pesadillas, trastornos del sueño, etc) :

- 1__ Nunca
- 2__ A veces
- 3__ Con frecuencia
- 4__ Siempre
- 0__ NS

16.- Desde que ejerzo esta profesión (técnico paramédico) tiendo a aumentar el consumo de sustancias (tabaco, café, alcohol, vitaminas, tranquilizantes, somníferos, estimulantes...):

- 1__ Nada
- 2__ Poco
- 3__ Medianamente
- 4__ Mucho
- 5__ NS

17.- Desde que ejerzo este trabajo, creo que mi sensibilidad en el trato hacia los alumnos:

- 1__ Ha mejorado mucho o por lo menos no se ha deteriorado
- 2__ Se ha deteriorado un poco
- 3__ Se ha deteriorado bastante
- 4__ Se ha deteriorado en extremo
- 0__ NS

18.- Desde que trabajo que ejerzo este trabajo, creo que mi sensibilidad en el trato con mis compañeros

- 1__ Ha mejorado mucho o por lo menos no se ha deteriorado
- 2__ Se ha deteriorado un poco
- 3__ Se ha deteriorado bastante
- 4__ Se ha deteriorado en extremo
- 0__ NS

19.- Desde que ejerzo este trabajo, creo que la sensibilidad en el trato con la familia de mis pacientes:

- 1__ Ha mejorado mucho o por lo menos no se ha deteriorado
- 2__ Se ha deteriorado un poco
- 3__ Se ha deteriorado bastante
- 4__ Se ha deteriorado en extremo
- 0__ NS

20.- Desde que trabajo en esta profesión, creo que la sensibilidad en el trato con mis superiores:

- 1___ Ha mejorado mucho o por lo menos no se ha deteriorado
- 2___ Se ha deteriorado un poco
- 3___ Se ha deteriorado bastante
- 4___ Se ha deteriorado en extremo
- 0___ NS

Señale el grado de malestar que le produce cada uno de los hechos que se mencionan a continuación :

21.- Las quejas o sufrimiento de mis pacientes:

- 1___ No me afecta
- 2___ Me afecta un poco
- 3___ Me afecta bastante
- 4___ Me afecta en extremo
- 0___ NS

22.- La necesidad de aplicarles a los pacientes tratamientos agresivos (invasivos confrontacionales o que ocasionen algún malestar en el paciente) :

- 1___ No me afecta
- 2___ Me afecta un poco
- 3___ Me afecta bastante
- 4___ Me afecta en extremo
- 0___ NS

23.- La ineficacia o fracaso de los tratamientos o intervenciones :

- 1___ No me afecta
- 2___ Me afecta un poco
- 3___ Me afecta bastante
- 4___ Me afecta en extremo
- 0___ NS

24.- El abandono de tratamiento por parte de mis pacientes :

- 1___ No me afecta
- 2___ Me afecta un poco
- 3___ Me afecta bastante
- 4___ Me afecta en extremo
- 0___ NS

25.- La muerte de aquellos pacientes que están en programas o tratamientos en los que participo :

- 1___ No me afecta
- 2___ Me afecta un poco
- 3___ Me afecta bastante
- 4___ Me afecta en extremo
- 0___ NS

Señale ahora el grado de malestar que le produce, en su trabajo, cada uno de los siguientes hechos :

26.- La incompetencia en la administración :

- 1.-___ No me afecta
- 2.-___ Me afecta poco
- 3.-___ Me afecta bastante
- 4.-___ Me afecta en extremo
- 5.-___ NS

27.- La falta de apoyo :

- 1.-___ No me afecta
- 2.-___ Me afecta poco
- 3.-___ Me afecta bastante
- 4.-___ Me afecta en extremo
- 5.-___ NS

28.- Las interferencias de mis compañeros con mis alumnos :

- 1.-__ No me afectan
- 2.-__ Me afectan poco
- 3.-__ Me afectan bastante
- 4.-__ Me afectan en extremo
- 5.-__ NS

29.- Las interferencias de mis compañeros de trabajo con mi trabajo :

- 1.-__ No me afectan
- 2.-__ Me afectan poco
- 3.-__ Me afectan bastante
- 4.-__ Me afectan en extremo
- 5.-__ NS

30.- Tratar pacientes exigentes :

- 1.-__ No me afecta
- 2.-__ Me afecta poco
- 3.-__ Me afecta bastante
- 4.-__ Me afectan en extremo
- 5.-__ NS

31.- Tratar con pacientes poco colaboradores :

- 1.-__ No me afecta
- 2.-__ Me afecta poco
- 3.-__ Me afecta bastante
- 4.-__ Me afecta en extremo
- 5.-__ NS

32.- Tratar con los familiares de mis pacientes :

- 1.-__ No me afecta
- 2.-__ Me afecta poco
- 3.-__ Me afecta bastante
- 4.-__ Me afecta en extremo

5.-__ NS

33.- Los desafíos (exigencias que implican un esfuerzo importante) que se presentan en el ejercicio laboral :

- 1.-__ No me afectan
- 2.-__ Me afectan poco
- 3.-__ Me afectan bastante
- 4.-__ Me afectan en extremo
- 5.-__ NS

34.- Las amenazas o descalificaciones que se presentan en el desempeño del trabajo:

- 1.-__ No me afectan
- 2.-__ Me afectan poco
- 3.-__ Me afectan bastante
- 4.-__ Me afectan en extremo
- 5.-__ NS

35.- Me sobrecarga emocionalmente la responsabilidad que he de asumir en situaciones problemáticas con los alumnos :

- 1.-__ Nunca
- 2.-__ A veces
- 3.-__ Con frecuencia
- 4.-__ Siempre
- 0.-__ NS

36.- Me desagrada tener que realizar tareas que no están directamente asociadas con el ejercicio de mi profesión :

- 1.-__ Nunca
- 2.-__ A veces
- 3.-__ Con frecuencia
- 4.-__ Siempre
- 0.-__ NS

37.- Considero insuficiente la remuneración económica respecto a mis esfuerzos :

- 1.-___ No
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Si, siempre
- 0.-___ NS

38.- Considero que el reconocimiento de mi labor es :

- 1.-___ Más de lo debido
- 2.-___ Suficiente
- 3.-___ Poco
- 4.-___ Nulo
- 0.-___ NS

39.- Las posibilidades de promoción en mi trabajo son :

- 1.-___ Muchas
- 2.-___ Regulares
- 3.-___ Pocos
- 4.-___ Nulos
- 5.-___ NS

40.- Los permisos y vacaciones de que disfruto para el descanso personal necesario son :

- 1.-___ Muchos
- 2.-___ Regulares
- 3.-___ Pocos
- 4.-___ Nulos
- 5.-___ NS

41.- Mis niveles de motivación desde el punto de vista vocacional son :

- 1.-___ Muchos
- 2.-___ Regulares
- 3.-___ Pocos
- 4.-___ Nulos
- 5.-___ NS

42.- Cuando en mi lugar de trabajo, hay pacientes que acuden o ingresan por vía judicial, se me dificultan las posibilidades de éxito :

- 1.-___ No
- 2.-___ Un poco
- 3.-___ Bastante
- 4.-___ En extremo
- 0.-___ NS

43.- Creo que los tratamientos o internamientos forzosos por vía judicial, más que proteger a los pacientes, desautorizan la competencia del personal de salud.:

- 1.-___ No
- 2.-___ Un poco
- 3.-___ Bastante
- 4.-___ En extremo
- 0.-___ NS

44.- Advierto que progresivamente determinados tipos de pacientes me provocan cada vez más rechazo :

- 1.-___ Nunca
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Siempre
- 0.-___ NS

45.- Aumenta en mi cada vez más el esfuerzo al enfrentarme con los pacientes :

- 1.-___ No
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Si, siempre
- 0.-___ NS

46.- Cuando pienso en el trabajo, siento deseos de faltar con algún pretexto o de pedir permisos laborales :

- 1.-___ Nunca
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Siempre
- 0.-___ NS

47.- Las demandas propias de mi ejercicio laboral me resultan molestas:

- 1.-___ Nunca
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Siempre
- 0.-___ NS

48.- El ejercicio laboral, ¿acentúa en mí la sensación de envejecimiento y cansancio?

- 1.-___ No
- 2.-___ A veces
- 3.-___ Con frecuencia
- 4.-___ Sí, siempre
- 0.-___ NS

49.- Creo que me estoy deteriorando físicamente:

- 1.-__ Nada o sólo lo normal
- 2.-__ Un poco más de lo normal
- 3.-__ Medianamente más de lo normal
- 4.-__ Mucho más de lo normal
- 0.-__ NS

50.- Creo que me estoy deteriorando intelectualmente :

- 1.-__ Nada o sólo lo normal
- 2.-__ Un poco más de lo normal
- 3.-__ Medianamente más de lo normal
- 4.-__ Mucho más de lo normal
- 0.-__ NS

51.- Considero que los técnicos paramédicos se encuentran en una situación de desatención en cuanto a infraestructura de la que disponen para realizar su trabajo.

- 1.-__ No
- 2.-__ Un poco
- 3.-__ Medianamente
- 4.-__ Mucho
- 0.-__ NS

52.- Considero que los técnicos paramédicos se encuentran en una situación de desatención económica:

- 1.-__ No
- 2.-__ Un poco
- 3.-__ Medianamente
- 4.-__ Mucho
- 0.-__ NS

53.- Considero que los técnicos paramédicos se encuentran en una situación de falta de reconocimiento social :

- 1.-__ No
- 2.-__ Un poco
- 3.-__ Medianamente
- 4.-__ Mucho
- 0.-__ NS

54.- Para distraerme de mis problemas a veces "hago locuras " (por ej, beber en exceso, arriesgar en juegos de azar, etc) :

- 1.-__ Nunca
- 2.-__ A veces
- 3.-__ Con frecuencia
- 4.-__ Siempre
- 5.-__ NS

Como hasta ahora, recuerde escoger sólo una de las alternativas que se le ofrecen. Aunque en su caso pueda corresponder a más de una marque la más cercana a su situación.

55.- En mi relación con los pacientes :

- 1.-__ Creo que comprendo fácilmente sus problemas
- 2.-__ Tengo menos interés que antes por ellos
- 3.-__ Tiendo a tratarles de manera indiferente
- 4.-__ Les trato de forma casi mecánica
- 5.-__ NS

56.- En la relación con mis colegas :

- 1.-__ No tengo problemas especiales
- 2.-__ Tengo ciertos problemas con algunos
- 3.-__ No me entiendo con la mayoría de ellos
- 4.-__ Cada vez me resulta más difícil y conflictiva la relación con ellos
- 5.-__ NS

57.- Cuando me relaciono con mis pacientes :

- 1.-___ Soy el mismo de siempre
- 2.-___ Me pregunto si estaré respondiendo a las necesidades de los pacientes
- 3.-___ Siento que no doy a los pacientes lo que piden
- 4.-___ Siento que me culpabilizan de sus problemas
- 5.-___ NS

58.- Con respecto a mi entorno laboral puedo afirmar que :

- 1.-___ No me crea ningún malestar especial
- 2.-___ Las condiciones (físicas, espaciales, de higiene...) dejan bastante que desear
- 3.-___ Algunos aspectos (escasos recursos, falta de organización,...) dificultan mucho mi trabajo
- 4.-___ Los conflictos en las relaciones laborales convierten mi trabajo en algo realmente desagradable.
- 0.-___ NS

59.- Trabajar directamente con los pacientes :

- 1.-___ Es una labor donde puedo afrontar con calma los problemas emocionales que puedan derivarse de ella
- 2.-___ Me pone con cierta frecuencia mal humorado y en tensión
- 3.-___ Incluso, me hace sentir agobiado, agotado y sin fuerzas
- 4.-___ Recientemente me siento por ello bastante desquiciado
- 0.-___ NS

60.- Últimamente :

- 1.-___ Mantengo un buen nivel de rendimiento, con la sensación de estar haciendo bien las cosas
- 2.-___ Disfruto cada vez menos de las actividades que antes me resultaban gratificantes
- 3.-___ Ya no puedo tomar decisiones con la misma facilidad
- 4.-___ Tengo una sensación creciente de incompetencia

0.-__ NS

61.- En cuanto a la imagen laboral que tengo de mi mismo:

1.-__ Creo que ha mejorado, o al menos, es la misma de siempre

2.-__ Me encuentro un poco cambiado en sentido negativo

3.-__ Me encuentro bastante cambiado en sentido negativo

4.-__ Ha empeorado en extremo

0.-__ NS

62.- De mi actitud básica frente a la vida en mi situación actual puedo decir que :

1.-__ Me siento optimista y con ánimo

2.-__ Tiendo a sentirme asustado y sin expectativas

3.-__ A veces tengo la sensación de que todo se me viene encima

4.-__ Se me ha ocurrido la idea de que es mejor morir o desaparecer

5.-__ NS

63.- Dada las circunstancias, he realizado o podría llegar a realizar un intento de suicidio :

1.-__ Nunca

2.-__ Difícilmente

3.-__ Es posible

4.-__ Si, es muy probable

0.-__ NS

64.- En el momento actual, me siento incapacitado para ir a trabajar :

1.-__ En absoluto

2.-__ Me cuesta algún esfuerzo

3.-__ Me resulta muy difícil hacerlo

4.-__ Completamente incapacitado

0.-__ NS

65.- En el caso que usted pudiera cambiar de trabajo, elegiría:

- 1.-___ Trabajar en otra institución
- 2.-___ Trabajar con otro tipo de pacientes
- 3.-___ Trabajar en otro cargo dentro de mi profesión
- 4.-___ Cambiar de profesión
- 0.-___ No cambiaría de trabajo



Así también , el síndrome se encuentra altamente relacionado al balance afectivo positivo, y a los trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfes.