

M
A482d
1999
C.2
COPIA

UNIVERSIDAD 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.

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO
Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
POR
ANA ALVARADO VILLALOBOS
CLAUDIA RUZ ANTÚNEZ

PROFESOR PATROCINANTE
DOMINGO ASÚN SALAZAR

VALPARAÍSO, CHILE
OCTUBRE DE 1999

man: 14605

AGRADECIMIENTOS

A Ps. Macarena Martínez quien nos introdujo en el tema y nos acompañó en toda la primera fase de nuestra investigación; Ps. José María Peiró, Académico de la Universitat de Valencia, por su aporte teórico y metodológico; Dr. Sergio Santibañez, Director del Área de Salud de La Corporación Municipal de Valparaíso, por el apoyo e interés en la investigación; a Directores y Profesionales de los Consultorios de Atención Primaria de la Corporación Municipal, que formaron parte de la investigación; a la Asistente Social Clara Barrientos del Consultorio Placilla, por su confianza y orientación; a los Profesionales de los consultorios Del Niño, Plaza Justicia y de Limache, que nos dieron su tiempo en forma voluntaria para realizar la prueba piloto.

A nuestro profesor guía Ps. Domingo Asún, quien nos motivó por el tema del Burnout; Ps. Aldo Vera y Pablo Tapia, por sus aportes estadísticos a la investigación; Profesores Enrique Cabrera y Claudia Navarro de la Escuela de Estadística de la U. Valparaíso, por su ayuda en el análisis estadístico de los datos; a las secretarias de la Escuela de Psicología Ivonne, Jeannette y Sandra, por su buena disposición.

A los compañeros y amigos que con su afecto, solidaridad y especial humor, nos contagiaron de su entusiasmo, alentándonos, Ximena, Carola, Mirian y Boris.

Al Equipo de la Comunidad Terapéutica Shalom, por el apoyo y facilitación de recursos.

A Viviana y Maritza, por su cariño y solidaridad.

*"Yo digo que no hay más canto
Que el que sale de la selva
Y que será el que lo entienda
Fruto del árbol más alto
Y digo que cuesta tanto
Y que hay que cruzar la tundra
Pero al final la penumbra
Se hace arcoiris del canto"*
Silvio Rodríguez.

*A la Piri por su inmenso amor y por el gran ejemplo de fortaleza que me levanta en cada momento de mi vida , gracias por ser mi mejor amiga y guiarme en este largo camino.
A Carlos por su hermosa existencia.
Ana Luisa.*

*A mi familia de Matriarcas y Evas que, en su dialéctico cotidiano vivir me cobija y me arrancan de un tirón de las garras de la ciencia y del arte; a la Mamy, a Nora, Pato y Rodrigo; a mis abuelas y a Amalia que navegan en mi sangre y en mi memoria.
A Alondra, mi hija, maravillosa e intensa, huracán de sueños y alegrías.
A Eric, Lucas, Nicolás y Javiera.
Claudia.*

INDICE

INDICE	i
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
Problema.....	3
Objetivo General	4
Objetivos específicos.....	4
Preguntas de investigación.....	5
Justificación de la investigación.....	6
Antecedentes empíricos.....	8
MARCO HISTORICO DEL PROBLEMA.....	12
MARCO TEÓRICO.....	14
Introducción.....	14
1. Estrés.....	14
1.1 Marco histórico conceptual del Estrés.....	14
1.2 Teorías y modelos de Estrés.....	18
1.2.1 El Estrés como estímulo	
1.2.2 El Estrés como respuesta	
1.2.3 Teorías basada en la relación estímulo-respuesta	
1.3 Medición del Estrés.....	21
1.4 Estrategias de intervención en manejo de Estrés.....	22
1.4.1 Técnicas de Relajación	
1.4.2 Técnicas de Biofeedback	
1.4.3 Ejercicio Físico	
1.4.4 Técnicas Cognoscitivas	
2. Estrés Laboral.....	24
2.1 Marco histórico conceptual del Estrés Laboral.....	24
2.2 Teorías y modelos de Estrés Laboral.....	25
2.3 Intervenciones para el control de Estrés Laboral.....	27
3. Síndrome <i>Burnout</i>	29
3.1 Marco histórico conceptual del Síndrome <i>Burnout</i>	29
3.2 Teorías y modelos de <i>Burnout</i>	33
3.3 Medición e intervenciones de <i>Burnout</i>	36
3.3.1 Diagnóstico Diferencial	
3.3.2 Cuestionarios	
3.3.3 Intervenciones	
4. Afrontamiento.....	39
4.1 Marco histórico conceptual de Afrontamiento.....	39
4.2 Teorías y modelos de Afrontamiento.....	40
4.2.1 Perspectiva psicoanalítica	
4.2.2 Perspectiva de rasgos	

4.2.3	Perspectiva secuencial	
4.2.4	Perspectiva interaccionista	
5.	Satisfacción Laboral.....	44
5.1	Marco histórico conceptual de Satisfacción laboral.....	44
5.2	Teorías y modelos de Satisfacción Laboral	45
5.2.1	Aproximación bifactorial	
5.2.2	Aproximación basada en el concepto de discrepancia	
5.2.3	Aproximaciones situacionales	
5.2.4	Aproximaciones dinámicas	
5.3	Medición de Satisfacción Laboral.....	47
5.3.1	Métodos Tradicionales	
5.3.2	Avances	
6.	Apoyo Social.....	49
6.1	Marco histórico conceptual de Apoyo Social.....	49
6.2	Teorías y modelos de Apoyo Social.....	51
6.3	Medición e intervenciones de Apoyo Social.....	53
METODOLOGÍA.....		56
Definición de variables.....		56
1. Variables dependientes		
1.1	Síndrome <i>Burnout</i>	
1.2	Satisfacción Laboral	
1.3	Apoyo Social	
2. Variables independientes		
2.1	Variables sociodemográficas	
2.2	Variables profesigráficas	
Cruces de variables.....		59
Sujetos.....		60
Ambiente.....		60
Procedimiento.....		61
Técnica de Recolección de datos.....		61
Diseño.....		63
Análisis de datos.....		64
RESULTADOS.....		66
1. Análisis descriptivo.....		66
1.1 Frecuencia para las variables Sociodemográficas y Profesigráficas		
1.1.1	Variables Sociodemográficas	
1.1.2	Variables Profesigráficas	
1.2. Frecuencia para las variables <i>Burnout</i> , Satisfacción Laboral y Apoyo Social Familiar		
1.2.1	<i>Burnout</i>	
1.2.2	Satisfacción Laboral	
1.2.3	Apoyo Social Familiar	
2. Análisis Correlacional.....		74
2.1	Correlación entre variables (Chi Cuadrado)	

2.2 Correlación de los factores de <i>Burnout</i> , Satisfacción Laboral y Apoyo Social Familiar (Pearson)	
2.3 Análisis de Confiabilidad del CSLPS-EAP/33 (Cronbach)	
CONCLUSIONES.....	80
1. Conclusión y Discusión.....	80
2. Limitaciones de la Investigación.....	83
2.1 Los Instrumentos de Medición	
2.2 Antecedentes Empíricos y Teóricos	
3. Proyecciones.....	85
3.1 Proyecciones teóricas y metodológicas de la Investigación	
3.2 Proyecciones de Intervención	
REFERENCIAS.....	87
APÉNDICES.....	91
Apéndice A: Instrumentos de Medición.....	92
Apéndice B: Manual de Aplicación de los Instrumentos.....	111
Apéndice C: Cuadros y Gráficos de Correlación entre <i>Burnout</i> -Edad y <i>Burnout</i> -Sexo.....	119
Apéndice D: Tablas de correlación Chi Cuadrado entre variables.....	121
Apéndice E: Cuadro Profesionales por Consultorio.....	131
Apéndice F: Descripción de la Organización.....	133

RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal que revela cómo se presenta el síndrome *Burnout* y su relación con Satisfacción Laboral, Apoyo Social Familiar, variables sociodemográficas y profesiográficas, en 112 profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Valparaíso.

El estudio se realiza a través de los cuestionarios autoadministrados: Actitud ante el Trabajo de Esparza, Guerra y Martínez (1995) que mide los niveles de síndrome *Burnout*; el Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria de Peiró, Lloret, González-Roma y Luna (1993) y la Escala de Apoyo Social Familiar de Procidano y Heller (1983) versión revisada de Vera y Wood (1994).

Los resultados indican una alta incidencia de este síndrome entre los profesionales estudiados (56,2% se encuentran al menos proclive al síndrome *Burnout*), observándose en aquellos que presentan el síndrome y están proclives a presentarlo, una tendencia a la insatisfacción laboral y una percepción de bajo apoyo social familiar.

INTRODUCCIÓN

Este estudio se sitúa dentro de las perspectivas psicosociales que se centran en los factores ambientales y sociales involucrados en el estrés.

Las políticas de Descentralización y Municipalización de los servicios de salud constituyen un contexto histórico-político y social generador de exigencias y expectativas tanto en los sujetos como en las organizaciones que desencadenan altos niveles de estrés o “*strain*” en los primeros, y obliga a transformaciones tanto estructurales como funcionales en las organizaciones (revisión de la misión, creación de nuevas metas y objetivos, etc). Esto sumado a las características propias del trabajo en el área de la salud, cuyo eje central es la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro, y a las características particulares de cada individuo crean un escenario en donde el estrés se va haciendo crónico teniendo consecuencias en las personas que van desde trastornos físicos hasta trastornos conductuales y emocionales. Este estrés crónico asistencial es conocido como síndrome *Burnout* y sus estudios de remontan a los años 70.

En Chile, los estudios relacionados al *Burnout* comienza a realizarse en 1995 en profesionales de la salud, actualmente las investigaciones se dirigen también a otras profesiones asistenciales (profesores).

Nuestro interés es hacer un aporte a las investigaciones realizadas en nuestro país, dentro del campo de Psicología Social Aplicada, indagando en aspectos organizacionales (satisfacción laboral), comunitarios (apoyo social) y de Salud Mental (estrés) que permitan una mayor comprensión del fenómeno y abrir la discusión y la investigación en torno al

desarrollo de estrategias de intervención para la prevención y el manejo del *Burnout*.

El trabajo en su primera parte nos ubica en torno al problema, revisión de los objetivos (generales y específicos) de la investigación y la relevancia social, práctica y teórica de ésta. Posteriormente, otorga un marco de referencia tanto histórico-social de lo que ha implicado el proceso de Privatización y Municipalización de la Salud en Chile, como de los conceptos y variables relacionados con éste, como: Estrés, Estrés Laboral, *Burnout*, Afrontamiento, Satisfacción Laboral y Apoyo Social.

La segunda parte está constituida por la metodología e incluye aspectos como: descripción cuantitativa de los sujetos a investigar (profesionales de salud de atención primaria: odontólogo, enfermera, matrona, médico, nutricionista, asistente social y kinesiólogo), de los consultorios dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso (Barón, Placeres, Rodelillo, Las Palmas, Quebrada Verde, Las Cañas, Mena, Puertas Negras, Cordillera, Esperanza, Reina Isabel y Placilla), definición de las variables de estudio (*Burnout*, Satisfacción Laboral y Apoyo Social), descripción de los instrumentos utilizados (Actitud ante el trabajo, CSLPS- EAP/33 y Escala de Apoyo Familiar) y procedimientos de recolección de datos.

Se incluye una tercera parte, con los resultados de la investigación (análisis de datos, frecuencias y correlaciones).

Finalmente, el trabajo expone las conclusiones a la luz de los datos obtenidos en la investigación, y plantea las proyecciones en torno a la prevención e intervención del Síndrome *Burnout*, en los trabajadores del área de la salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema

Los profesionales de Atención Primaria de Salud, tanto por las características propias de su actividad, como por las características de la organización a la que pertenecen y a las características de la comunidad a la cual dan servicios, en un contexto histórico político de descentralización y privatización y de políticas sociales de calidad y equidad de los servicios, se ven sometidos a una constante exigencia de habilidades científicas y tecnológicas, además de habilidades sociales y humanas. Estas demandas se van haciendo crónicas y los profesionales de la salud van desarrollando diversas respuestas para afrontarlas que no siempre son eficaces y que incluso pueden llevar a trastornos tanto físicos como psicológicos, y que se expresan en alteraciones fisiológicas, en agotamiento emocional, insatisfacción laboral, y dificultades en las interacciones sociales, etc.

Los profesionales de atención primaria de salud constituyen una población poco estudiada. Cómo enfrentan el estrés laboral crónico, cómo se sienten en torno a los diferentes aspectos de la organización a la que pertenecen (jerarquía, liderazgo, incentivos, gratificaciones, reconocimiento, etc.) y con qué apoyo social cuentan, son interrogantes necesarias de contestar. En nuestro país no hay investigación al respecto y sí una fuerte demanda política y social para que dichos profesionales se hagan cargo de la salud física y mental de la comunidad.

¿Existe una respuesta de los individuos posible de describir como un síndrome psicoemocional de desgaste profesional y vocacional en trabajadores de atención primaria de salud de la Corporación Municipal de Valparaíso?, ¿Cómo se caracteriza este síndrome

en los diferentes profesionales de la salud de dicha Corporación?, ¿Cómo se relaciona este síndrome con las características sociodemográficas y profesiográficas de los sujetos de estudio?, ¿Cómo se relaciona con la satisfacción de los profesionales de la salud en el contexto organizacional y con el apoyo social percibido por estos?.

Objetivo General

- Determinar el nivel de Síndrome *Burnout* en profesionales de la salud de Atención Primaria y establecer su relación con el grado de Satisfacción Laboral, Apoyo Social y los factores sociodemográficos y socioprofesiográficos.

Objetivos Específicos.

- Determinar los niveles de *Burnout* en los profesionales de Atención Primaria de los consultorios dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso y su relación con las variables sociodemográficas y profesiográficas; y con las variables Apoyo Social y Satisfacción Laboral.

- Determinar los niveles de Satisfacción Laboral en los profesionales de Atención Primaria de los consultorios dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso y su relación con las variables sociodemográficas y profesiográficas; y con Apoyo Social.

- Determinar los niveles de Apoyo Social en los profesionales de Atención Primaria de los consultorios dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso y su relación con las variables sociodemográficas y profesiográficas.

Preguntas de Investigación

- Qué niveles de *Burnout* presentan los profesionales encuestados.
- Cómo se relacionan los niveles de *Burnout* con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, tiempo libre y religión.
- Cómo se relacionan los niveles de *Burnout* con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- Qué niveles de Satisfacción Laboral presentan los profesionales encuestados.
- Cómo se relaciona la Satisfacción Laboral con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión y tiempo libre.
- Cómo se relaciona la Satisfacción Laboral con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- Qué niveles de Apoyo Social presentan los profesionales encuestados.
- Cómo se relaciona el Apoyo Social con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, hijos, religión y actividades en tiempo libre.
- Cómo se relaciona el Apoyo Social con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- Cómo se relacionan los niveles de síndrome *Burnout* con Satisfacción Laboral y Apoyo Social.
- Cómo se relacionan los factores de síndrome *Burnout* con los factores de Satisfacción Laboral y Apoyo Social.

Justificación de la Investigación.

La Atención Primaria de Salud, constituye uno de los núcleos principales del Sistema de Salud Público, cuyos objetivos más importantes consisten en proporcionar una asistencia sanitaria de la máxima calidad científica y técnica, y conseguir la máxima satisfacción de parte de los pacientes. Estos objetivos se relacionan con el bienestar psicológico y la satisfacción de los profesionales de la salud, generalmente olvidados en nuestro país.

La presente investigación sirve para indagar el estado actual de los profesionales de la salud de los consultorios de Valparaíso, tanto en lo que se refiere a la satisfacción laboral de dichos profesionales, como al apoyo social con el que cuentan, esto en un contexto histórico-político-social de reformas en el sistema de salud con todas las implicancias que ésta ha tenido.

Los beneficios de esta investigación radican en la posibilidad de establecer un diagnóstico del nivel de bienestar psicológico, social y organizacional de dichos profesionales, útil tanto para la organización, como para la comunidad demandante de sus servicios.

Si bien la investigación apunta sólo a describir como se relacionan dichos fenómenos psicosociales, permite también sentar las bases de profundización en la investigación de estos, que apunten a un enriquecimiento teórico conceptual y ayuden a generar intervenciones que permitan un mejor manejo y control del estrés laboral asistencial, tanto a nivel preventivo como paliativo. Esto bajo nuestros supuestos de que la calidad de vida laboral y el apoyo social inciden entre otras cosas, en la calidad y

excelencia de los servicios que prestan dichos profesionales a la comunidad demandante.

La presente investigación tiene tanto un valor teórico como metodológico de ofrecer la posibilidad de explorar en una población escasamente estudiada, como son los profesionales de atención primaria, un fenómeno recién incorporado al campo de investigación de la Psicología en nuestro país (Síndrome *Burnout*), estableciendo conexiones con variables organizacionales (Satisfacción Laboral) y variables social comunitarias (Apoyo social), que ya han sido abordadas en diversas áreas de investigación.

Desde el punto de vista metodológico, también esta investigación introduce un instrumento en experimentación, diseñado en España, para medir específicamente la Satisfacción Laboral en los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria de Salud (CSLPS-EAP/33).

Este instrumento ha sido facilitado para nuestra investigación por sus autores, quienes forman parte del campo de investigación de la Psicología Organizacional en España y Europa. Sus trabajos han hecho especial énfasis en el estrés laboral y sus consecuencias individuales y organizacionales, y en las posibles estrategias de intervención.

Esta investigación constituye un intercambio metodológico que apunta a enriquecer este campo de investigación. Existe el compromiso de nuestra parte de otorgar la información obtenida a través del CSLPS-EAP/33 a sus autores.

Para la realización de la presente investigación se cuenta con la colaboración de la Corporación Municipal de Valparaíso, quien ha facilitado la información sobre la organización y se ha comprometido a otorgar las condiciones necesarias para una mejor

realización de la indagación desde el mes Enero de 1999.

Las posibles consecuencias de la investigación y que no son parte de nuestros objetivos científicos, tienen que ver con las expectativas de cambio que se puedan generar en los sujetos investigados en torno a mejoras en la calidad de vida laboral. Creemos conveniente aclarar a los sujetos el fin descriptivo de nuestra investigación, como así también, entregar las conclusiones y sugerencias al término de ésta a la Corporación Municipal, para que tome las medidas necesarias orientadas a reducir los factores involucrados al estrés crónico laboral y a fortalecer los aspectos personales y organizacionales beneficiosos para todos los involucrados en esta actividad de servicio y que apunten no sólo a la calidad de ésta, sino también a las mejoras en la calidad de vida laboral que constituye un valor ético superior.

Antecedentes Empíricos

En nuestro país, y más específicamente en nuestra región, las investigaciones en profesionales de la Salud corresponden a:

-“Determinación de los niveles del Síndrome *Burnout* en profesionales del área de la Salud de la Quinta región”, Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título profesional de Psicólogo realizada por Esparza, Guerra y Martínez en la Universidad Católica de Valparaíso (1995). Para medir este 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 Büren y Psiquiátrico del 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 las 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”, Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título profesional de Psicólogo, realizada por Figueroa, Hernández y Setien en la Universidad Católica de Valparaíso (1997). Este trabajo consiste en la validación empírica del Cuestionario de Actitudes ante el trabajo de Esparza, Guerra y Martínez (1995). Para realizar este estudio se construyó una entrevista como método de diagnóstico ($K-R_{21} = 0,83$) a fin de validar y contrastar empíricamente los resultados de la mencionada investigación. La investigación concluye que el Cuestionario de Actitud entre el trabajo (para determinar el síndrome *Burnout*) presenta una validez empírica con un índice de 0,69.

- “Estudio Exploratorio del Síndrome de Burnout en un grupo de funcionarios de enfermería sometidos a diferentes condiciones tensionantes de trabajo”, Tesis de grado para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título profesional de Psicólogo, realizada por Johanna Bruce y Fernando Ibaceta en la Escuela de Psicología de la Universidad de Tarapacá, Arica (1995). A partir de un diseño de investigación cuasiexperimental buscan evaluar el síndrome Burnout en funcionarios de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Adulta y Pediátrica, Unidad de Tratamiento Intermedio (TIM)

y Urología. Las mediciones obtenidas por medio del MBI muestran que los coeficientes de confiabilidad de cada una de las tres subescalas de los instrumentos son estadísticamente muy bajas. Es por ello que los resultados cuantitativos no permiten formular conclusiones válidas y confiables, frente a lo cual los autores otorgan mayor relevancia a los resultados cualitativos.

- "Validación de un cuestionario para medir Síndrome *Burnout* en Profesores de Enseñanza media del sector Municipalizado de la Comuna de Viña del Mar y descripción preliminar de esta población". Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título profesional de Psicólogo, realizada por De la Rosa, Ramírez, Salas, Sepúlveda (1998) en la Universidad Católica de Valparaíso.

- "Diagnóstico del Síndrome 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 para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título profesional de Psicólogo realizada por Daniel Molina y Claudia Real en la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Valparaíso (1998). Para diagnosticar el fenómeno se aplicó a la totalidad del cuerpo docente perteneciente al departamento de Educación Municipal de Limache el Cuestionario de Actitudes ante el Trabajo Docente" validado y adaptado en Chile en el año 1998. Luego del diagnóstico a nivel comunal, se procedió a diseñar un programa de prevención y tratamiento para intervenir en los efectos de este Síndrome.

El Ministerio de Salud (1999), entrega el informe de Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitudes y Consecuencias, en las que señala varias investigaciones realizadas en población laboral del área de la Salud:

-“Nivel de Salud Mental de los Funcionarios de Consultorios Generales Urbanos” de Vicente (1992). La investigación se realiza en dos consultorios urbanos de Concepción, se aplica el Cuestionario de Salud de Goldberg y una entrevista psiquiátrica semiestructurada. El 18,4% de la muestra califica para el diagnóstico de un trastorno mental. Las mujeres presentan mayor frecuencia de trastornos que los hombres (22,4% y 8,2% respectivamente). Los funcionarios con educación media presentaron una mayor frecuencia de probable trastorno (27,9%).

- “Salud Mental Ocupacional de las Enfermeras del Subsector Público de Salud Chileno” (Avendaño, 1996). Investigación desde una perspectiva de género, para evaluar riesgos para la salud psicológica en enfermeras del sector público del Área Metropolitana. Comprende la construcción y validación de el Cuestionario de Riesgos para Enfermera (CRE).

- “Riesgo de Trastorno Emocional en Personal a cargo de la Atención de Pacientes Psiquiátricos” de Tardito (1996). Estudio comparativo de riesgo de trastorno emocional en funcionarios que atienden pacientes psiquiátricos y funcionarios que trabajan con pacientes no psiquiátricos. Se utiliza el Cuestionario de Salud de Goldberg y el Test de Percepción de Situaciones Estresantes en el Trabajo. Los resultados indican que el riesgo de presentar un trastorno emocional y la percepción de estrés es significativamente más alto en el personal que atiende pacientes no psiquiátricos.

MARCO HISTÓRICO DEL PROBLEMA.

Bajo un modelo Neoliberal de Desarrollo imperante en nuestro país, se impone en el año 1980 una Reforma en el área de Salud. Esta responde a la reducción del tamaño y recursos del Estado e implica el origen de los procesos de Descentralización y Privatización de la Salud. Esto ha significado un vuelco en la gestión que hasta entonces respondía al principio de las políticas sociales universales (Rosselot, 1993).

En Chile la Descentralización implicó una reestructuración del sistema de Salud Estatal y la Municipalización de los Consultorios de Atención Primaria, persiguiendo los objetivos de descentralización de la gestión en salud, mejorar el control y fiscalización de los establecimientos, adecuar los programas de salud a las necesidades de la población, traspasar a las municipalidades la administración de los establecimientos y las mejoras en su infraestructura, aumentar la participación comunitaria en la base social y facilitar la integración multisectorial especialmente en sectores importantes para la salud como educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc. La reestructuración pretende mejorar la gestión bajo los principios de las políticas sociales de equidad y calidad de servicios (Aurelius, 1990; Miranda, 1994).

Estos procesos no sólo tuvieron como implicancia cambios estructurales sino que, además se produce hasta la fecha en el personal de salud la exigencia de aceptar un nuevo modelo impuesto, que implica una nueva gestión, se produce una disminución de los recursos, una ruptura de la red asistencial, menoscabo en la imagen del funcionario público idóneo, mayor exposición a situaciones de riesgo, presión del público, aumento de la

demanda, de la cobertura y de exigencias de calidad, difícil acceso a recursos y asumir la ejecución de programas de salud mental (Venturini, 1984; Florenzano, 1991; MINSAL, 1993; Belmar & Salinas, 1994; Aguilera, Ojeda & Ulloa, 1997)

Este nuevo estilo de gestión genera la aparición de nuevas presiones en el personal de Atención Primaria que pierde la red asistencial, está sometido a una jerarquía no tradicional de salud, pierde su identidad, tiene exigencias de desarrollar competencias para llevar a cabo una vasta gama de dispositivos técnicos, es parte de un sistema de calificación de la calidad de su servicio y ante esto surge el interés por el sistema privado que reporta mejores beneficios tanto en términos personales como organizacionales (desarrollo de carrera, mejores sueldos, prestigio y reconocimiento de su labor, acceso a mayores recursos).

Bajo este marco es posible observar, en los funcionarios del área de Salud, la presencia de un cansancio físico y emocional que involucra el desarrollo de un concepto negativo de sí mismo, una actitud negativa, y una pérdida de preocupación hacia los clientes. (Avendaño & Leiva, 1998; Esparza, Guerra & Martínez, 1995).

La presente investigación, recoge los estudios relacionados con el área de la Atención Primaria desarrollados principalmente en España, debido a la prolifera investigación en ese país en temas como Salud Mental, Actitudes, Apoyo Social, Motivación, Perfil Profesional, Satisfacción Laboral, Ansiedad, *Burnout*, etc, en la Atención Primaria de Salud (Trerabián & cols., 1991; Vuöri, 1992; Peiró & cols., 1993; Alvaro & Páez, 1996; Ballesteros & cols., 1996; Molina & cols., 1996; Videgáin & cols., 1996; De la Fuente & cols., 1997; Martín & cols., 1997; Tamborero & cols., 1997).

MARCO TEÓRICO

Introducción

La presente investigación se basa en los conceptos de Estrés, Estrés Laboral, Síndrome *Burnout*, Afrontamiento, Satisfacción Laboral y Apoyo Social, de allí la necesidad de conocer el desarrollo histórico de dichos conceptos, el cuerpo teórico en el que están insertos, los diversos modelos explicativos y de intervención.

1. Estrés

1.1 Marco Histórico Conceptual del Estrés

A través de la revisión bibliográfica se puede observar ciertos hitos importantes en el desarrollo del concepto de estrés (Vera y Wood, 1994), que nos permiten comprender, además el por qué de la inexistencia de una definición única y universal del estrés y de las diversas maneras de afrontarlo o controlarlo propuestas por las diferentes disciplinas.

Vera y Wood (1994) plantean, basándose en Bensabat (1987), que ya desde la antigua Grecia, se hablaba de una “vis naturae” o poder curativo de la naturaleza, haciendo referencia a los mecanismos del cuerpo destinados al restablecimiento de la salud después de una exposición a agentes patógenos. Posteriormente, en el siglo XIV, el concepto se utiliza para referirse a dureza, tensión o aflicción. En el siglo XVIII, Hocke lo utilizó en la física para referirse a la fuerza interna de los cuerpos como consecuencia de la acción externa.

La medicina del siglo XIX, según Lazarus y Folkman (1986), consideraba el estrés como antecedente de pérdida de salud.

Claude Bernard (1867), fisiólogo francés, reconoce las consecuencias potenciales de disfunción del organismo provocadas por el desequilibrio de éste, producto de cambios ambientales. Pfluger (1877), plantea que el ser vivo responde a una influencia perturbatoria, con actividad compensatoria destinada a neutralizar esa perturbación (Lazarus y Folkman, 1986).

En el siglo XX, Cannon (1932), fisiólogo norteamericano, acuña el término homeostasis para referirse al mantenimiento del medio interno y, posteriormente, se refiere al estrés como debilitador de los mecanismos homeostáticos.

Los primeros aportes significativos al estudio del estrés provienen, sin embargo, de la biología, principalmente con las investigaciones de Hans Selye (1937), quien plantea que el organismo frente a cualquier estímulo nocivo tiene una respuesta no específica. Selye denomina a esta respuesta como Síndrome General de Adaptación.

Selye, sienta las bases de la terminología actual en el campo del estrés. Su teoría ofrece una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables: el estresor y la respuesta de estrés.

El estrés es definido por Selye como "el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y composición característica, pero ninguna causa particular". El estresor no es únicamente un estímulo físico, sino también puede ser un estímulo psicológico, cognitivo o emocional (Sandin, 1995).

En las últimas décadas, el interés por el estrés se incrementa en el ámbito de la psicología y la sociología y disminuye el interés de investigar el estrés sólo desde el punto

de vista fisiológico (Vera y Wood, 1994).

En la sociología ha primado la noción de la física en relación al estrés, que hace referencia a un cuerpo pasivo que es deformado (*strained*) por fuerzas ambientales. Marx, Weber y Durkheim, autores que marcaron hitos en la Sociología, van a plantearse sobre alienación, concepto que Seeman (1971) pone bajo la perspectiva del estrés (Vera y Wood, 1994).

Los sociólogos contemporáneos utilizan el término "*strain*" para describir formas de desorganización grupal o social.

El estrés desde la sociología, ha sido entendido también, desde la teoría de rol, centrándose en roles conflictivos y ambigüedad de rol.

En psicología, hasta mediados de siglo, el término estrés se confundía con el de ansiedad, esto a consecuencia de las influencias de la teoría de Freud y las tendencias psicodinámicas derivadas de ésta, que entendían la sintomatología como resultado de los mecanismos de defensa gatillados por la ansiedad secundaria a los conflictos.

En la Psicología norteamericana, investigadores como Hull (1943), Spence (1956), Dollar y Miller (1950), entre otros, bajo la óptica de las teorías basadas en el aprendizaje, entendieron la ansiedad como una respuesta clásica condicionada, que llevaba a la aparición de hábitos inútiles o patológicos de reducción de la misma.

Hitos socio- político- económicos como la 2ª guerra mundial, la guerra de Corea y la guerra del Vietnam, fueron determinantes en las investigaciones del estrés, ya que del estudio de las consecuencias fisiológicas (secreción de hormonas adrenocorticales) y conductuales (rendimiento en la acción) del estrés, se fueron desarrollando investigaciones

que apuntaran a establecer diferencias individuales de vulnerabilidad al estrés (Vera y Wood, 1994).

En la década de los sesenta, crece el interés por los procesos relacionados al estrés como es el afrontamiento, abriendo camino las investigaciones de Schachter y Lazarus a este respecto.

En las últimas décadas, adquiere cada vez más importancia el estudio de las variables mediadoras entre el individuo y su entorno, teniendo gran relevancia en este tema las teorías cognoscitivistas que hacen un acercamiento psicosocial (Didier, 1987; Vera y Wood, 1994).

Los trabajos de Holmes y Rahe (1967), ponen énfasis en los estresores sociales (grandes cambios que se dan en la vida) y se refieren al estrés como el resultado del reajuste social del sujeto a dichos estresores.

El modelo con mayor implicancias en las investigaciones actuales (Páez, 1995; Peiró, 1993; Sandin, 1995) y futuras relacionadas con el estrés, sus consecuencias y su afrontamiento o control, es el modelo de Lazarus y Folkman (1986) (Vera y Wood, 1994; Peiró y Salvador, 1993; Sandín et col., 1995).

Lazarus y Folkman ponen énfasis en la evaluación que hace el sujeto de la situación estresante como amenazante y en los elementos disposicionales mediadores como el significado subjetivo del estresor, locus de control, autoestima, apoyo social, afrontamiento, sentido de potencia, etc.

1.2 Teorías y Modelos de estrés

Las teorías, modelos y definiciones de estrés pueden sintetizarse en tres grupos (Vera y Wood, 1994 ; Sandín, 1995), según se basen en 1) el estrés como estímulo, 2) el estrés como respuesta y 3) la relación estímulo-respuesta.

1.2.1 El estrés como estímulo. Estas perspectivas consideran al estrés como un determinado evento o situación en el ambiente que tiene efectos potencialmente perturbadores en el sujeto. El estrés se entiende como externo al individuo. El efecto del estrés sobre el individuo se conoce como strain (deformación o distorsión), concepto tomado de la física (ley de elasticidad de Hook).

Desde este enfoque se entiende que los organismos, así como se postula en los metales, poseen también límites de tolerancia al estrés. Una vez que se sobrepasa ese límite aparecen daños permanentes que en las personas se traducen en daños fisiológicos y/o psicológicos (Sandín, 1995).

Representante de esta perspectiva es la orientación psicosocial o de los sucesos vitales de Holmes y colaboradores (Sandín, 1995).

Los acontecimientos que inducen al estrés se clasifican en: cambios mayores o cambios vitales (estresantes universales y que excluyen cualquier tipo de control), cambios menores (fuera de control) y dificultades diarias (Vera y Wood, 1994).

Esta visión del estrés resulta insuficiente además de no permitir la predicción de los efectos que el estrés tiene en un organismo, pues no logra aclarar el que dos sujetos sometidos a un mismo grado de estrés manifiesten distinto tipo de tensión o sintomatología (Vera y Wood, 1994; Sandín, 1995).

Otras teorías sociológicas basadas en esta perspectiva se centran en las estructuras sociales circundantes a los individuos, consideran el estado de bienestar general en función del lugar que ocupa la persona en la estratificación. Se destacan las Teorías de Rol que centran su investigación en las personas expuestas a condiciones económicas y sociales similares, involucradas en roles similares en contextos o situaciones similares.

También se ha estudiado los problemas que surgen dentro de los límites de grandes roles sociales o conjuntos de roles, como tensión de rol (sobrecarga de rol, conflictos interpersonales, conflicto inter-rol, cautiverio de rol y reestructuración de rol).

1.2.2 El estrés como respuesta. Desde esta perspectiva, se entiende el estrés como la respuesta del sujeto a los estresores potenciales del ambiente (perturbador o disfuncional).

Dentro de este enfoque está la Teoría del Síndrome General de Adaptación de Hans Selye (1976), la respuesta del organismo representa un patrón universal de reacciones de defensa que sirve a la persona para preservar su identidad.

El síndrome General de Adaptación se desarrolla en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. En esto participan los mecanismos de conducción nerviosa y hormonal, que preparan al organismo para responder a la situación potencialmente perturbadora. Si este estado de alarma es permanente, se produce un agotamiento que en casos extremos puede llegar a la disfunción orgánica o incluso a la muerte.

El problema de los enfoques centrados en la respuesta es que reducen ésta a las manifestaciones biológicas, y no toman en cuenta los procesos psicológicos involucrados.

1.2.3 Teorías basadas en la relación estímulo-respuesta. El estrés es considerado

no como característica del ambiente o del individuo, sino como una consecuencia de la interacción de los estímulos (estresores) y la respuesta idiosincrática del individuo.

El modelo más representativo de esta perspectiva es el de Richard Lazarus y Folkman. Estos autores maximizan la relevancia de los factores psicológicos que median entre los estímulos y la respuesta al estrés (Peiró y Salvador, 1993; Sandin, 1995; Vera y Wood, 1994).

La naturaleza idiosincrática de la respuesta está en función de los procesos psicológicos que intervienen y que son parte constitutiva del individuo.

La idea central de este enfoque es el concepto cognoscitivo de evaluación, entendido como mediador cognitivo de las reacciones de estrés. Lazarus y Folkman, distinguen tres tipos de evaluación:

1) Primaria: se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda interna o externa (amenaza, daño, pérdida, desafíos, beneficios).

2) Secundaria: valoración de los propios recursos para afrontar la situación. los recursos de afrontamiento incluyen las propias habilidades de *coping*, el apoyo social y los recursos materiales.

3) Reevaluación: implican los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas e internas.

Actualmente los enfoques van a integrar los diversos modelos basados en las diferentes visiones del paradigma estímulo-respuesta.

Sandín (1995), propone el modelo Procesual del estrés que se desarrolla en siete etapas: 1) demandas psicosociales (agentes externos causales de estrés), 2) evaluación

cognoscitiva (niveles de evaluación de Lazarus), 3) respuesta de estrés (fisiológicas, psicológicas, emocionales), 4) estrategias de afrontamiento (esfuerzo cognoscitivo y conductual del sujeto frente a las demandas), 5) variables disposicionales (personalidad, herencia, sexo, raza, etc), 6) apoyo social (amortiguador de los efectos de las demandas) y 7) estatus de salud (resultado del proceso).

Peiró (1993), propone un modelo similar de seis variables en relación al estrés laboral revisado más adelante.

1.3 Medición de estrés

Según Vera y Wood (1994), la complejidad de los factores ambientales, sociales y psicológicos involucrados en el estrés dificultan la medición del estrés.

Para medir el estrés se han usado variados procedimientos desde el punto de vista fisiológico, como la medición de hormonas en la sangre, la respuesta galvánica de la piel, ritmo cardíaco, etc, hasta cuestionarios y escalas autoadministradas.

En psicología, las mediciones se han basado en la perspectiva de los Eventos Vitales y la perspectiva del Estrés Percibido (Auto-Reporte) (Florenzano (1991); Trucco (1991); Sánchez, Millán, Gutiérrez & Valenzuela (1992); Vera y Wood, 1994).

Thoits (1983), se refiere a los Eventos Vitales como experiencias objetivas que amenazan o rompen la actividad normal de un sujeto, provocando el reajuste o cambio significativo de su conducta (Vera y Wood, 1994).

La escala más utilizada es la Holmes, Rahe y Massuda, es la primera escala cuantitativa para medir eventos o cambios vitales (Trucco, 1991), denominada Escala de

Reajuste Social (SRRS).

La Escala de Reajuste social mide el grado de estrés vital al que está sometida la persona, para ello se utiliza la medida denominada unidad de cambio vital (UCV). Esta escala se construye a partir del Cuestionario de Experiencias Recientes. Más adelante revisaremos con mayor detalle las críticas formuladas a este instrumento.

Rahe y Arthur (1978), desarrollan una versión modificada de la SRRS para evaluar las UCV subjetivas, a partir del modelo de Holmes.

1.4 Estrategias de intervención en manejo de estrés

Se han desarrollado numerosas técnicas de intervención, principalmente en el ámbito de la psicología de la salud, que apuntan a la prevención y el manejo del estrés. Las más conocidas son las técnicas de relajación y meditación, las técnicas de biofeedback, las prácticas de ejercicio físico y mantenimiento de la buena condición física, técnicas cognoscitivas y técnicas de autocontrol.

1.4.1 Técnicas de Relajación. Una de las técnicas de relajación más conocida es la de Jacobson (1938), de relajación progresiva, que postula que la relajación de los músculos sometidos a tensión, conlleva a la relajación mental, (Peiró, 1993).

La relajación se complementa con formas adecuadas de respiración y con la meditación como formas de contrarrestar las experiencias de estrés.

1.4.2 Técnicas de Biofeedback. Las técnicas de biofeedback consisten en el entrenamiento del sujeto en el conocimiento y control de estados biológicos propios. Esta técnica se utiliza en el tratamiento de problemas psicosomáticos, la identificación de

órganos débiles (prevención), y para aumentar la eficacia de las técnicas de relajación. Sin embargo, esta técnica es costosa y no está comprobada su eficacia en los problemas relacionados al estrés (Peiró, 1993).

1.4.3 Ejercicio Físico. Peiró (1993), menciona diversos estudios sobre la eficacia del ejercicio físico para el bienestar y la salud, entre otros el de Hanson (1982), Pace (1977), Cassel et al.(1971).

El ejercicio aeróbico sería el más beneficioso para la salud. Los sujetos con entrenamiento físico aeróbico (3-4 veces por semana, 30-40 minutos por sesión), responden mejor a estresores psicosociales que aquellos sujetos que no están entrenados.

1.4.4 Técnicas Cognoscitivas. Existen diversas técnicas cognoscitivas que se basan en la corrección de los procesos cognoscitivos presentes en las respuestas de estrés, siendo las más relevantes: la técnica de detención del pensamiento, la técnica de solución de problemas, la técnica de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en inoculación de estrés.

La técnica de detención del pensamiento se utilizan para romper con la cadena de pensamientos reiterativos que impiden salir de la situación y, que incluso, la dificultan.

La técnica de solución de problemas, consiste en ayudar a las personas a reconocer e identificar el problema, analizar diversas vías de solución y de selección de la mejor respuesta posible a la situación.

La reestructuración cognitiva consiste en reorganizar la percepción de un problema, sustituyendo las creencias irracionales por otras más funcionales y eficaces (Ellis, 1978).

El entrenamiento en inoculación de estrés consiste en identificar las cogniciones y

respuestas emocionales no adaptativas, entrenamiento en habilidades y aplicación del entrenamiento a la situación, ya sea en forma gradual o masiva.

2. Estrés Laboral

2.1 Marco histórico conceptual del Estrés Laboral

Las diversas teorizaciones e investigaciones del Estrés Laboral, se originan en las perspectivas psicosociales y en la psicología laboral y organizacional.

El Estrés Laboral ha sido estudiado en el marco de la calidad ambiental o calidad de vida laboral y bienestar psicosocial (Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1988).

Las consecuencias a nivel individual, corresponden a las respuestas fisiológicas (presión sanguínea, ritmo cardíaco, etc.), emocionales (ansiedad, irritabilidad, depresión, etc.) y conductuales (adicción al tabaco, abuso de alcohol, etc.).

A nivel organizacional interesan las consecuencias organizacionales del mismo como son la baja productividad, absentismo, alta tasa de rotación y accidentabilidad.

Últimamente el interés por las consecuencias individuo-organización (satisfacción laboral, desempeño, *burnout*, etc.) ha ido en aumento, dando origen a diversas teorías y modelos de intervención.

Peiró realiza varios aportes al estudio del Estrés Laboral, tanto en lo que se refiere a los desencadenantes (Peiró, 1993) como al control del Estrés Laboral (Peiró y Salvador, 1993), la actividad laboral en su contexto y aspectos psicosociales del trabajo (Peiró y Prieto, 1996).

2.2 Teorías y Modelos de estrés laboral

Peiró y Salvador sintetizan los diversos aportes en el estudio del estrés, en un modelo integrador que considera seis grupos de variables: 1) variables ambientales (demandas y recursos ambientales, discrepancia); 2) experiencia subjetiva (procesos de apreciación del desajuste); 3) estrategias de afrontamiento por el individuo (evaluación de eficacia y factores que intervienen en nuevas alternativas); 4) efectos (resultado de la experiencia de estrés y del afrontamiento, reacciones fisiológicas, cambios psicológicos y comportamentales); 5) consecuencias (alteraciones de salud física o mental de las personas y consecuencias organizacionales) y 6) variables moduladoras de los procesos y relaciones anteriores (ambiente-proceso de apreciación, apreciación - afrontamiento, afrontamiento - resultado - consecuencia) característica de la persona.

Existen ciertas condiciones laborales que presentan un potencial estresor mayor del que tiene (componente objetivo):

- Condiciones físicas como ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, humedad, higiene, toxicidad, etc. Moduladas por diferencias individuales, tipo de tarea y otras condiciones físicas.

- Condiciones horarias de trabajo como turnos, trabajo nocturno, aumento de horas extra, largas jornadas, etc.

- Demandas específicas del puesto de trabajo como riesgos, peligros, responsabilidad, viajes, etc.

- Contenido del puesto como Satisfacción Laboral o motivación en el trabajo, variedad, interés e identidad de las tareas, grado de autonomía, oportunidad para el uso de

habilidades, oportunidad de control, feedback de las tareas, etc. (El desajuste de estas variables se relaciona con estrés según las preferencias del trabajador).

- Desempeño del rol laboral. El estrés de rol como estímulo potencialmente estresante.

El estrés de rol es el conjunto de variables derivadas del desempeño de los roles laborales, sobrecarga cuantitativa o cualitativas, ambigüedad de rol, expectativas contradictorias con el rol, modalidad del conflicto intra-rol, inter-rol o inter-emisores.

- Relaciones interpersonales y Grupo de trabajo: aumento de la densidad, percepción de hacinamiento, calidad de las relaciones interpersonales (deterioradas, falta de apoyo o confianza, poca cooperación, liderazgo autoritario, favoritismo, críticas, conflicto, competencia, existencia de subordinados, etc.), usuarios o clientes, tensiones, malas comunicaciones, características de los clientes.

En el grupo: clima, grado de cooperación, conflicto, grado de cohesión grupal, bandos o coaliciones, etc.

- Desarrollo de carrera: expectativas de progreso, oportunidades de promoción, inseguridad en el trabajo, inestabilidad, reestructuración del puesto, y cada una de las fases de la carrera: inicial, de consolidación, de mantenimiento, y de preparación a la jubilación.

- Variables organizacionales y situación de la empresa: sistema de incentivos o recompensa económica, política global de personal (valoración de recursos humanos), grado de formalización o burocratización, rigidez, centralización, grado de control estricto, invasión de la vida privada. Situación de la empresa como crisis económica, escases de materias primas, reestructuración organizacional, nuevas tecnologías y cambios

legislativos.

- Estresores extralaborales por generalización del estrés, potenciación de otros estresores o por relación directa con la situación laboral de la persona (problemas económicos, familiares, legales, etc.).

2.3 Intervención para el control del estrés laboral

El alto costo de las consecuencias de estrés para las organizaciones, ha puesto de manifiesto la necesidad de conocer más acerca de este fenómeno y de crear propuestas de prevención y manejo o control del mismo. Las estrategias de intervención en el ámbito del estrés laboral van desde la reducción de los estresores socio-ambientales hasta las estrategias individuales, según las políticas organizacionales y la legislación vigente.

Peiró y Salvador (1993) mencionan algunas de las estrategias organizacionales más utilizadas en el manejo del estrés laboral, éstas se relacionan con: la mejora de las condiciones ambientales, enriquecimiento del puesto de trabajo, cambios en los horarios de trabajo, estilos de dirección y liderazgo participativo, planes de carrera, la gestión de recursos humanos, nuevas tecnologías, estructura organizacional y clima organizacional.

- Condiciones ambientales: la legislación establece mínimos indispensables de seguridad e higiene en el trabajo. Sobre estos límites, las organizaciones pueden desarrollar estrategias de mejora de los aspectos especialmente estresantes para sus trabajadores.

- Enriquecimiento del puesto de trabajo: incorporando autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado.

- Grupos semiautónomos: se considera el grupo como unidad básica de trabajo,

responsable de la asignación de tareas, de la planificación, distribución, organización, ejecución y control del trabajo.

- Cambios en los horarios de trabajo: más oportunidades en la elección de turnos, introducción de horarios flexibles, semana laboral comprimida, empleo a tiempo parcial, puesto compartido, etc. También se dan cursos a los directivos y profesionales en gestión del tiempo, cuyo objetivo es la mejora de habilidades tales como la priorización de actividades, la preservación y uso del tiempo en actividades importantes, la delegación adecuada de actividades a colaboradores y la reducción de la percepción de urgencia en el trabajo.

- Estilos de dirección y liderazgo: como la dirección por objetivos que permite dejar más clara las responsabilidades, dar retroalimentación sobre el desempeño, clarificar expectativas, reducir el aburrimiento y fomentar la autoconfianza de los trabajadores. También la dirección participativa y la participación de los trabajadores se consideran adecuadas en la reducción de Estrés Laboral.

- Planes de carrera: ofrece opciones de carrera flexibles, ayuda a asegurar que el esfuerzo y la eficacia son recompensados, facilita la transmisión de conocimientos, ofrece trayectorias y direcciones de carrera específicas a los empleados, etc.

- Otros aspectos de la gestión de recursos : técnicas de presentación previa del puesto al candidato que le permite conocer mejor las demandas del puesto y le otorga un rol activo en la selección. Los procesos y tácticas de socialización y de formación son también, estrategias útiles en la reducción del estrés.

- Nuevas tecnologías (diseño, implantación y gestión): utilización de programas

participativos en la implantación de las nuevas tecnologías y su gestión, algunos como el plan ETHICS propuesto por Mumford (1979, 1983) y los aportes del Instituto Tavistock (enfoque socio-técnico), mencionados en Peiró (1993), han resultado muy adecuados en la reducción del Estrés Laboral.

- Estructura organizacional: técnicas para reducir el conflicto y la ambigüedad de rol de Dayal y Thomas (1968), entre esas: la técnica de análisis de roles y la técnica de negociación de roles.

- Clima organizacional: desarrollo de estrategias de diagnóstico y mejora de clima organizacional a través de feedback de encuesta que permite conocer la percepción de los empleados y su posterior retroalimentación.

Las estrategias de intervención individual (Peiró y Salvador, 1993) han sido mencionadas en el apartado anterior referido a estrés.

3. Síndrome *Burnout*

3.1 Marco histórico conceptual del síndrome *Burnout*

Los primeros estudios referidos al fenómeno conocido como Síndrome *Burnout* aparecen en Estados Unidos a mediados de la década de los 70. Las primeras investigaciones en el tema se caracterizaron por ser esencialmente pragmáticas realizándose en las áreas de educación, servicios sociales, medicina, sistemas de justicia criminal, salud mental y religión. En 1974, Freudenberger, para hacer referencia a un gran desgaste emocional, una pérdida de motivación y de compromiso con el trabajo que observó en los trabajadores del área de salud donde él se desempeñaba utiliza el concepto

Burnout o “estar quemado” (Esparza, Guerra y Martínez, 1995).

Las primeras conceptualizaciones del tema son atribuidas a Christine Maslach y Susan Jackson (1981, 1993) (Esparza, Guerra y Martínez, 1995).

Este trabajo comienza a ser más constructivo y empírico a partir de la década de los 80 (se realizan estandarizaciones de las medidas del Síndrome *Burnout*, contando con investigaciones, definiciones y datos más precisos y estudios más completos desde el punto de vista metodológico) (Winnubst, 1993). El desarrollo teórico del fenómeno se ha llevado a cabo en forma paralela al desarrollo de instrumentos de medición (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993; Martín, Viñas, Pérez, Luque & Soler, 1997).

Posterior a los años 80 comienza a estudiarse el Síndrome de *Burnout* en países como Canadá, Gran Bretaña y España. En nuestro país las primeras investigaciones se remontan al año 1995.

El “*Burnout*” puede considerarse como el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, desde el punto de vista de Moreno y cols. (1990). El síndrome *Burnout*, según Maslach y Jackson (1982), no se identifica como estrés psicológico, sino como respuesta a fuentes de estrés crónico que nacen de las relaciones sociales entre proveedores de servicios y receptores de los mismos, (Guerra y Martínez, 1995). La mayoría de los profesionales de la salud pasan la mayor parte de su tiempo laboral en contactos con otras personas (pacientes y familiares de pacientes) relacionándose en un contexto altamente demandante, cargado de tensión, ansiedad, miedo y hostilidad encubierta, etc.

Jackson y Maslach (1982), plantean variables situacionales centrales en la aparición

de estrés y que surgen de esta relación entre proveedor y receptor de servicios: los propios sentimientos y conductas de los pacientes, la calidad o grado de contacto con otras personas que son receptoras de servicios, la naturaleza de la enfermedad (naturaleza de los síntomas o gravedad del pronóstico) y los problemas de comunicación con el paciente, etc. Peiró y Salvador (1993), se refieren también a variables situacionales como la frustración relativa (diferencia entre expectativas de éxito y el éxito conseguido), conflicto de rol, oportunidad para el control (planificación, elección de procedimiento), ambigüedad de rol (falta de información relevante sobre la tarea que se espera realice).

El personal de salud, tanto por las características de su trabajo cuyo eje central es la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro, como por las condiciones organizacionales, se ven sometidos a diversas fuentes de estrés en forma permanente.

Este estrés laboral, tiene consecuencias individuales (fisiológicas, emocionales, conductuales) consecuencias organizacionales (baja calidad del servicio proporcionado, ausentismo, rotación), y consecuencias sistémicas (individuo-organización) como la Satisfacción Laboral y *Burnout* entre otros.

El personal de la salud suele reaccionar frente al estrés laboral crónico, con respuestas que implican atribuciones disposicionales: culpabilización de si mismo y culpabilización del paciente (Rodríguez, 1995).

Autoculpabilización se refiere a sentimientos de inadecuación personal y profesional, sentimiento de incompetencia y pérdida de la autoestima, cuyas consecuencias son la disminución en el rendimiento y el agotamiento emocional.

Culpabilización del paciente se refiere a la insensibilidad hacia él/ella, fracaso en la

atención, fracaso en la relación, percepción negativa del paciente, cuya consecuencia es la despersonalización en el trato (Rodríguez, 1995).

Las consecuencias de estas atribuciones disposicionales (disminución en el rendimiento, agotamiento emocional y despersonalización) son los componentes del *burnout* (Rodríguez, 1995).

Un gran aporte en el tema de la evolución del síndrome *Burnout* es el realizado por Golembiewski (1986), el cual señala que una manera de estudiar el síndrome consiste en considerarlo como un proceso que involucra fases (Martínez & Guerra, 1995).

Golembiewsky asigna diferentes prioridades a las tres escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) que son: Cansancio emocional, despersonalización y reducido logro personal. La despersonalización fue considerada como un aspecto que poco contribuye al desarrollo del *Burnout*. La sensación de falta de logro toma más importancia, pero se reconoce que el cansancio emocional es el contribuyente fundamental en el síndrome *Burnout*. A partir de esto, propone un modelo de etapas que abarca dos tipos de avance: un avance crónico en el cual las características del lugar de trabajo parecen ser los factores estresantes dominantes y un conjunto de avances agudos en caso de enfrentar una situación personal de extrema dificultad.

En este modelo la progresión sería: Despersonalización => Baja realización personal => Cansancio emocional.

En cuanto a la insatisfacción laboral, Esparza, Guerra y Martínez (1995) señalan que esta se origina a partir de una incongruencia entre las características laborales y las expectativas personales, su curso es similar al del *Burnout* (paulatino y sin ciclos estables)

y lo consideran como un componente más del síndrome *Burnout*.

El *Burnout* se manifiesta en una fase final del estrés laboral en la cual el individuo queda en una situación de “agotamiento” de los propios recursos. Las características del *Burnout*, como fase final del estrés laboral, son específicas de las profesiones de servicio humano y no comparables a los efectos del prolongado estrés laboral en otras profesiones (Esparza, Guerra y Martínez, 1995).

El término *Burnout* más que apuntar a caracterizar una enfermedad nueva, persigue resaltar los efectos particulares en una etapa final del estrés laboral prolongado y específico de las profesiones de ayuda (Esparza, Guerra y Martínez, 1995).

3.2 Teorías y Modelos de *Burnout*

Alvarez y Fernández (1991) se refieren a tres modelos teóricos que contienen ideas que intentan explicar el síndrome de *Burnout* (Filgueira, Martin y San Martin, 1994):

- Teoría ecológica del desarrollo humano desarrollada por Bronfenbrenner(1979); Moos (1979); Carroll (1979); Carroll & White (1982) y Cherniss (1982). Según ella el *Burnout* representa un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en que participa la persona de manera directa o indirecta.

- Teoría Cognitiva desarrollada por Meier en 1983. Este indica que el proceso de “*Burnout*” depende de la forma en que el profesional entiende la relación con los clientes. La excesiva identificación o el comportamiento distanciado (hacia el cliente), así como el hecho de asumir toda la responsabilidad de la relación o considerar que no se tiene ninguna, son formas diferentes de enfrentarse a la realidad que pueden contribuir al

desgaste profesional.

- Teoría social y de las organizaciones de Golembiewski, Hilles & Daly (1979).

Ellos conciben el “*Burnout*” como el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores.

Alvarez, Gallego y Fernández Ríos (Filgueira y cols., 1994) proponen un modelo en el cual realizan una clasificación de las dimensiones de vulnerabilidad ante el síndrome.

Estos serían:

- Componentes personales premórbidos (edad, sexo, variables familiares, personalidad).
- Inadecuada formación profesional.
- Precariedad de las condiciones del entorno laboral.

Según este modelo la instauración del síndrome es en forma paulatina y se desarrolla a lo largo de una serie de etapas o fases. Alvarez y Fernández (Filgueira y cols., 1994) realizan una descripción de la evolución del síndrome. Las etapas son las siguientes:

1ª Fase: “Situación de estrés” en donde las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos disponibles.

2ª Fase: “Respuesta emocional” ante este desajuste, aparecen signos de ansiedad, fatiga, etc.

3ª Fase: “Cambio de actitudes y de conductas” que se produce como una reacción a una adaptación psicológica del sujeto con el fin de defenderse contra tensiones experimentadas.

El *Burnout* como tal constituye la fase final del proceso y viene ser la respuesta a

una situación laboral frustrante y la expresión palpable de la pérdida de ilusiones y una gran desmoralización subyacente.

Edelwich y Brodsky (1980) realizan una descripción minuciosa de las etapas del proceso de desilusión (Filgueira y cols., 1994). Estas son:

1ª etapa de entusiasmo: período de grandes esperanzas, alto nivel de energía y de expectativas poco realistas, el sujeto no sabe aún en qué consiste el trabajo, cree que no necesita nada y el trabajo promete serlo todo. La frustración ante las expectativas iniciales es lo que conduce a la desilusión.

2ª etapa de estancamiento: aunque se continúa cumpliendo con las tareas, el trabajo ya no resulta tan apasionante como para reemplazar a todo lo demás en la vida, el énfasis se desplaza hacia las necesidades personales y el desarrollo profesional.

3ª etapa de frustración: el individuo comienza a cuestionarse su propia eficacia para hacer el trabajo y el valor del trabajo en sí. La burocracia y la falta de éxito frustra los esfuerzos y los resultados esperados. Pueden aparecer problemas emocionales, físicos y conductuales (ausentismo, evitación de los clientes, bajas laborales, etc)

4ª etapa de apatía: aparece cuando la persona está crónicamente frustrada en el trabajo. Consiste en dedicar el mínimo de tiempo requerido, evitando desafíos, incluso a los clientes.

5ª etapa de intervención: implica la toma de medida reactivas o anticipatorias ante las cuatro etapas descritas. Todas estas medidas se orientan a interrumpir o evitar el ciclo (abandonar el campo, cambiar de actividad, ampliar la vida personal extraprofesional, vacaciones y tiempo libre, talleres sobre el problema, etc)

La evolución del Síndrome no es lineal ni irreversible, sino más bien cíclica, se puede repetir muchas veces o interrumpirse en cualquier fase por una intervención, como así también una fase puede contagiar a otra.

Alvarez Gallego y Fernández Ríos (Filgueira y cols.,1994) mencionan algunos factores precipitantes específicos en profesionales del área de la salud en relación al síndrome. Estos son: los motivos ideológicos que los impulsan a elegir la profesión, el trato directo con pacientes y familiares (demanda emocional), el contacto con la enfermedad y la muerte, el volumen de trabajo y las presiones para realizarlo, la falta de información acerca de los objetivos últimos y la forma de alcanzarlos, el insuficiente apoyo por parte de los compañeros de trabajo y la gran preocupación por la recuperación de los pacientes.

3.3 Medición e intervenciones en *Burnout*

3.3.1 Diagnóstico Diferencial. El diagnóstico diferencial que se realiza en torno al síndrome *Burnout* incluye cuadros como estrés, depresión, insatisfacción laboral y estrés laboral. En relación al estrés Pines & Kafry (1978) señalan que única diferencia es que el *Burnout* es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral (Filgueira y cols.,1994).

Por otra parte Esparza, Guerra y Martínez (1995) refiriéndose a la depresión indican que esta se caracteriza por una generalización de síntomas personales a través de todas las situaciones, mientras que los síntomas del *Burnout*, al menos inicialmente, tienden a relacionarse con el trabajo y con situaciones específicas más que con situaciones internas. Otra diferenciación importante se da en el curso que presentan ambos cuadros. Tanto el *Burnout* como la depresión endógena se desarrollan lentamente, disminuyendo

paulatinamente el estado de ánimo del sujeto. Sin embargo mientras la depresión endógena mantiene un curso periódico (con ciclos que no son superiores a 6 meses), el *Burnout* mantiene un curso continuo y estable (sin períodos fijos de recuperación). En cuanto a la depresión reactiva Vallejo (1980) reconoce que tanto en esta como en el *Burnout* existe un curso continuo agudizado por los eventos vitales del sujeto, pero en la primera se inicia en forma repentina mientras que el *Burnout* se inicia paulatinamente (Esparza, Guerra y Martínez, 1994).

3.3.2 Cuestionarios. En una revisión de los cuestionarios elaborados para medir *Burnout* realizada por Esparza, Guerra y Martínez (1995), se destacan los siguientes:

3.3.2.1 Cuestionario de *Burnout* elaborado por Dworkin & Dworkin en 1976. Considera como factores: falta de significado, falta de control, ausencia de normas y aislamiento.

3.3.2.2 Maslach *Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1981). Sus factores son: cansancio emocional, despersonalización y reducido logro personal.

3.3.2.3 *Teacher Stress Measure* de Schultz y Long desarrollado en 1988 considera: estrés de rol, ambigüedad de rol, satisfacción laboral, satisfacción personal, estructura de la tarea, apoyo gerencial y gestión de la organización.

3.3.2.4 Cuestionario breve de *Burnout* de Moreno, Jiménez y Oliver (1990) considera: cansancio emocional, despersonalización, realización personal, tedio, características de la tarea, clima organizacional y calidad de vida.

3.3.2.5 Cuestionario de *Burnout* para profesionales sanitarios de Filgueira (1993) considera: fuentes de tensión, trastorno físicos, trastornos conductuales, insatisfacción

laboral , agotamiento emocional, deterioro de rendimiento, despersonalización, problemas de relación. Este cuestionario fue tipificado en nuestro país por Esparza, Guerra y Martínez en 1995.

3.3.3 Intervenciones.

3.3.3.1 Watkins (1983) propone tres alternativas para prevenir el *Burnout* en los profesionales de ayuda: Tiempo libre y privado, contacto con otros profesionales, terapia personal (Filgueira, Martin y San Martin, 1994) .

3.3.3.2 Filgueira, Martin y San Martín (1994), a partir de las propuestas de numerosos autores, realizan una recopilación de las distintas estrategias de intervención que pueden resumirse en las siguientes:

- Validación del constructo, de tal manera que se pueda conocer dónde y cómo hay que intervenir.

- 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 en bienestar físico y psicológico de los trabajadores.

- Participación del trabajador en las normas de la organización.

- Apoyo social : actividades que aumenten la cohesión grupal del equipo de trabajo.

Que se permitan hacer públicos los sentimientos de desgaste sin temor a la descalificación

personal, compartir actividades de ocio, coterapia y contactos interdisciplinarios para combatir el aislamiento profesional.

- Aislamiento social temporal planificado: prácticas de “descompresión”, actividades que no requieran el contacto con otras personas.

- Formación continuada obligatoria y subvencionada para fomentar el sentido de la competencia personal y mantener la calidad de la asistencia.

- Terapia personal y supervisión durante la formación y el ejercicio profesional, para tomar conciencia y resolver los conflictos personales, ventilar dificultades profesionales, identificar y ventilar los sentimientos de *Burnout*, clarificar las motivaciones, etc.

4. Afrontamiento

Hablar de estrés nos lleva inevitablemente a hablar de afrontamiento. Son diversos los enfoques y modelos relacionados con el afrontamiento que van desde las medidas adecuadas o correctas en el control de estrés hasta concebirlo como cualquier evaluación que hace el sujeto frente a los estímulos potencialmente perturbadores, la evaluación de los recursos y las estrategias para enfrentarlo, y la elección concreta de una estrategia, independiente de si el resultado es adecuado o no.

4.1 Marco histórico conceptual del afrontamiento

El concepto de afrontamiento aparece en la década del 50, y se encuentra directamente ligado al concepto de estrés. Janis (1951), utiliza el concepto “trabajo de la

angustia” para referirse al manejo emocional de afrontamiento del estrés frente a situaciones de peligro.

Los primeros estudios surgen en el ambiente hospitalario, se basan en la identificación de los patrones de afrontamiento en pacientes sometidos a estrés agudo como pacientes sometidos a cirugía y pacientes quemados, y en pacientes sometidos a estrés crónico (pacientes con polio).

En los años 60, el afrontamiento es un concepto que se incorpora al psicoanálisis como mecanismos de respuesta inconscientes a conflictos internos.

Surgen diversas propuestas de preparación para enfrentar el estrés, que van desde instructivos o guías cognoscitivas hasta el apoyo afectivo. En el año 1966 Lazarus propone una teoría del estrés desde el punto de vista de los procesos involucrados como los procesos mediacionales.

Desde la perspectiva de Lazarus, el afrontamiento se define como “el proceso de manejo de las demandas internas o externas que sobrecargan o exceden los recursos de la persona”, Cohen y Lazarus se refieren al afrontamiento como “el esfuerzo orientado a la acción o intrapsíquico para manejar las demandas ambientales o internas , y los conflictos entre ellas, que sobrecargan o exceden los recursos de la personas” (Peiró y Salvador, 1993).

4.2 Teorías y Modelos de afrontamiento

4.2.1 Perspectiva Psicoanalítica. Desde la perspectiva psicoanalítica, el afrontamiento se define como pensamientos y acciones realistas que resuelven los

problemas de la persona. La negación, la represión y el desplazamiento, entre otros mecanismos de defensa, corresponde a los métodos de ajuste menos adecuados.

Una de las críticas que se le hace a este planteamiento por un lado, es que confunde el concepto de afrontamiento con los resultados en términos de eficacia y, por otro lado, que el contacto con la realidad no es un requisito necesario para el afrontamiento eficaz.

4.2.2 Perspectiva de rasgos. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se define según ciertos rasgos de personalidad del individuo que lo predisponen favorablemente o desfavorablemente para enfrentar el estrés. Algunos rasgos más estudiados son “locus de control” y “personalidad tipo A”, entre otros. (Peiró & Salvador, 1993)

Las críticas a este enfoque se basan en las limitaciones que se plantean al entender el afrontamiento como un concepto unidimensional y estable.

4.2.3 Perspectiva secuencial. Desde este enfoque se entiende el afrontamiento como una etapa o estadio dentro de una secuencia de etapas por la que pasa la persona sometida a estrés, poniendo énfasis en la toma de decisiones y solución de problemas.

Peiró y Salvador (1993), mencionan dentro de esta perspectiva a Elizabeth Kubler-Ross, quien ha desarrollado un campo de trabajo en el acompañamiento de pacientes terminales. Kubler-Ross plantea que las fases por la que pasan los pacientes terminales son: 1) negación; 2) angustia; 3) regateo; 4) depresión; y 5) aceptación de la muerte.

Janis y Mann (1977), plantean que la función del afrontamiento es la búsqueda y evaluación de la información. La persona sometida a estrés antes de seleccionar una respuesta, debe responder a cuatro preguntas: 1) si existen riesgos en caso de que no se responda, 2) si existen riesgos en caso de utilizar la estrategia de afrontamiento más

prominente; 3) si existe la posibilidad de encontrar una estrategia mejor de afrontamiento; y 4) si existe tiempo suficiente para buscar y analizar formas alternativas de acción (Peiró y Salvador, 1993).

Si bien esta perspectiva secuencial tiene la ventaja de entender el estrés desde una visión multidimensional y evolutiva, presenta ciertas limitaciones, ya que no siempre las estrategias de afrontamiento responden a una pauta rígida, ni todas las conductas de afrontamiento pueden clasificarse en una fase o estadio determinado.

4.2.4 Perspectivas interaccionistas. Desde esta perspectiva, se entiende el afrontamiento como el proceso por el cual la persona aprecia la situación como amenaza, riesgo o peligro, valora los recursos que dispone y las posibles respuestas que puede ofrecer, seleccionando la respuesta que le permita cambiar la situación, su manera de interpretarla o sus consecuencias (Peiró y Salvador, 1993).

El afrontamiento, desde este punto de vista, tiene como función : 1) manejar o reducir el estrés por alteración de la situación o de la apreciación de ésta; y 2) regular las respuestas emocionales ante la situación.

Diversas investigaciones dentro de este marco, identifican y categorizan el afrontamiento, desde una dimensión psicológica o psicosocial, de acuerdo al énfasis en las funciones dadas al afrontamiento. Pearlin y Schooler (1978), plantean tres grandes categorías de respuestas de afrontamiento: 1) las dirigidas a cambiar las fuentes de estrés; 2) las dirigidas a cambiar el significado o percepción del estresor; y 3) focalizada en los aspectos emocionales de regulación afectiva o descarga emocional.

Cohen y Lazarus (1983), plantean cinco categorías: 1) búsqueda de información de

la situación y las posibilidades de acción; 2) acciones directas (cualquier conducta que responda a la situación); 3) inhibición de la acción (no actuar para reducir los efectos de la situación); 4) procesos intrapsíquicos (reevaluar la situación, negar aspectos peligrosos, etc.); y 5) dirigirse a otros para buscar ayuda. Estos autores distinguen ocho factores relacionados: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades, escape/evitación, solución de problemas planificada y reapreciación de la situación.

En el ámbito del estrés laboral, se han desarrollado diversos estudios de categorización de afrontamiento, desde una perspectiva individual y no grupal u organizacional.

Peiró y Salvador (1993) se refieren a algunos como el de Burke (1971), que plantea cinco grupos: 1) hablar con otros; 2) trabajar más duro y por más tiempo; 3) realizar una actividad de tiempo libre; 4) adoptar una aproximación de solución de problema; y 5) alejarse de la situación estresante.

También están las investigaciones más recientes de Dewe et al. (1990), que obtienen siete estrategias: 1) abordar el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de ti; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse para abordar de mejor forma el problema; 6) utilizar los recursos familiares; y 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés (Peiró y Salvador, 1993).

Cooper et al. (1988), distingue seis tipos de afrontamiento :1) apoyo social; 2) estrategias referidas a la tarea; 3) lógica; 4) relaciones familiares y trabajo; 5) tiempo; y 6) implicación.

Autores como Pearlin y Schooler (1978), Shinn y Morch (1983), Mechanic (1974), se refieren a la ineficacia de las estrategias de afrontamiento en el ámbito laboral, a diferencia de otros ámbitos. Esto se explica en tanto las soluciones requieren una implicación activa de la organización, y no depende de habilidades individuales, ya que el control del estresor escapa al individuo.

5. Satisfacción Laboral

5.1 Marco Histórico Conceptual de la Satisfacción Laboral

En el desarrollo del tema de la Satisfacción Laboral, Staw distingue 3 etapas, la primera se caracteriza por un fuerte interés en el tema alrededor de los años 60, una segunda etapa caracterizada por un descenso importante de la productividad científica en esta temática y un tercer período marcado por un resurgimiento del tema (Peiró & Prieto, 1993; Peiró, 1996).

La Satisfacción Laboral es hoy en día una de las áreas de mayor interés en la Psicología Industrial y Organizacional, debido a la importancia que tiene el bienestar social general en contextos laborales que ofrezcan calidad de vida laboral y oportunidades para el desarrollo laboral. Autores que se interesan por la Satisfacción Laboral y Actitud ante el Trabajo son: Elton Mayo en los años 20, Hoppock el año 1935, y en la última década se destacan los trabajos de Peiró, Muchinsky, Schneider, Staw, Griffin y Bateman, Büssing, Harpaz, entre otros.

El incremento en los estudios relacionados a la Satisfacción Laboral se debe a la importancia que adquieren conceptos como la Calidad de vida laboral, el Impacto del

trabajo sobre la salud mental y las Relaciones entre trabajo y vida familiar (Peiró, 1996).

5.2 Teorías y Modelos de Satisfacción Laboral

Las teorías que se encuentran directamente relacionadas con la Satisfacción Laboral se han basado principalmente en el concepto de desajuste o discrepancia. Estas sostienen que la Satisfacción depende del grado de coincidencia que existe entre lo que un individuo busca en su trabajo y lo que realmente consigue de él (Peiró & Prieto, 1993).

Las discrepancias pueden ser intrapersonales o interpersonales. Las discrepancias intrapersonales surgen a partir de un proceso de comparación psicológica entre la percepción de las experiencias laborales reales y el criterio de comparación personal. En este criterio de comparación personal, Peiró ha hecho referencia a las necesidades de los individuos propuestas por Maslow (1954) y McClelland (1971), a los valores y a las recompensas esperadas. Por otra parte, según Muchinsky (1993), las discrepancias interpersonales nacen de la comparación que realiza un individuo en relación a los demás en torno a su propia Satisfacción Laboral (Peiró & Prieto, 1993).

5.2.1 Aproximación Bifactorial. Se destaca la Teoría de Dos factores, “Teoría Dual” o “Teoría de Motivación / Higiene” desarrollada por Herzberg, Mausner y Snyderman en 1959. Esta teoría es una de las pioneras en el campo de la Satisfacción Laboral. Se funda en las clasificaciones de necesidades realizadas por Maslow (1954) y McClelland (1971). Sostiene la existencia de ciertos factores asociados a una alta satisfacción y otros asociados a una insatisfacción laboral. Herzberg (1966), en el primer grupo de factores identifica a los denominados factores de contenido o motivadores que se

relacionan con el cumplimiento de las necesidades superiores en la jerarquía de Maslow (Peiró & Prieto, 1993). El segundo grupo de factores corresponde a los factores de contexto o de higiene y se encuentran más asociados con los peldaños inferiores de la pirámide de Maslow.

Herzberg (1966) propone que la presencia de factores de contenido o motivación producen satisfacción y su ausencia produce indiferencia. Por otra parte la presencia de factores de contexto o de higiene produce indiferencia y su ausencia da origen a la insatisfacción (Peiró & Prieto, 1993).

5.2.2 Aproximación basada en el concepto de Discrepancia. Se encuentra representada por dos grupos de teorías: 1) Teorías basadas en la discrepancia intrapersonal en donde encontramos la Teoría de ajuste en el trabajo desarrollada por Davis, England y Lofquist, 1964; Dawis, Lofquist y Weiss, 1968; Dawis y Lofquist, 1984 y Dawis, 1994 y la Teoría de la discrepancia elaborada por Locke entre los años 1969 y 1984. 2) Teorías basadas en la discrepancia intrapersonal e interpersonal. Se destacan los siguientes modelos y teorías: Modelo de Satisfacción de Facetas de Lawler desarrolla en 1973; Teorías basadas en la discrepancia interpersonal; Teoría del grupo de Referencia Social desarrollada por Korman (1978), Hulin (1966), Pettigrew (1967) y Festinger (1950).

5.2.3 Aproximaciones Situacionales. Destaca factores situacionales como determinantes de la Satisfacción Laboral. 1) Modelo del Procesamiento de la Información Social elaborado por Salancik y Pfeffer en 1978. 2) Teoría de los Eventos Situacionales desarrollado por Quarstein, McAfee y Glassman en 1992.

5.2.4 Aproximaciones Dinámicas. Se refieren a la Satisfacción Laboral en términos

de cantidad y calidad. Desde este punto de vista la Satisfacción Laboral es entendida por Büssing (1993), como el producto del proceso de interacción entre la persona y su situación de trabajo, y variables como el control y el poder para regular esta interacción (Peiró & cols., 1993). Aquí encontramos el Modelo Dinámico de la Satisfacción Laboral desarrollado por Bruggemann (1974); Bruggemann, Groskurth y Ulich (1975).

5.3 Medición de Satisfacción Laboral

Para medir la Satisfacción Laboral se han recurrido a métodos directos como cuestionario, e indirectos como técnicas proyectivas (Peiró & cols., 1993).

5.3.1 Métodos Tradicionales.

Las principales medidas de la Satisfacción Laboral son:

- Job Descriptive Index (JDI) desarrollado por Smith, Kendall y Hulin en 1969.
- Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) elaborado por Weiss, Dawis, England y Lofquist en 1967.
- La Escala de Caras de Kunin desarrollado en 1955.

Estos cuestionarios difieren en la medida en que se da más énfasis al componente afectivo o al componente cognitivo de la Satisfacción Laboral.

5.3.2 Avances.

En España, en la última década, el estudio de la Satisfacción Laboral a alcanzado un gran desarrollo (Lloret, González, & Peiró, 1995; Acámer, López & López, 1997; Martínez, Mateos, Pérula, Rodríguez, Creado, Jiménez & Baena, 1990; Saura, Leal, García, López, Ferrer & De la Viesca, 1997). Se han elaborado una serie de cuestionarios para medir la

Satisfacción Laboral siendo algunos de carácter general específico (orientados a determinar los niveles de satisfacción en ocupaciones específicas).

Se destacan el siguiente grupo de cuestionarios:

- El Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales de Peiró, Meliá y Calatuyud (1986).

- El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS - EAP) desarrollado por Peiró, González-Romá, Zurriaga, Ramos y Bravo (1990).

- El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS - EAP/33) de Lloret, González-Romá, Luna y Peiró (1993).

- El Cuestionario Modular de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud (BOP) elaborado por Bravo, Peiró y Zurriaga (1991).

Griffin y Bateman (1986) realizan una revisión de las investigaciones llevadas a cabo en torno a la Satisfacción Laboral y su relación con otras variables. Distinguen entre antecedentes y consecuentes de la Satisfacción Laboral (Peiró & cols., 1993).

Entre los antecedentes tenemos: establecimiento de metas, características y diseño del puesto, sistema de recompensas y salarios, características organizacionales, liderazgo, participación en la toma de decisiones, variables demográficas, factores disposicionales y género.

Entre las variables consideradas como consecuencias de la Satisfacción Laboral están: absentismo, rotación y actividad sindical.

Otras investigaciones en las cuales no ha quedado clara la dirección de la relación

han considerado aspectos como el rendimiento, la experiencia del “quemarse en el trabajo” o síndrome *Burnout* y la congruencia de intereses.

6. Apoyo Social

6.1 Marco histórico conceptual del Apoyo Social

La tendencia a buscar la compañía de otras personas o a buscar apoyo de otras personas, en forma particular ante situaciones estresantes, acompaña al ser humano a lo largo de su ciclo vital (Gracia, 1997).

La Psicología Social a aportado una serie de estudios a través de los cuales se destaca el efecto que la compañía tiene en el ajuste a situaciones estresantes. Aquí encontramos los estudios sobre la afiliación desarrollados por Schachter en 1959, quien afirma que todos tenemos necesidades que solo se ven satisfechas en las relaciones interpersonales y que allí estas funcionan como reductoras de la ansiedad.

Sobre la idea de que determinadas relaciones sociales pueden prevenir y reducir los efectos negativos del estrés surge en los años 70, como un nuevo campo de investigación, el apoyo social. Gottlieb (1983), destaca como elementos claves en el desarrollo del campo del apoyo social los siguientes estudios (Gracia, 1997):

- Estudios epidemiológicos de finales del siglo XIX y principios del XX sobre la influencia de los factores sociales en la salud mental de las personas desarrollados por Durkheim (1897 / 1951), Simmel (1902), Thomas y Znaniecki (1920), McKenzie (1926), Park y Burgess (1926), Faris y Dunham (1939).

- Estudios sobre el estrés y su influencia en el desarrollo de la enfermedad. El rol de

los estilos de afrontamiento y el acceso a vínculos sociales compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores psicosociales de Hinkle y Wolff en 1958 y Lazarus en 1966.

- El movimiento de la salud mental comunitaria y su énfasis en la importancia de los vínculos de los pacientes con su grupo primario y el uso de los recursos sociales disponibles en la comunidad tanto para la prevención como para la intervención (Gracia, 1997).

- Las elaboraciones teóricas en el campo de la Psicología Comunitaria y importancia que dan al entorno social en el desarrollo de recursos y estrategias de afrontamiento efectivas en las personas.

Con la publicación de los trabajos de Cassel (1974), de Cobb (1976) y de Caplan (1974) se va a reconocer al apoyo social como un concepto clave para la investigación y la intervención (Gracia, 1997). En ellos se destacan los efectos protectores que tiene sobre la salud los vínculos sociales con el grupo primario. Cassel y Cobb propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes (Gracia, 1997). Una de las definiciones de apoyo social más conocida es la de Cobb (1976). Este se refiere al apoyo social como información perteneciente a una de las tres clases siguientes (Barrón, Lozano, Chacón, 1993):

- Información que lleva al individuo a creer que es amado y que se preocupan por él.

- Información que le hace pensar que es valorado y estimado.

- Información que le lleva a creer que pertenece a una red de comunicación y

obligaciones mutuas.

Por otra parte los estudios de Caplan se orientan a destacar cómo el Apoyo Social proporciona a los individuos las provisiones psicosociales necesarias para la mantención de su salud psicológica y emocional. Caplan incluye dentro de los sistemas de Apoyo Social a las organizaciones formales como las profesiones de la salud, las iglesias y los grupos comunitarios. Se destaca el interés que algunos autores dan a esta fuente de apoyo mientras que otros enfatizan la de los grupos primarios (Horwitz, 1991). Estos últimos suelen ser los más nombrados por las personas. Horwitz (1991), haciendo referencia a House (1981), indica que es en los grupos primarios en donde radican las formas realmente preventivas de Apoyo Social, siendo estas efectivas no sería necesario recurrir a fuentes más formales.

6.2 Teorías y Modelos del Apoyo Social

El interés por el tema del Apoyo Social ha sido compartido por áreas diversas como son la Psicología, Psiquiatría, Sociología, trabajo social, la epidemiología y la Salud Pública.

El campo de definiciones que se ha desarrollado para el Apoyo Social ha resultado ser muy diverso. El punto de acuerdo entre los investigadores radica en el carácter multidimensional del constructo.

En el estudio del Apoyo Social se distinguen dos grandes perspectivas: una cuantitativa o estructural y una cualitativa o funcional.

En la perspectiva estructural se enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de Apoyo Social

(Gracia, 1997). Es importante aquí establecer la diferencia entre Red Social, Apoyo Social y Red de Apoyo. Para hablar de las características estructurales de las relaciones sociales utilizamos el término Red Social y el concepto Apoyo Social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual (Gracia, 1997). Por otra parte Red de Apoyo hace referencia al subconjunto de relaciones sociales que se establecen en una Red Social y que desempeñan funciones de apoyo. Los aspectos que más se destacan desde este punto de vista son: el análisis de la integración y participación social y el análisis de redes sociales, considerando las variables estructurales e interaccionales de la red.

Desde la perspectiva funcional se ha analizado la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades. Esto debido a que el efecto protector del Apoyo Social ha sido posible de estudiar a través de medidas funcionales más que estructurales. Se trata de medidas cualitativas, subjetivas, que permiten conocer las representaciones psicológicas de las personas sobre sus sistemas de apoyo y pueden o no correlacionarse con las medidas estructurales. Esta aproximación permite clarificar los mecanismos a través de los cuales el Apoyo Social puede incidir sobre el estrés y la salud. Según Troits, las relaciones interpersonales de calidad pueden influir sobre la salud y el bienestar psicológico por varias vías: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son una fuente de autoevaluación positiva y proporcionan un sentimiento de control de la situación (Peiró & cols., 1993).

Desde esta perspectiva es posible distinguir tres funciones del Apoyo Social: apoyo

emocional, instrumental e informacional. Lin (1986) agrupa todas las funciones en dos grandes dimensiones: funciones instrumentales (relaciones sociales como medio para conseguir ciertas metas) y funciones expresivas del Apoyo Social (relaciones sociales como un fin en si mismas). Dentro de esta misma perspectiva Gracia distingue entre Apoyo Social percibido y recibido haciendo referencia a dos componentes de este constructo, el componente cognitivo y el componente conductual.

Luego de una revisión de las definiciones de Apoyo Social realizada por Lin (1986) y Gottlieb (1981), queda manifiesto que en el tema se establecen tres fuentes o contextos en los cuales tiene lugar el Apoyo Social: Nivel macro o comunitario, nivel medio o redes sociales y Apoyo Social informal (Horwitz, 1991).

Horwitz (1991) traduce en tres las principales funciones del Apoyo Social:

- El Apoyo Social tiene un efecto positivo directo sobre la salud, satisfaciendo importantes necesidades humanas de seguridad, afecto y pertenencia.

- El Apoyo Social puede reducir los niveles de estrés (en el área laboral disminuye la probabilidad de conflictos y tensiones).

- El Apoyo Social puede aliviar o atenuar el impacto de los efectos del estrés sobre la salud, facilita la adaptación del individuo al estrés.

6.3 Medición e Intervenciones de Apoyo Social

La evaluación del Apoyo Social es un tema controvertido visto que nos enfrentamos a un constructo multidimensional. Turner (Barrón, Lozano y Chacón, 1993) habla de tres enfoques a la hora de evaluar el Apoyo Social:

1. Evaluación de la integración social: se evalúa el Apoyo Social en términos de las conexiones del sujeto con otros individuos.

2. Análisis de redes: se evalúa todo el campo social en el que el sujeto está inmerso, teniendo en cuenta las propiedades estructurales de esas relaciones y los efectos diferenciales de las mismas.

3. Enfoque perceptual: se centra en la calidad más que en la cantidad de las relaciones.

Por otra parte Barrera (1981) afirma que se podrían clasificar las medidas según se refieran a: la persona que da el apoyo, el receptor del mismo, o en las actividades implicadas en la provisión de Apoyo Social (Barrón, Lozano y Chacón,1993)

En cuanto a la medición del apoyo social, hay quienes afirman que existen 25 escalas que miden diversos componentes del mismo. Vera y Wood (1996), basándose en Vaux (1988) los agrupan en tres categorías: 1) Recursos de red de apoyo; 2) Conductas de apoyo; y 3) Valoraciones subjetivas del apoyo.

Barrón, Lozano y Chacón (1993), tras un análisis de los instrumentos proponen (Vera y Wood, 1996): 1) Las escalas para evaluación de Apoyo Social tienen dificultades en cuanto a sus propiedades psicométricas; 2) La carencia de una definición consensual de Apoyo Social hace muy difícil la comparación entre diferentes instrumentos; 3) Lo que evalúan las escalas, no incluyen una conceptualización aceptable de Apoyo Social, aunque hay correlación entre los diferentes contenidos de las escalas (De la Revilla, Bailón, Luna, Delgado, Prades y Fleitas (1991); De la Revilla y Fleitas, 1991).

En revisiones realizadas por Turner (1982), Garbarino (1983) y Cameron (1990) se

platean relaciones entre el apoyo y variables en los siguientes ámbitos de la salud y el ajuste psicosocial (Gracia,1997):

- Efectos positivos sobre la salud física.
- Aumento de bienestar Psicológico y ausencia de depresión.
- Aislamiento social como factor de riesgo del maltrato infantil y de la retirada del menor del hogar.
- Acceso a una red social positiva como predictor de éxito en la integración comunitaria para pacientes mentales;
- Disminución en la repetición de los patrones de maltrato hacia los hijos en personas que poseen una red social fuerte.
- La presencia de redes de apoyo en personas que han perdido a su pareja proporcionan fortaleza para afrontar la pérdida.
- Disminución de probabilidades de institucionalización y aumento de bienestar personal en personas de tercera edad que cuentan con redes informales de apoyo.

Estos ejemplos nos entregan una nueva forma de comprender la intervención social en la que los recursos sociales del entorno natural pueden desempeñar un rol fundamental en el logro de los objetivos de la intervención (Gracia, 1997)

METODOLOGÍA

Definición de variables

1.- Variables Dependientes

1.1 Síndrome *Burnout* : Síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a 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 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 en el trabajo o insatisfacción laboral (Esparza, Guerra & Martínez, 1995)

Factores o categorías de *Burnout* propuestos son los siguientes :

- Fuentes de Tensión en el Trabajo: derivadas del contacto con factores estresantes concretos (enfermedad, muerte, dolor, fracaso de las intervenciones, falta de organización y colaboración, etc)

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

- Agotamiento Emocional: falta de energías y destrucción de los recursos emocionales, con la vivencia de que a uno ya no le queda nada que dar o que 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 de la calidad del servicio que se ofrece). Pueden deteriorarse también las habilidades cognitivas.

- Degradación de la 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 progresivos 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 las que se trabaja y para quienes se trabaja. Los conflictos en las relaciones laborales pueden llegar a afectar intensamente a las relaciones personales fuera del contexto laboral.

- Trastornos Físicos: fatiga constante, insomnio, dolores diversos (de cabeza y de espalda más frecuentemente), 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 del consumo de alcohol (incluso en hora de trabajo) café, tabaco, drogas y fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos, etc.), aumento de la conducta violenta dentro y fuera del contexto laboral, robos en el lugar de trabajo, comportamientos de alto riesgo (conducción temeraria, juegos de azar peligrosos, etc.), tentativa de suicidio, etc.

1.2 Satisfacción Laboral: Actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo. Estas actitudes pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo como: la satisfacción con el equipo, la satisfacción con la retribución, la satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo, la satisfacción intrínseca al trabajo, la satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades, la satisfacción con la carga de trabajo y la satisfacción de objetivo y actividades (Peiró & cols., 1993).

1.3 Apoyo Social: Según Thoits, es el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de las interacciones con otros, entendiendo por necesidades sociales básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 1996).

2.- Variables Independientes

2.1 Variables Sociodemográficas: Estas variables son aquellas características sociodemográficas de los profesionales que pudieran estar incidiendo en el desarrollo del Síndrome *Burnout*, en el nivel de Satisfacción Laboral y en la percepción de Apoyo Social. Estas son: profesión, edad, sexo, estado civil, situación laboral del cónyuge, religión.

2.2 Variables Profesiográficas: Número de horas de trabajo, turnos, situación de contrato, años de profesión, años en institución y capacitación.

Cruces de variables:

Para cumplir con los objetivos de la investigación se proponen los siguientes cruces de variables:

- *Burnout* con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, tiempo libre y religión.
- *Burnout* con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- Satisfacción Laboral con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil,

profesión y tiempo libre.

- Satisfacción Laboral con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- Apoyo Social con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, hijos, religión y actividades en tiempo libre.
- Apoyo Social con las variables profesiográficas: años de profesión, años en la institución, horas de trabajo, turnos y situación laboral.
- *Burnout* con Satisfacción Laboral y Apoyo Social.
- Los factores de síndrome *Burnout* con los factores de Satisfacción Laboral y Apoyo Social.

Sujetos

Los sujetos de estudio corresponden a todos los profesionales: médicos, odontólogos, asistentes sociales, enfermeras, matronas, kinesiólogos y nutricionistas de los Consultorios de Atención Primaria de la Municipalidad de Valparaíso (aproximadamente 122 sujetos).

Ambiente

La medición se realiza en los lugares de trabajo de los sujetos, esto es, en los Consultorios de Atención Primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso (Placilla, Las Cañas, Placeres, Mena, Puertas Negras, Barón, Cordillera, Rodelillo, Esperanza, Padre Damián, Reina Isabel y Quebrada Verde).

Procedimiento

- Prueba Piloto: Durante el mes de Enero y Febrero se realiza la prueba piloto con una muestra de 10 profesionales de la Salud, pertenecientes a los Consultorios de Atención Primaria del Hospital de Limache, Consultorio del Adolescente de Valparaíso y Consultorio del Niño de Valparaíso.

Se obtiene un tiempo promedio de respuesta de la batería de instrumentos de 28 minutos.

- Prueba en Población Objetivo: Desde Febrero a Mayo se procede a la recolección de datos en los 12 Consultorios de Atención Primaria de Valparaíso. Fue necesario visitar previamente cada consultorio y establecer un acuerdo con los directores en cuanto a la fecha de realización de la aplicación de los cuestionarios.

En cada consultorio se reunió a los profesionales, se les entregó la batería de instrumentos y se dio las instrucciones pertinentes. Las encuestadoras estuvieron presentes para dar toda la información necesaria con el fin de evitar los sesgos.

La población total encuestada fue de 112 profesionales (Ver cuadro nº1), que corresponde al 91,8 % del total de profesionales pertenecientes a los consultorios de APS de Valparaíso.

Técnica de recolección de datos

Utilización de los siguientes cuestionarios autoadministrados:

- Cuestionario de Actitud ante el Trabajo de Esparza, Guerra y Martínez (1995).

Este cuestionario cuenta con 65 ítems distribuidos en 8 factores: Fuentes de tensión(23 ítems), Insatisfacción laboral (13 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). Algunos ítems han sido utilizados para medir más de un factor.

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

Los autores de este cuestionario recogen la propuesta de Maslach y Jackson (1981), en relación al cambio de nombre del cuestionario original, para evitar sesgos de los sujetos encuestados al concepto de *Burnout* y así evitar alteraciones en las respuestas (Esparza, Guerra y Martínez, 1995), de allí que del nombre original “Cuestionario de *Burnout* para Profesionales Sanitarios” de Filgueira (1991), pase a llamarse “Cuestionario de Actitud ante el Trabajo”.

- Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS - EAP / 33) de Lloret, González-Romá, Luna y Peiró (1993). Consta de 33 ítems y 8 factores: La satisfacción con el equipo (7 ítems), La satisfacción con la retribución (3 ítems), La satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo (5 ítems), La satisfacción intrínseca al trabajo (5 ítems), La satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades (4 ítems), La satisfacción con la carga de trabajo (3 ítems), La satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo (3 ítems), La satisfacción con la definición de objetivos y actividades (3 ítems).

La consistencia interna de la escala global es de .94 y la de los factores osciló entre .90 y .85 para los factores 1, 2, 3, 4, y 5, para el resto de factores se calculó la intercorrelación media que osciló entre .48 y .76.

Este cuestionario que se encuentra actualmente en versión experimental, ha sido facilitado por uno de sus autores, José María Peiró, para la realización de nuestra investigación.

- Escala de Apoyo Social y Familiar de Procidano y Heller (1983). Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su familia, consta de 20 ítems los cuales tienen 3 opciones de respuesta (NO, SI, NO SE). Vera y Wood (1994) determinan una confiabilidad de 0.901 (alfa Cronbach), 0.873 (coeficiente de Spearman-Brown), y 0.871 (coeficiente de Gutman-Rulon). Esta escala tiene una validez estimada a partir del procedimiento de validez concurrente utilizando como criterio los puntajes obtenidos en escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme (Vera y Wood, 1994).

Diseño

Estudio descriptivo de carácter transversal mediante cuestionarios autoadministrados.

Se realiza una sola medición a la población objetivo, pues el interés está en conocer la situación actual de los individuos en relación a las variables mencionadas.

Análisis de datos

Los datos de cada uno de los instrumentos son tabulados y traspasados a un sistema excel, desde allí se establecen los puntajes de corte y las categorías correspondientes a cada instrumento. Esto permite realizar un análisis descriptivo general de la población encuestada. A partir de estos resultados se procede a un nuevo nivel de análisis estableciendo una relación entre variables independientes (profesigráficas, estatus laboral) y variables dependientes (resultados de cada uno de los instrumentos). En este análisis se busca establecer asociatividad significativa entre estas variables utilizando coeficientes de correlación pertinentes al tamaño de la población encuestada (Pearson) (Comín, 1990; Hernández, Fernández y Baptista, 1996).

En esta segunda fase se utiliza el programa computacional para Ciencias Sociales (SPSS) (Alfa Cronbach) y EPIINFO (1998) (Chi Cuadrado).

Se realiza:

A) Análisis de Estadística Descriptiva que tiene como finalidad describir los datos, valores y puntuaciones obtenidas para cada una de las variables:

- Frecuencias relativas para las variables dependientes e independientes.

B) Análisis Correlacional

- Chi Cuadrado para establecer correlaciones entre las variables dependientes e independientes.

- Correlación de Pearson para determinar correlaciones entre los factores de las variables dependientes:

Burnout: Fuentes de Tensión (FT), Insatisfacción Laboral (IL), Agotamiento Emocional (AE), Degradación de la competencia Profesional (DCP), Degradación de la Autoimagen (DAI), Dificultades en las Relaciones Interpersonales (RR), Trastornos Físicos (TF) y Trastornos Conductuales (TC).

Satisfacción Laboral: Satisfacción con el equipo (SE), Satisfacción con la retribución (SR), Satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo (SM), Satisfacción intrínseca al trabajo (ST), Satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades (SO), Satisfacción con la carga de trabajo (SW), Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo (SA) y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades (SD).

Apoyo Social Familiar (AP.SOC).

- Análisis de Confiabilidad por Consistencia Interna con Alfa de Cronbach del Cuestionario de Satisfacción Laboral CSLPS-EAP/33. Se realiza el análisis de confiabilidad debido a dificultades de obtención de criterios de corrección por parte de los autores.

El criterio para utilizar Alfa se basa en que los ítems del cuestionario, pueden ser considerados como numéricos por tratarse de una escala de respuesta de tipo Likert, con más de tres categorías de respuestas numeradas, en una muestra con un tamaño superior a 80 sujetos; lo que permita una buena distribución de los puntajes a lo largo de la muestra.

El criterio para considerar que el instrumento es confiable por consistencia de sus ítems es de un valor superior a 0.75.

RESULTADOS

1. Análisis Descriptivo

La población objeto de estudio estuvo constituida por un total de 112 profesionales de Atención Primaria de Salud de los consultorios dependientes de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso (Cuadro n°1), cuyos resultados obtenidos en los Cuestionarios de Actitud Ante el Trabajo, Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33) y Escala de Apoyo Social Familiar, se distribuyen de la siguiente forma (ver Cuadro n°1)

Cuadro n°1: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PROFESIONALES POR CONSULTORIO

CONSULTORIO	PROFESIONALES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Barón	13	11,6%
Cordillera	4	3,57%
Esperanza	5	4,46%
Las Cañas	4	3,57%
Mena	10	8,92%
P. Damián	8	7,14%
Placeres	8	7,14%
Placilla	6	5,35%
Puertas Negras	8	7,14%
Qda. Verde	21	18,75%
Reina Isabel	17	15,17%
Rodelillo	8	7,14%
TOTAL	112	100%

1.1 Frecuencia para las variables Sociodemográficas y Profesiográficas

1.1.1 Variables sociodemográficas:

- Sexo: 31 hombres (27,6%) y 81 mujeres (72,4%)
- Estado civil: 23 Solteros (20,5%), 76 casados (68,8%), 10 separados (8,9%) y 3 viudos (2,6%).

- Edades: 39 personas entre 24 y 39 años (34,8%), 62 personas entre 40 y 55 años (55,3%) y 11 personas entre 56 y 72 años (9,8%).

- Actividad en tiempo libre: 83 personas no realizan actividades recreativas en tiempo libre (74,1%) y 29 personas sí realizan actividades (25,89%).

- Religión: 86 católicos (76,7%), 4 cristianos (3,5%), 3 personas con otra religión (2,6%) y 19 personas no profesan religión (16,9%).

1.1.2 Variables profesiográficas:

- Profesiones: 21 médicos (18,75%), 20 odontólogos (17,85%), 14 asistente sociales (12,5 %), 20 matronas (17,85%), 12 nutricionistas (10,7%), 21 enfermeras (18,75%) y 4 kinesiólogos (3,5%).

- Antigüedad en la profesión: 44 personas entre 0 y 14 años (39,2%), 62 personas entre 15 y 29 años (55,3%) y 3 personas entre 30 y 45 años de profesión (5,3%).

- Antigüedad en la institución: 68 personas entre 0 y 10 años (60,7%), 35 personas entre 11 y 21 años (31,25%) y 9 personas entre 22 y 33 años de antigüedad (8%).

- Horas de trabajo semanal: 9 personas entre 1 y 9 horas (8%), 95 personas entre 30 y 58 horas (84,1%) y 8 personas entre 59 y 88 horas (7,1%).

- Turnos: 28 personas sí realizan turnos (18,75%) y 91 personas que no realizan turnos (81,25%).

- Situación Laboral: 89 personas con contrato laboral (79,46%) y 23 personas con contrato eventual/renovable (20,53%).

1.2 Frecuencia para las variables *Burnout*, Satisfacción Laboral y Apoyo Social Familiar

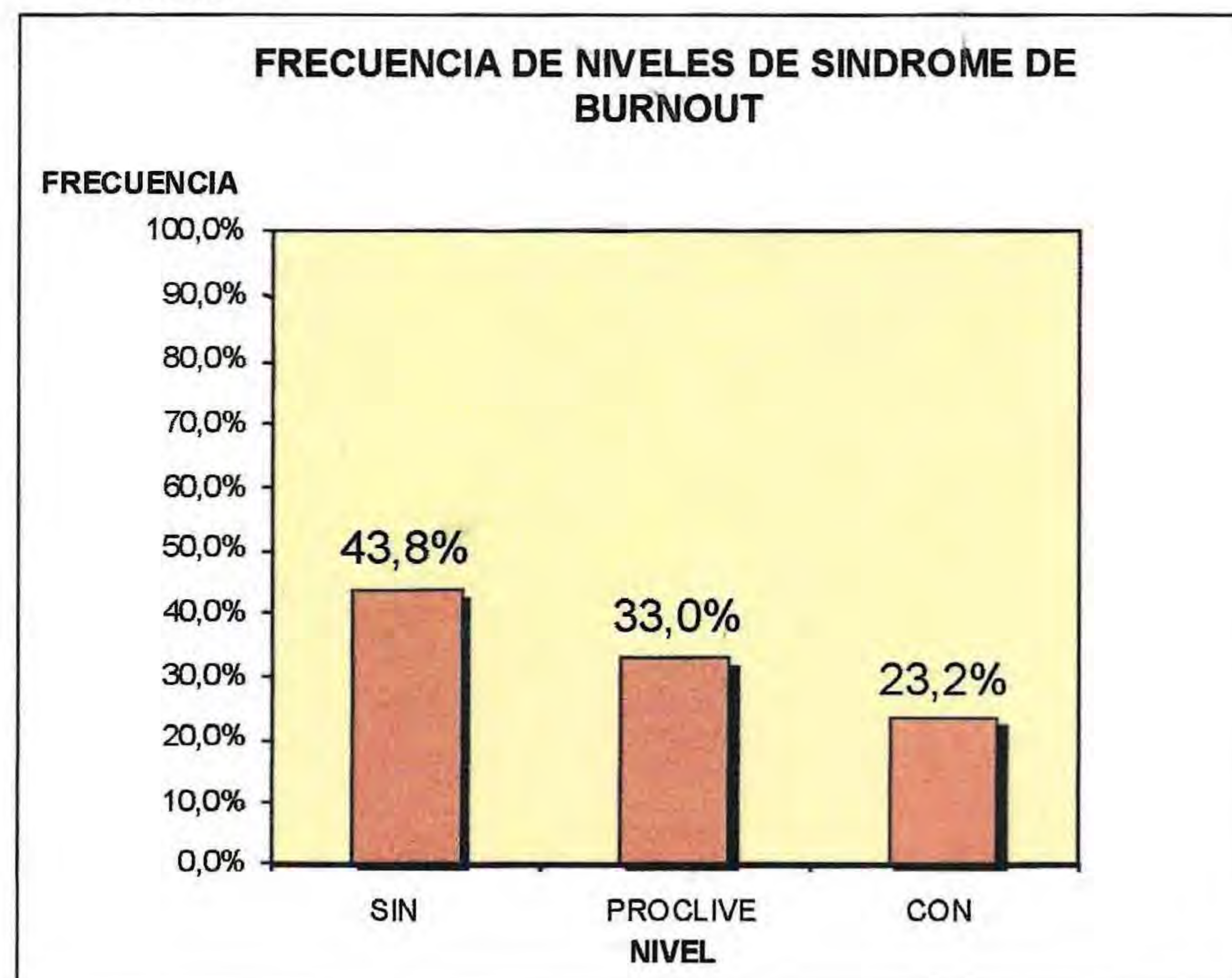
1.2.1 *Burnout*

De la población estudiada (112 profesionales), 49 sujetos se encuentran en la categoría Sin *Burnout* (43,8%), 37 sujetos están dentro de la categoría Proclive al Síndrome *Burnout* (33%) y 26 sujetos se encuentran Con *Burnout* (23,2%), es decir, el 56,2% de los sujetos investigados está presentando algún síntoma del síndrome en un nivel medio (ver Cuadro N°2 y Gráfico n°1).

Cuadro n°2: FRECUENCIA DE NIVELES DE SINDROME BURNOUT

BURNOUT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN	49	43.8
PROCLIVE	37	33.0
CON	26	23.2
TOTAL	112	100

Gráfico n°1

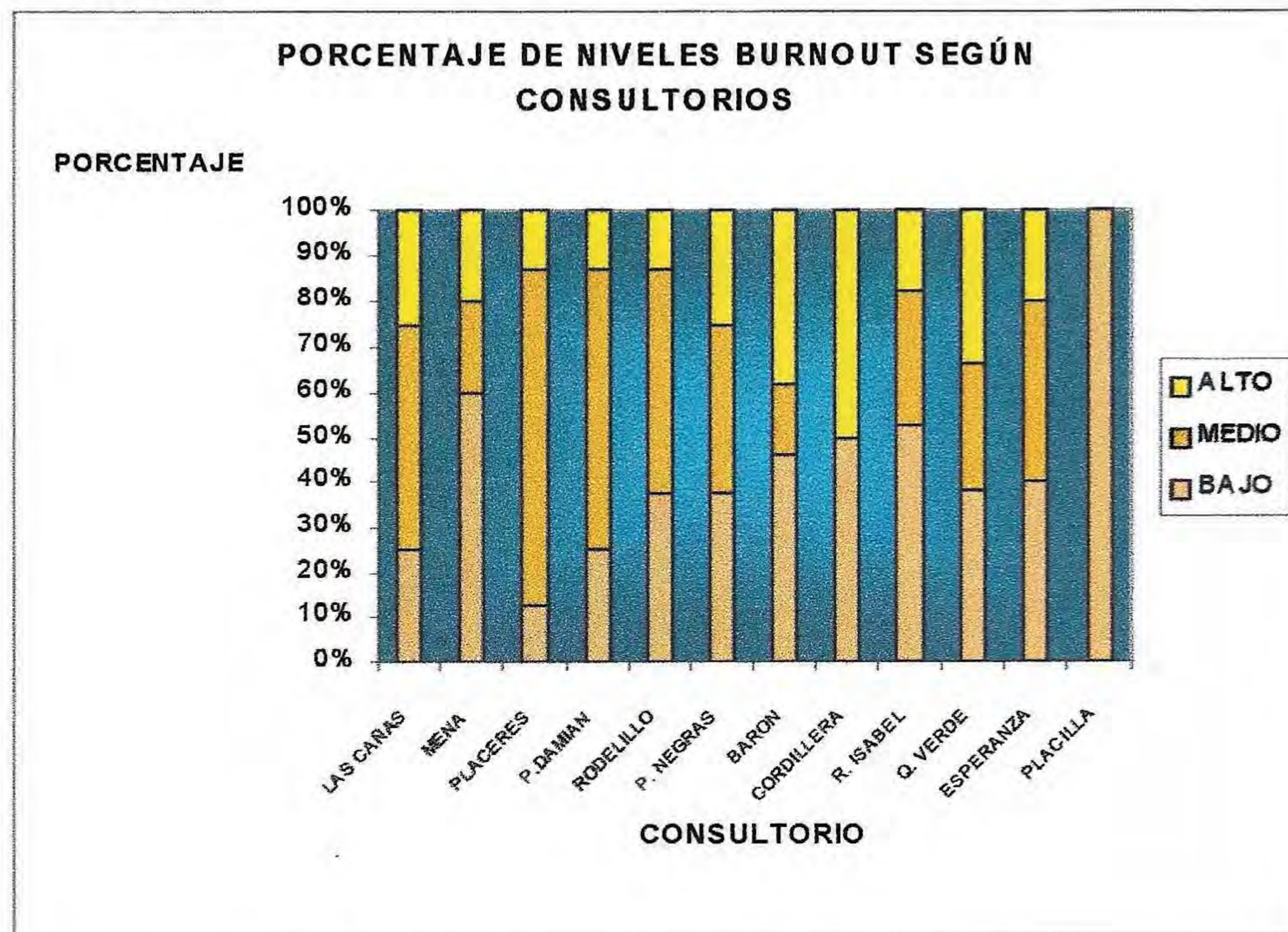


La frecuencia de los niveles del Síndrome *Burnout* obtenidas por los profesionales de los Consultorios Atención Primaria se resume en el Cuadro n°3 y Gráfico n°2.

Cuadro n°3: FRECUENCIA DE NIVELES DE SÍNDROME *BURNOUT* POR CONSULTORIO

BURNOUT				
CONSULTORIO	SIN	PROCLIVE	CON	TOTAL
LAS CAÑAS	1	2	1	4
BARÓN	6	2	5	13
CORDILLERA	2	0	2	4
ESPERANZA	2	2	1	5
MENA	6	2	2	10
PADRE DAMIÁN	2	5	1	8
PLACERES	1	6	1	8
PLACILLA	6	0	0	6
PUERTAS NEGRAS	3	3	2	8
QUEBRADA VERDE	8	6	7	21
REINA ISABEL	9	5	3	17
RODELILLO	3	4	1	8
TOTAL	49	37	26	112

Gráfico n°2



Los factores de *Burnout*, medidos en niveles alto, medio y bajo se distribuyen en la población, estudiada según el siguiente cuadro:

Cuadro nº 4: FRECUENCIA DE NIVELES DE LOS FACTORES DE BURNOUT

FACTORES DE SÍNDROME BURNOUT	NIVEL					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
	N	%	N	%	N	%
Fuentes de Tensión	19	17,96	38	33,09	55	49,10
Insatisfacción Laboral	36	32,14	34	30,35	42	37,5
Agotamiento Emocional	30	26,78	40	35,7	42	37,5
Degradación de la competencia Profesional	35	31,25	30	26,78	47	41,9
Degradación de la Autoimagen	21	18,75	30	26,78	61	54,4
Dificultad en las Relaciones Interpersonales	17	15,17	39	34,8	56	50,0
Trastornos Físicos	36	32,14	44	39,2	32	28,57
Trastornos Conductuales	21	18,75	21	18,75	70	62,5

En el Cuestionario de Actitud ante el Trabajo 60 sujetos (53,5%) contestaron la pregunta abierta que cierra el cuestionario, de los cuales un 78,3% manifiesta un sentimiento de malestar en torno a diversos temas enunciados posteriormente, mientras que un 21,6% expresa su satisfacción por el tipo de trabajo que desempeña destacando la importancia de “la entrega al otro”.

Las respuestas se clasificaron según el contenido, que corresponde a los siguientes temas: baja remuneración (41,6%), precariedad de condiciones ambientales (28,3%), falta de reconocimiento de la labor (18,3%), déficit de capacitación (15%), exigencias de aumento de cobertura y calidad (11,6%), dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales en los equipos de trabajo (5%), sentimiento de incompetencia profesional (1,7%) y alto número de rotación en los equipos de trabajo (1,7%).

1.2.2 Satisfacción Laboral

Los puntajes obtenidos en el CSLPS-EAP/33, se ordenan en 3 intervalos que se distribuyen entre el puntaje mínimo y máximo obtenido por la población estudiada (70-116; 117-163; y 164-211 puntos). Los resultados según la Estadística de Posición se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 5: PUNTAJES DE ESTADÍSTICA DE POSICIÓN EN EL CSLPS-EAP/33

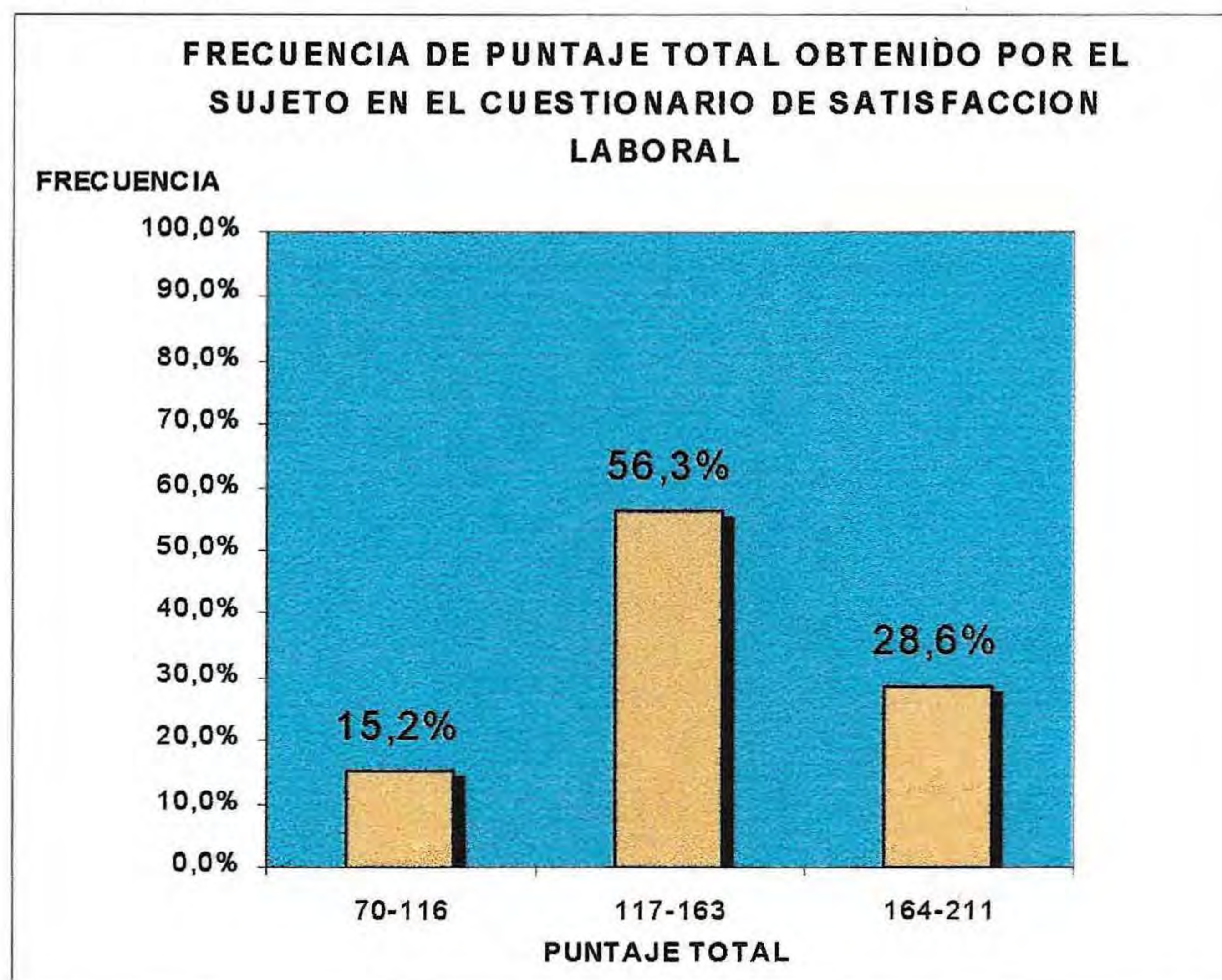
ESTADÍSTICA	PUNTAJES
Promedio	145,3
Media	147
Percentil:	
(0,05)	99
(0,10)	104
(0,90)	182
(0,95)	191
Cuartil:	
Mínimo	70
25	129
50	147
75	166
Máximo	211

De la población estudiada (112 profesionales), 17 sujetos se encuentran en el intervalo entre 70-116 puntos (15,2%), 63 sujetos en el intervalo 117-163 puntos (56,3%), 32 sujetos se ubican en el intervalo 164-211 puntos (28,6%) (ver Cuadro N°6 y Gráfico n°3).

Cuadro n°6: FRECUENCIA DE PUNTAJE TOTAL OBTENIDO POR EL SUJETO EN EL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL

PUNTAJE TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
70 - 116	17	15.2
117 - 163	63	56.3
164 - 211	32	28.6
TOTAL	112	100

Gráfico n°3



1.2.3 Apoyo Social Familiar

Los puntajes de las Escala de Apoyo Social Familiar se ordenan en 3 intervalos que se distribuyen entre el puntaje mínimo y máximo obtenido por la población estudiada (5-9; 10-14; y 15-20 puntos). Los resultados según la Estadística de Posición se resumen en el Cuadro n° 7.

De la población estudiada (112 profesionales), 6 sujetos se encuentran en el intervalo entre 5-9 puntos (5,4%), 19 sujetos en el intervalo 10-14 puntos (17%), 87 sujetos se ubican en el intervalo 15-20 puntos (77,7%) (ver Cuadro n°8 y Gráfico n°4).

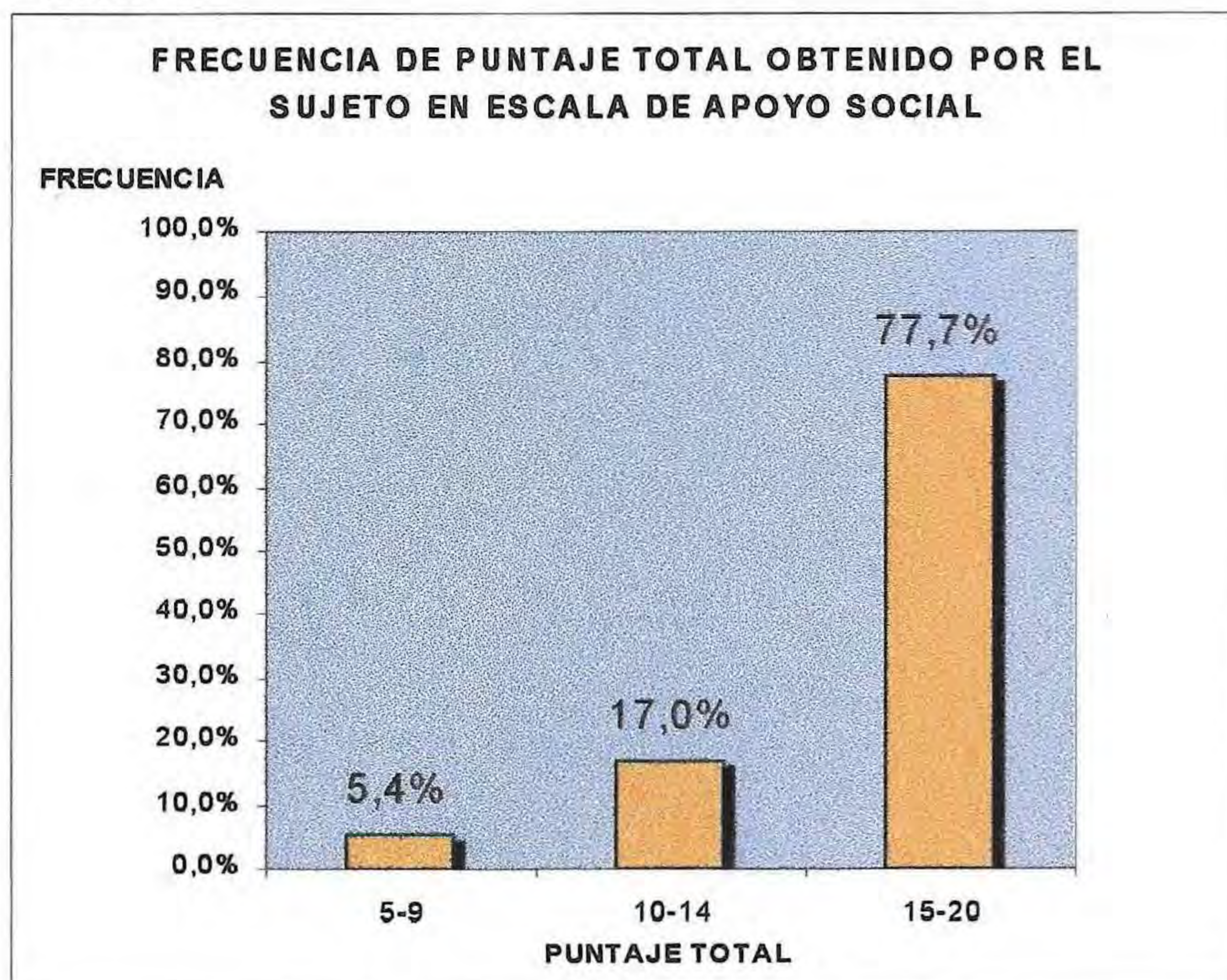
Cuadro n° 7: PUNTAJES DE ESTADÍSTICA DE POSICIÓN EN ESCALA DE APOYO SOCIAL FAMILIAR

ESTADÍSTICA	PROMEDIO
Promedio	16,527
Media	18
Percentil:	
(0,05)	9
(0,10)	10
(0,90)	20
(0,95)	20
Cuartil:	
Mínimo	5
25	15
50	18
75	19
Máximo	20

Cuadro n°8: FRECUENCIA DE PUNTAJE TOTAL OBTENIDO POR EL SUJETO EN ESCALA DE APOYO SOCIAL FAMILIAR

PUNTAJE TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 - 9	6	5.4
10-14	19	17.0
15-20	87	77.7
TOTAL	112	100

Gráfico n° 4



2. Análisis Correlacional

2.1 Correlación entre variables (Chi Cuadrado)

En el análisis correlacional de las variables *Burnout* con variables profesigráficas y sociodemográficas no se observa correlación con un nivel de significancia de 0.05, excepto entre *Burnout* y edad (0,0378) (ver tablas nº1 - nº11, apéndice E).

En el análisis correlacional entre las variables Satisfacción Laboral con variables profesigráficas y sociodemográficas no se observa correlación significativa de 0.05 (ver tablas nº 12 - nº21, apéndice E).

En el análisis correlacional entre las variables Apoyo Social Familiar con variables profesigráficas y sociodemográficas no se observa correlación significativa de 0.05 (ver tablas nº22 - nº33, apéndice E).

Entre las variables *Burnout* y Apoyo Social Familiar existe una correlación altamente significativa (0.0031). El 66,6% de los sujetos con puntajes más bajos en Apoyo Social Familiar presenta el síndrome *Burnout*, mientras que el 14,9% de los sujetos con puntajes más altos en Apoyo Social Familiar presentan el síndrome *Burnout*. Esta información se resume en el Cuadro nº9.

Cuadro nº9: CORRELACIÓN BURNOUT CON APOYO SOCIAL FAMILIAR

APOYO SOCIAL	BURNOUT			TOTAL
	SIN	PROCLIVE	CON	
5 - 9	1	1	4	6
10-14	6	4	9	19
15-20	42	32	13	87
TOTAL	49	37	26	112

Chi-cuadrado = 15.96
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.0031

Entre las variables *Burnout* y Satisfacción Laboral existe una correlación altamente significativa (0.0008). El 35,2% de los sujetos con puntajes más bajos en Satisfacción Laboral presenta el síndrome *Burnout*, mientras que el 6,25% de los sujetos con puntajes más altos en Satisfacción Laboral presentan el síndrome *Burnout*. Esta información se resume en el Cuadro n°10.

Cuadro n° 10: CORRELACIÓN BURNOUT CON SATISFACCIÓN LABORAL

SATISFACCIÓN LABORAL	BURNOUT			TOTAL
	SIN	PROCLIVE	CON	
70-116	4	7	6	17
117-163	21	24	18	63
164-211	24	6	2	32
TOTAL	49	37	26	112

Chi-cuadrado = 18.91
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.0008

Entre las variables Apoyo Social Familiar y Satisfacción Laboral existe una correlación de 0.4187, lo que indica que no hay una relación entre estas variables (ver Cuadro n°11).

Cuadro n° 11: CORRELACIÓN APOYO SOCIAL FAMILIAR CON SATISFACCIÓN LABORAL

SATISFACCIÓN LABORAL	APOYO SOCIAL			TOTAL
	5-9	10-14	15-20	
70-116	2	2	13	17
117-163	4	10	49	63
164-211	0	7	25	32
TOTAL	6	19	87	112

Chi-cuadrado = 3.91
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.4187

2.2 Correlación de los factores de *Burnout*, Satisfacción Laboral y Apoyo Social Familiar (Pearson).

En general, existe una correlación entre las variables mencionadas, que van desde una correlación muy débil a una correlación media, tanto positiva como negativamente. La correlación negativa indica que en la medida en que los puntajes de una variable aumentan, los puntajes de la otra variable disminuyen proporcionalmente; y la correlación positiva indica que en la medida en que aumentan los puntajes de una variable, los puntajes de la otra variable también aumentan proporcionalmente. Sin embargo, la correlación de Pearson no evalúa causalidad, por tanto, no se considera a una variable como dependiente y a otra como independiente .

Se observa una tendencia a una correlación positiva media (0.50 y 0.74) en los siguientes factores: Fuentes de tensión y Insatisfacción laboral; Fuentes de tensión y Agotamiento emocional; Fuentes de tensión y Degradación de la autoimagen; Insatisfacción laboral y Degradación de la competencia profesional; Agotamiento emocional y Degradación de la competencia profesional; Agotamiento emocional y Degradación de la autoimagen; Agotamiento emocional y Trastornos físicos; Satisfacción con el equipo y Satisfacción con la organización y las relaciones con otras unidades; Satisfacción con el equipo y Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo; Satisfacción con el equipo y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades; Satisfacción con la retribución y Satisfacción con la carga de trabajo; Satisfacción intrínseca al trabajo y Satisfacción con la carga de trabajo; Satisfacción con la organización y las relaciones con otras unidades y Satisfacción con la carga de trabajo; Satisfacción con la organización y las relaciones con otras unidades y Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo; Satisfacción con la organización y las

relaciones con otras unidades y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades; Satisfacción con la carga de trabajo y Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo; Satisfacción con la carga de trabajo y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades; y Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades.

Sólo los factores de Insatisfacción laboral y Satisfacción con la retribución tienen una correlación negativa media (-0,50 y -0,74).

La variable Apoyo Social Familiar establece correlaciones negativas (medias y débiles) con los factores de *Burnout*: Fuentes de tensión, Agotamiento Emocional, Degradación de la competencia profesional, Degradación de la autoimagen y Trastornos físicos; con el resto de los factores no hay correlación. Así mismo se observa que no existe relación entre la variable Apoyo Social Familiar y los factores de Satisfacción Laboral.

No existe correlación entre el factor de *Burnout* “Trastornos Conductuales” y las variables Satisfacción Laboral y Apoyo Social Familiar.

MATRIZ DE CORRELACIONES
FACTORES DE SINDROME DE BURNOUT, FACTORES DE SATISFACCION LABORAL Y
APOYO SOCIAL

	FT	IL	AE	DCP	DAI	RR	TF	TC	SE	SR	SM	ST	SO	SW	SA	SD	AP. SOC.
FT	1,00	0,61	0,54	0,49	0,59	0,37	0,42	0,40	-0,35	-0,42	-0,35	-0,38	-0,30	-0,33	-0,31	-0,28	-0,24
IL		1,00	0,46	0,53	0,34	0,30	0,28	0,34	-0,33	-0,56	-0,46	-0,44	-0,40	-0,38	-0,25	-0,35	-0,16
AE			1,00	0,69	0,61	0,41	0,52	0,29	-0,15	-0,22	-0,12	-0,37	-0,13	-0,21	-0,07	-0,24	-0,43
DCP				1,00	0,45	0,32	0,48	0,35	-0,27	-0,37	-0,26	-0,40	-0,30	-0,32	-0,18	-0,37	-0,30
DAI					1,00	0,43	0,44	0,42	-0,20	-0,13	-0,17	-0,24	-0,12	-0,11	-0,10	-0,17	-0,26
RR						1,00	0,39	0,31	-0,28	-0,12	-0,11	-0,26	-0,21	-0,05	-0,24	-0,17	-0,14
TF							1,00	0,40	-0,19	-0,24	-0,13	-0,23	-0,02	-0,18	-0,05	-0,13	-0,21
TC								1,00	-0,02	-0,11	-0,05	-0,10	-0,04	-0,03	0,04	-0,06	-0,18
SE									1,00	0,43	0,31	0,36	0,61	0,37	0,55	0,55	0,00
SR										1,00	0,42	0,42	0,45	0,56	0,38	0,40	0,01
SM											1,00	0,45	0,41	0,48	0,39	0,26	-0,04
ST												1,00	0,42	0,52	0,36	0,49	0,18
SO													1,00	0,58	0,67	0,60	0,04
SW														1,00	0,50	0,55	-0,07
SA															1,00	0,61	-0,08
SD																1,00	0,01
AP. SOC.																	1,00

ABREVIATURAS

Factores Síndrome Burnout

FT : Fuentes de Tensión
 IL : Insatisfacción Laboral
 AE : Agotamiento Emocional
 DCP : Degradación de la competencia Profesional
 DAI: Degradación de la Autoimagen
 RR : Dificultades en las Relaciones Interpersonales
 TF : Trastornos Físicos
 TC : Trastornos Conductuales

Factores Satisfacción Laboral

SE : Satisfacción Laboral: Satisfacción con el equipo
 SR : Satisfacción con la retribución
 SM: Satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo
 ST : Satisfacción intrínseca al trabajo
 SO : Satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades
 SW: Satisfacción con la carga de trabajo
 SA : Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo
 SD : Satisfacción con la definición de objetivos y actividades

Apoyo Social Familiar

AP.SOC: Apoyo Social Familiar

2.3 Análisis de Confiabilidad del CSLPS-EAP/33 (Cronbach).

Se realiza el análisis Correlacional con Alfa Cronbach del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLP-EAP/33).

La consistencia interna por factores osciló entre 0.72 y 0.91, distribuyéndose de la siguiente manera: Satisfacción con el Equipo (0.88); Satisfacción con la Retribución (0.89); Satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo (0.91); Satisfacción Intrínseca al trabajo (0.83); Satisfacción con la Institución y la relación con otras unidades (0.83); Satisfacción con la carga del trabajo (0.72); Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo (0.79) y Satisfacción con la definición de objetivos y actividades (0.82).

La consistencia interna de la escala global es de 0.94.

CONCLUSIONES

1. Conclusión y discusión

Los resultados de la presente investigación indican que, el 56,2% de los profesionales pertenecientes a los Consultorios de Atención Primaria de Salud, de la Corporación Municipal de Valparaíso, estarían al menos Proclive al Síndrome *Burnout*, presentando los síntomas de éste en niveles medio y alto, descritos como: Trastornos Físicos, Insatisfacción Laboral, Agotamiento Emocional, Degradación de la Competencia Profesional y Dificultades en las relaciones interpersonales.

Si bien la investigación no arroja correlaciones significativas entre la variable *Burnout* y las variables sociodemográficas y profesiográficas, se observa que los profesionales que presentan el síndrome, sobre el 33%, corresponde a matronas, enfermeras y nutricionistas. Los profesionales Proclives al Síndrome *Burnout*, sobre el 40%, corresponde a kinesiólogos, asistentes sociales, nutricionistas y matronas, lo cual podría relacionarse con el tipo de trabajo exigido para estas profesiones en atención primaria, con gran cantidad de horas en contacto directo con los pacientes, desarrollando programas de prevención y control de la salud más amplios, y como en el caso de las enfermeras y matronas, labores administrativas de dirección.

Respecto a los profesionales que llevan menos años ejerciendo la profesión, se observa un alto porcentaje proclive al Síndrome *Burnout*. Los profesionales que ejercen entre 15 y 29 años acumulan el más alto porcentaje del síndrome.

Los profesionales entre 40 y 55 años, tienden a estar proclives y presentar el síndrome, en más de un sesenta por ciento, lo que podría estar relacionado, como lo

manifiestan los propios profesionales en sus respuestas abiertas, con la pérdida de expectativas en torno al trabajo, el cuestionamiento de la eficacia profesional, frustración progresiva, entre otros. Los profesionales más jóvenes presentan mayores esperanzas respecto de su futuro profesional, expectativas poco realistas en el contexto de la atención primaria, que los predisponen al síndrome, pero, a diferencia del profesional con más años, éste tiene mayores posibilidades de aspirar a otros empleos más acordes con sus expectativas, viendo en la atención primaria una posibilidad de adquirir experiencia y beneficios profesionales (v.g. becas, pasantías, etc.).

Las mujeres presentan tendencia mayor que los hombres a estar proclive al Síndrome y presentarlo, sin embargo, los datos al respecto de la variable género no son concluyentes, puesto que los instrumentos utilizados no contemplan variables que puedan incidir diferencialmente en hombres y mujeres, como es el caso de la doble jornada (v.g. labores domésticas) en estas últimas.

Los resultados obtenidos por los profesionales en la escala de apoyo social familiar, correlacionan significativamente con *Burnout*, es decir, los profesionales con mayor apoyo social familiar, se encuentran en mayor porcentaje sin *Burnout*, mientras que los profesionales con menor apoyo, presentan el síndrome por sobre el 50 %. No obstante esta correlación, no podría asegurarse una relación causal, aunque el apoyo social podría constituir un factor amortiguador del estrés laboral en la mayoría de los casos.

Se observa una alta correlación entre satisfacción laboral y *Burnout*, es decir, profesionales con alto puntaje en satisfacción laboral, principalmente no presentan el síndrome, mientras que profesionales con bajos puntajes en satisfacción laboral se

encuentran mayormente entre proclive y con síndrome. Esta relación no implica causalidad, es decir, no puede suponerse que la insatisfacción laboral desencadene el síndrome o viceversa, pero sí que existe una estrecha relación, que podría confirmarse en base a las respuestas dadas por los sujetos en el Cuestionario de Actitud ante el Trabajo (*Burnout*), que dan cuenta de factores de satisfacción laboral como satisfacción con retribución e incentivos (baja remuneración y reconocimiento de la labor), satisfacción con las condiciones ambientales y medios del equipo (precariedad de condiciones ambientales) y satisfacción con la organización y su relación con otras unidades (exigencias de aumento de cobertura y calidad por parte de la dirección).

En general, la mayoría de los profesionales se muestra, en relación a la satisfacción laboral, “ni satisfecho, ni insatisfecho”, con valores mayoritariamente ubicados en el intervalo intermedio, que se podrían explicar por la dispersión de los puntajes (valores extremos) en los distintos factores, es decir, baja satisfacción principalmente en satisfacción con la retribución e incentivos, satisfacción con las condiciones ambientales y medios del equipo, y satisfacción con la organización y su relación con otras unidades; y alta satisfacción en satisfacción con la definición de objetivos y actividades, satisfacción intrínseca al trabajo, satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo, satisfacción con el equipo y satisfacción con la carga de trabajo.

Entre las variables satisfacción laboral y apoyo social familiar, no se observa correlación significativa, esto podría explicarse en la medida que ambas variables miden aspectos específicos, es decir, satisfacción laboral se relaciona con lo netamente laboral (remuneración, condiciones ambientales, trabajo en equipo, etc), mientras que el apoyo

social familiar se relaciona con la calidad de las relaciones familiares (apoyo moral, apoyo emocional, resolución de problemas, etc).

2. Limitaciones de la Investigación

La presente investigación presenta una serie de limitaciones, entre las cuales pueden considerarse:

2.1 Los Instrumentos de Medición:

- La utilización en la presente investigación, de instrumentos elaborados en el extranjero, principalmente en España, presenta dificultades en cuanto a la falta de estandarización en la población chilena, que impide tener una visión de conjunto que, permita una comparación y determinación de las reales incidencias en nuestra sociedad de los fenómenos estudiados.
- En la etapa de Análisis de datos del estudio, se presentaron dificultades en la obtención de los criterios de corrección del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de Salud de Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33), lo que retrasó la investigación e impidió poder realizar la clasificación de los niveles de satisfacción laboral establecida por sus autores, ante lo cual, se ordenaron los puntajes obtenidos por los sujetos en base a intervalos. Se debe tener en consideración que este cuestionario, de origen Español, fue facilitado por sus autores para los fines de esta investigación, con las correspondientes dificultades de la distancia y disparidad de tiempos en el año académico de Chile y España.

- En el CSLPS-EAP/33, el uso de escala likert con 7 alternativas de respuesta, presentó la dificultad de dispersión de los datos en los puntos extremos, que dificulta una interpretación adecuada sólo con la información obtenida a través de la estadística de dispersión (v.g. Promedio, Media), por lo cual se debió comparar los resultados de los factores con porcentajes altos en puntajes extremos. En este punto, resultado de gran importancia, la contrastación entre los factores de satisfacción laboral que indicaban mayor insatisfacción laboral con respuestas dadas por los sujetos en la pregunta abierta contenida en el Cuestionario de Actitud ante el Trabajo.

2.2 Antecedentes empíricos y teóricos.

- La insuficiencia de investigaciones en el área de salud en nuestro país, específicamente en atención primaria, dificultaron el establecimiento de un marco de investigación que contemplara aspectos observados sobre la marcha del estudio y, que podrían considerarse variables intervinientes no controladas como: diferencias de las condiciones ambientales por consultorio, alta rotación de profesionales por consultorio, características de la población atendida en los distintos consultorios, factores de riesgo del sector en el cual opera el consultorio (índices de morbilidad, índices de criminalidad, variables socio económicas y culturales, etc).

En consideración a esta última observación se recomienda no realizar generalizaciones de los resultados de esta población al universo de profesionales de atención primaria, pero sí tomarlo como un punto de referencia de la tendencia existente en la cultura organizacional de la atención primaria de salud.

3. Proyecciones

3.1 Proyecciones teóricas y metodológicas de la investigación

Es necesario continuar y ampliar el campo de investigación en Atención Primaria en el país, que permitan elaborar teorías y modelos que responda a las necesidades de la realidad nacional.

- Extender el estudio al personal técnico y funcionarios que laboran en los consultorios, puesto que este grupo establece mayor contacto y más estrecho, con los demandantes del servicio, contando con condiciones laborales menos favorables que las de los profesionales.
- Incorporar variables psicosociales como Género, Nivel Socio-Económico, Apoyo Social en el Trabajo, entre otras, y variables psicológicas como Estrategias de Afrontamiento de Estrés, Asertividad, Conducta de búsqueda de ayuda, etc. que permitan tener una visión más holística de la población estudiada, contando con mayores elementos a la hora de elaborar modelos de intervención.
- Es conveniente incluir en los instrumentos de medición, preguntas abiertas que permitan comparar los resultados obtenidos en las preguntas pre-codificadas, además de obtener información que contenga elementos nuevos de análisis y que, por ende, enriquezcan la investigación.

3.2 Proyecciones de intervención

- Dado que existen altos índices de incidencia de síndrome *Burnout* entre los profesionales de atención primaria, es necesario el establecimiento de políticas orientadas a la prevención y a la intervención, que abarquen los niveles individuales y organizacionales, es

decir, tanto la Corporación Municipal de Salud, como la Dirección de cada Consultorio y los equipos de trabajo de APS, deben plantearse estrategias de prevención y control del estrés laboral, haciendo lo posible por evitar la cronificación de éste, creando un marco de bienestar psicosocial (calidad de vida laboral), que contemple no sólo la implementación física y tecnológica adecuada del consultorio, si no además la dotación de profesionales de salud mental (Psicólogos), que no limiten su labor hacia la atención clínica de los beneficiarios directos, sino que promueva programas de salud mental en los equipos de trabajo y de los funcionarios en general.

- Incorporar a los convenios de vinculación entre La Corporación de Salud de la Municipalidad de Valparaíso y La Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, la implementación de un intercambio teórico y práctico en todas las etapas de formación profesional, no limitandolas sólo a las etapas de práctica profesional o de post grado.

La carencia de recursos humanos y económicos observada en los consultorios, unida a las necesidades de formación práctica (pre- práctica profesional) manifestada por los estudiantes de psicología, desde los inicios de la carrera, ante la excesiva formación teórica y limitado campo de intervención práctica (Área Clínica, Área Educacional y Área Organizacional Laboral (empresarial) o Comunitaria), justifica y valida este intercambio, posibilitando además, una participación más activa y directa del Psicólogo dentro del Área de la Salud. En la medida que este intercambio se concretice de la forma más eficaz y eficiente, el Psicólogo formará parte de los equipos de trabajo de atención primaria, y los consultorios podrán entregar un servicio más integral a sus beneficiarios.

REFERENCIAS.

- Acámer, F.; López, C. & López, J. (1997) Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. Atención Primaria 20 (8), 401-407.
- Aguilera, C.; Ojeda, L. & Ulloa, O. (1997) Relaciones interpersonales críticas entre jefaturas y funcionarios subordinados asociados a FENATS en los hospitales del Servicio de Salud de la V región. Tesis de Grado de Psicología UCV.
- Alvaro, J. L. & Páez, D. (1996) Psicología social de la salud mental, en Alvaro, J. L., Garrido, A. & Torregrosa J.R. (coordinadores) Psicología social aplicada Madrid: McGraw-Hill.
- Aurelius, S. (1990) Una propuesta válida para la integración de la Atención Primaria de Salud. Enfoques en Atención Primaria. 5 (3), 7-11.
- Avendaño, C & Leiva, P (1998) Cuestionario de Riesgos para la Salud Psicológicas en Enfermeras. PSYKHE 7 (2), 53-61.
- Ballesteros, A.; Saturno, P.; Ortega, P.; Minguez, R.; Molina, F.; Martínez, M. & Chiva, F. (1996) Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la Atención Primaria de Salud. Atención Primaria 18 (4), 38-50.
- Barrón, A.; Lozano, P. & Chacón, F. (1993) Autoayuda y Apoyo Social en Martín, A.; Chacón, F. & Martínez, M. Psicología Comunitaria. (pp. 205-225) Madrid: Visor.
- Belmar, R. & Salinas, J. (1994) Atención Primaria y participación comunitaria en salud: Orientaciones Estratégicas. Revista Médica de Chile 122, 215-220.
- Bellón, J.; Delgado, A.; Luna, J. & Lardelli, P. (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 18 (4), 53-163.
- Comín, E. (1990) Validación de encuestas. Atención Primaria 7 (5), 386- 390.
- De la Fuente, J. A.; Mercader, J.; Borrel, C.; Martín, C.; Birulés, M.; Marcos, L. & Fernández, M. J. (1997), Factores Relacionados con la actividad investigadora de los médicos de atención primaria. Atención Primaria 19(6), 283-289.
- De la Revilla, L. & Fleitas, L. (1991) El Apoyo Social en la Atención Primaria de Salud. Atención Primaria 8 (9), 664-666.
- De la Revilla, L.; Bailón, E. ; Luna, J. ; Delgado, A. ; Prades, M.A & Fleitas, L. (1991) Validación de una Escala de Apoyo Social funcional para uso en la consulta del

médico de familia. Atención Primaria. 8 (9) 688-692

- De la Rosa, M.; Ramírez, C.; Salas, X. & Sepúlvera, C. (1998) Validación de un cuestionario para medir Síndrome Burnout en profesores de enseñanza media del sector Municipalizado de la Comuna de Viña del Mar y descripción preliminar de esta población. Tesis para optar al grado de Licenciado de Psicología y al Título profesional de Psicólogo.
- Didier, M (1987) Control del medio, Apoyo Social y Bienestar Psicosocial en Gyarmati, G Coordinador Hacia una teoría del Bienestar Psicosocial. Notas y exploraciones, (pp. 95-104). Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales Pontificia Universidad Católica.
- Esparza, C.; Guerra, P. & Martínez, M. (1995) Validación empírica del "Cuestionario de Actitudes ante el trabajo". Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo, UCV.
- Figueroa, M.; Hernández, R. & Setien, A. (1997) Validación empírica del "Cuestionario de Actitudes ante el trabajo" de evaluación del Síndrome de Burnout en profesionales de la Salud de la Quinta Región. Tesis de Grado de Psicología UCV.
- Filgueira, M. ; Martín, A. & San Martín, R (1994) Desgaste Profesional acelerado en trabajadores de la Salud : Un Estudio Psicosocial.
- Florenzano, R. (1991) Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile: CPU.
- Florenzano, R. (1991) Formación de profesionales en Salud Mental: Orientación hacia el trabajo comunitario y la Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile: CPU.
- Gracia, E. (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria. España:
- Hernández, R; Fernández, C & Baptista, P. (1996) Metodología de la Investigación. México: Mcgraw-Hill.
- Kalimo, El-Batawi & Cooper (1988) Los factores Psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.
- Kerlinger, F (199) Investigación del Comportamiento. Mexico: Mcgraw-Hill.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) Estrés y procesos Cognitivos Barcelona: Martínez Roca.
- Lloret, S.; González, V. & Peiró, M. (1995) El Estrés de Rol en Enfermeras. Un Modelo Causal. Revista de Psicología General y Aplicada, 48 (3), 393-405.

- Martín, J; Viñas, J; Pérez, J; Luque, M & Soler, P (1997) Burnout en personal de Enfermería. Revista Psiquiatría Fac. Med.Barna 24 (5), 113-118.
- Martinez, M. & Guerra, P. (1997) Síndrome Burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio 6(23), 45-58.
- Martinez, J; Mateos, C; Pérula L. A.; Rodriguez, A ;Creado, A; Jimenez , C & Baena, M. (1990) Los factores socioeconómicos ¿influyen en la demanda asistencial y grado de satisfacción en atención primaria? Atención Primaria 7(2), 106-111.
- Ministerio de Salud (1999) Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias Santiago de Chile: MINSAL
- Miranda, E. (1994) La Salud en Chile : Evolución y perspectivas. Santiago de Chile. Centro de estudios Públicos.
- Molina, F.; Ballesteros, A.; Martínez, M.; Soto, R. & Sánchez, F.(1996) Perfil profesional del personal sanitario en Atención Primaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria 17 (1), 24-32.
- Peiró, J. M. (1996) Psicología de las organizaciones, en Alvaro, J. L., Garrido, A. & Torregrosa J.R. (coordinadores) Psicología social aplicada Madrid: McGraw-Hill.
- Peiró, J.M. & Prieto, F. (1993) Tratado de Psicología del trabajo. Madrid: Eudema
- Peiró, J.M. & Salvador, A. (1993) Control del estrés laboral. Madrid: Eudema
- Rodríguez, J (1995) Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis
- Rosselot, J (1993) Reseña Histórica de las Instituciones de Salud en Chile. Cuadernos Medicos Sociales XXXIV (1), 7-20.
- Sánchez, G.; Millán, T.; Gutiérrez, F.& Valenzuela, V.(1992) Evaluación de Estres en Personal de la Salud a través de Escala de Sucesos Vitales. Revista de Psiquiatría Clínica, 29: 1-9.
- Sandín, B (1995) El estrés en Belloch, A.; Sandín, B.& Ramos, F. Manual de Psicopatología. pp. 5-45. España: Mcgraw- Hill.
- Saura, J.; Leal, M.; García, M.; López, M.; Ferrer, A. & de la Viesca, S.(1997) Motivos de ansiedad en los profesionales de Atención primaria. Comparación residentes - Tutores. Atención Primaria 20 (3), 142-145.

- Schaufeli, W; Enzmann, D & Girault, N (1993) Measurement of Burnout: A Review, en Schaufeli, W; Maslach, C & Marek, T (Ed) Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. (pp. 199-213) Washington D.C : Taylor & Francis.
- Tamborero, G.; Pomar, J.M.; Pareja, A.; Pou, J. Llobera, J. & Fuster J.(1997) Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Atención Primaria 19 (6), 301 - 306.
- Trerabián, J; De Castro, C.; Capataz, M. & Montalvo, M. (1991) Cuba, Reino Unido y España: ¿Modelos de Atención Primaria alternativos? Presentación de 3 casos-estudio. Atención Primaria 8(2), 82-86.
- Vera, A. & Wood, P. (1994) Un modelo explicativo de la salud mental basado en categorías psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Venturini, G.(1984) Atención Primaria y Medicina General Familiar. Revista Médica de Chile 112, 609-613.
- Vidal, W (1995) Normas de estilo y formato para la presentación de Tesis de Grado: Manual para Tesistas, Patrocinantes e Instituciones.
- Videgaín, C. & Ituarte A. (1996) El trabajador social en atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 3 (6), 377-382.
- Vuõri, H. (1992) La participación comunitaria en Atención Primaria: un medio o una finalidad en sí misma. Atención Primaria 10 (9), 1036-1047.
- Winnubst, J (1993) Organizational structure, social support, and Burnout, en Schaufeli, W; Maslach, C; Marek, T (Ed). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research (pp. 151-162) Washington D.C: Taylor & Francis.
- Ministerio de Salud. (1993) De Consultorio a Centro de Salud. Santiago de Chile.

Apéndice

Apéndice A
Instrumentos de Medición

Presentación.

La atención primaria de salud, constituye el núcleo principal del sistema de salud, cuyos principales objetivos es dar una asistencia sanitaria de la máxima calidad científicotécnica y conseguir la máxima satisfacción de parte de los pacientes. Ambos objetivos se interrelacionan con uno generalmente olvidado: la satisfacción de los profesionales de la salud.

La presente investigación forma parte de un proyecto realizado por egresadas de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso, con el apoyo de la Corporación Municipal de Valparaíso y de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

Ud. formará parte de dicho proyecto de investigación que tiene por fin indagar sobre la salud mental de los profesionales de la atención primaria de salud en relación a su calidad de vida laboral. Para ello requerimos que ud. conteste los siguientes cuestionarios de la manera más sincera posible, teniendo en cuenta que los cuestionarios son anónimos y por tanto confidencial y que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Los siguientes cuestionarios están diseñados para medir ciertas actitudes ante el trabajo y la satisfacción laboral que experimentan los profesionales de salud y el apoyo social con que cuentan.

Agradecemos su colaboración.

Escuela de Psicología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Cuestionario de Actitud ante el Trabajo

Sexo: Masculino
 Femenino

Edad:

Estado civil: Soltero
 Casado
 Separado
 Viudo

Hijos: Si No

Cuántos:

Actividad laboral de su pareja:

Religión:

Actividades en tiempo libre:

Profesión:

Especialidad: Si No Cuál:

Capacitación: Si No Cuál:
 (En los últimos dos años)

Años en esta profesión:

Años en esta institución:

Otros lugares de trabajo: Si No
 (además de esta institución)

Número de horas de trabajo a la semana:

Realiza Turnos: Si No

Situación Laboral:

- Contrato Laboral Indefinido / Fijo
- Eventual / Renovable
- Reemplazante

Responda a continuación (en su hoja de respuesta), señalando con una equis ("X") en el casillero 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 " e) - NS".

1.- Últimamente

- a) me encuentro perfectamente bien de salud.
- b) padezco problemas de salud ocasionalmente.
- c) tengo problemas de salud con relativa frecuencia.
- d) tengo problemas de salud con mucha frecuencia.
- e) no sé; no estoy seguro (NS).

* A continuación mencionamos algunos trastornos, señale con qué frecuencia los padece.

2.- Resfríos intensos con fiebre.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

3.- Dolores físicos.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

4.- Trastornos Digestivos (falta de apetito, hambre excesiva, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, acidez estomacal, gastritis, úlcera, cambios bruscos de peso...)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

5.- Dificultades respiratorias (sensación de ahogo, respiración acelerada...)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

6.- Trastornos cardiovasculares (disritmias, taquicardia, hipertensión, hipotensión, mareos, desvanecimientos...)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

7.- Trastornos neurovegetativos (sofocos, escalofríos, temblor..)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

8.- Trastornos endocrinos (alteraciones en los niveles hormonales, amenorrea, galactorrea, acné, pérdida o aumento de la masa capilar...)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

9.- En cuanto a mis problemas de salud, creo que su relación con mi situación laboral es:

- a) Ninguna
- b) Poca
- c) Regular
- d) Mucha
- e) NS

10.- Mi insatisfacción laboral, a nivel personal, generalmente es:

- a) Ninguna
- b) Poca
- c) Regular
- d) Mucha
- e) NS

11.- Mi trabajo me provoca sentimientos de desaliento.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

12.- Mi trabajo me provoca deseos de abandonarlo.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

13.- Los conflictos profesionales afectan mi vida personal.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

14.- Los conflictos profesionales afectan mi vida social.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

15.- Las preocupaciones derivadas de mi trabajo me crean problemas con el sueño (insomnios, hipersomnias, pesadillas, trastornos del sueño, etc.)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

16.- Desde que ejerzo esta profesión, tiendo a aumentar el consumo de sustancias (tabaco, café, alcohol, vitaminas, tranquilizantes, somníferos, estimulantes...)

- a) Nada
- b) Poco
- c) Medianamente
- d) Mucho
- e) NS

17.- Desde que trabajo en esta profesión creo que mi sensibilidad en el trabajo hacia los pacientes:

- a) Ha mejorado o por lo menos no se ha deteriorado
- b) Se ha deteriorado un poco
- c) Se ha deteriorado bastante
- d) Se ha deteriorado en extremo
- e) NS

18.- Desde que trabajo en esta profesión, creo que mi sensibilidad en el trato con mis compañeros de trabajo:

- a) Ha mejorado o por lo menos no se ha deteriorado
- b) Se ha deteriorado un poco
- c) Se ha deteriorado bastante
- d) Se ha deteriorado en extremo
- e) NS

19.- Desde que trabajo en esta profesión, creo que mi sensibilidad en el trato con la familia de mis pacientes:

- a) Ha mejorado o por lo menos no se ha deteriorado
- b) Se ha deteriorado un poco
- c) Se ha deteriorado bastante
- d) Se ha deteriorado en extremo
- e) NS

20.- Desde que trabajo en esta profesión creo que mi sensibilidad en el trato con mis superiores:

- a) Ha mejorado o por lo menos no se ha deteriorado
- b) Se ha deteriorado un poco
- c) Se ha deteriorado bastante
- d) Se ha deteriorado en extremo
- e) NS

* Señale el grado de malestar que le produce cada uno de los hechos que se mencionan a continuación

21.- Las quejas o el sufrimiento de mis pacientes:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

22.- La necesidad de aplicarles tratamientos agresivos (invasivos, confrontacionales o que ocasionen algún malestar en el paciente):

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

23.- La ineficacia o el fracaso de los tratamientos o intervenciones:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

24.- El abandono del tratamiento por parte de los pacientes:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

25.- La muerte de aquellos pacientes que están en los programas o tratamientos en los que participo:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) 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:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

27.- La falta de apoyo:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

28.- Las interferencias de mis compañeros de trabajo con mis pacientes:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

29.- Las interferencias de mis compañeros de trabajo con mi trabajo:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

30.- Tratar con pacientes exigentes:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

31.- Tratar con pacientes poco colaboradores:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

32.- Tratar con las familias de los pacientes:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

33.- Los desafíos (exigencias que implican un esfuerzo importante) que se presentan en el ejercicio laboral:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

34.- Las amenazas o descalificaciones que se presentan en el desempeño del trabajo:

- a) No me afectan
- b) Me afectan un poco
- c) Me afecta bastante
- d) Me afecta en extremo
- e) NS

35.- Me sobrecarga emocionalmente la responsabilidad que he de asumir en situaciones graves o urgentes:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

36.- Me desagrada tener que realizar tareas que no están directamente asociadas con el ejercicio de mi profesión:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

37.- Considero insuficiente la remuneración económica con respecto a mis esfuerzos

- a) No
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Sí, Siempre
- e) NS

38.- Considero que el reconocimiento de mi labor es:

- a) Más de lo debido
- b) Suficiente
- c) Poco
- d) Nulo
- e) NS

39.- Las posibilidades de promoción en mi profesión son:

- a) Muchas
- b) Regulares
- c) Pocas
- d) Nulas
- e) NS

40.- Los permisos y vacaciones de que disfruto para el descanso personal necesario son:

- a) Muchos
- b) Regulares
- c) Pocos
- d) Nulos
- e) NS

41.- Mis niveles de motivación desde el punto de vista vocacional son:

- a) Muchas
- b) Regulares
- c) Pocas
- d) Nulas
- e) NS

42.- Cuando, en mi centro de trabajo, hay pacientes que acuden o ingresan por vía judicial, se me complican las posibilidades de intervención.

- a) No
- b) Un poco
- c) Bastante
- d) En extremo
- e) 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.

- a) No
- b) Un poco
- c) Bastante
- d) En extremo
- e) NS

44.- Advierto que progresivamente determinados tipos de pacientes me provocan cada vez más rechazo.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

45.- ¿Aumenta en mi cada vez más el esfuerzo al enfrentarme con los pacientes?.

- a) No
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Sí, Siempre
- e) NS

46.- Cuando pienso en el trabajo, siento deseos de faltar con algún pretexto o de pedir permisos laborales.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

47.- Las demandas propias de mi ejercicio profesional me resultan molestas.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

48.- El ejercicio profesional, ¿acentúa en mi la sensación de envejecimiento y cansancio?.

- a) No
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Sí, Siempre
- e) NS

49.- Creo que me estoy deteriorando físicamente.

- a) Nada o sólo lo normal
- b) Un poco más de lo normal
- c) Medianamente más de lo normal
- d) Mucho más de lo normal.
- e) NS

50.- Creo que me estoy deteriorando intelectualmente

- a) Nada o sólo lo normal
- b) Un poco más de lo normal
- c) Medianamente más de lo normal
- d) Mucho más de lo normal.
- e) NS

51.- Considero que los trabajadores de esta profesión se encuentran en una situación de desatención económica.

- a) Nada o sólo lo normal
- b) Un poco más de lo normal
- c) Medianamente más de lo normal
- d) Mucho más de lo normal.
- e) NS

52.- Considero que los trabajadores de esta profesión se encuentran en una situación de desatención en cuanto a la infraestructura de la que disponen para realizar su trabajo.

- a) No
- b) Un Poco
- c) Medianamente
- d) Mucho
- e) NS

53.- Considero que los trabajadores de esta profesión se encuentran en una situación de falta de reconocimiento social.

- a) No
- b) Un Poco
- c) Medianamente
- d) Mucho
- e) NS

54.- Para distraerme de mis problemas a veces "hago locuras" (p. Ej.: conducir muy de prisa, arriesgar en juegos de azar, etc).

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) NS

* Como hasta ahora, recuerde escoger sólo una de las alternativas que se le ofrecen. Aunque en su caso pueda corresponder más de una marque la más cercana a su situación.

55.- En mi relación con los pacientes:

- a) Creo que comprendo fácilmente sus problemas
- b) Tengo menos interés que antes por ellos
- c) Tiendo a tratarles de manera indiferente
- d) Les trato de forma casi mecánica, como si fuesen objetos impersonales.
- e) NS.

56.- En mi relación con mis compañeros de trabajo:

- a) No tengo problemas especiales
- b) Tengo ciertos problemas con algunos
- c) No me entiendo con la mayoría de ellos
- d) Cada vez me resulta más difícil y conflictiva la relación con ellos.
- e) NS.

57.- Cuando me ocupo de los pacientes:

- a) Soy en mismo de siempre
- b) Me pregunto si estaré resolviendo bien sus problemas
- c) Siento que no les doy lo que piden
- d) Siento que me culpabilizan de sus problemas
- e) NS

58.- Con respecto a mi entorno laboral puedo afirmar que:

- a) No me crea ningún malestar especial
- b) Las condiciones (físicas, espaciales, de higiene...) dejan bastante que desear.
- c) Algunos aspectos (escasos recursos, falta de organización...) dificultan mucho mi trabajo.
- d) Los conflictos en las relaciones laborales convierten mi trabajo en algo realmente desagradable.
- e) NS

59.- Trabajar directamente con los pacientes:

- a) Es una labor donde soy capaz de afrontar con calma los problemas emocionales que pueden derivarse de ella.
- b) Me pone con cierta frecuencia mal humorado y en tensión.
- c) Incluso me hace sentir agobiado, agotado y sin fuerzas.
- d) Recientemente me siento por ello bastante desquiciado.
- e) NS

60.- Últimamente:

- a) Mantengo un buen nivel de rendimiento, con la sensación de estar haciendo bien las cosas.
- b) Disfruto cada vez menos de las actividades que antes me resultaban gratificantes.
- c) Ya no puedo tomar decisiones con la misma facilidad.
- d) Tengo una sensación creciente de impotencia.
- e) NS

61.- En cuanto a la imagen profesional que tengo de mi mismo:

- a) Creo que ha mejorado o al menos es la misma de siempre.
- b) Me encuentro un poco cambiado en sentido negativo.
- c) Me encuentro bastante cambiado en sentido negativo.
- d) Ha empeorado en extremo.
- e) NS

62.- De mi actitud básica frente a la vida, en mi situación actual puedo decir que:

- a) Me siento optimista y con ánimo
- b) Tiendo a sentirme asustado y sin expectativas.
- c) A veces tengo la sensación de que todo se me viene encima.
- d) Se me ha ocurrido la idea de que es mejor morir o desaparecer.
- e) NS

Cuestionario de Satisfacción Laboral

A continuación, indiquenos el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen diversos aspectos relacionados con su trabajo. Para contestar a esta pregunta utilice la escala de respuesta que aparece a continuación.

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--|
| 1.- Muy insatisfecho | 4.- Ni satisfecho ni insatisfecho | 6.- Bastante satisfecho | |
| 2.- Bastante insatisfecho | 5.- Algo satisfecho | 7.- Muy satisfecho | |
| 3.- Algo insatisfecho | | | |

1. Las reglas y normas de funcionamiento de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2. Las reuniones de planificación, coordinación y gestión de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
3. La coordinación con otros miembros de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
4. La participación en las decisiones que afectan a su equipo de trabajo y al funcionamiento del mismo	1	2	3	4	5	6	7
5. El reconocimiento de su trabajo por parte de los otros miembros de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
6. La cooperación que recibe de los otros miembros de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
7. La eficacia de su equipo de trabajo en la consecución de sus objetivos	1	2	3	4	5	6	7
8. El sistema de retribuciones básicas existente	1	2	3	4	5	6	7
9. El sistema de retribuciones complementarias existentes	1	2	3	4	5	6	7
10. El nivel de ingresos en relación con las obligaciones y responsabilidades de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7
11. Las condiciones ambientales (iluminación, temperatura, ruido, etc) del centro de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
12. Los espacios disponibles para realizar las actividades de su equipo de trabajo y su distribución	1	2	3	4	5	6	7
13. La distribución de los espacios en función de las necesidades de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
14. La dotación de mobiliarios, material técnico y sanitario de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
15. Los servicios de limpieza, higiene y mantenimiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Las tareas y actividades que Ud. realiza en su jornada laboral	1	2	3	4	5	6	7
17. La realización personal que consigue de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7
18. La medida en que su trabajo le permite ampliar sus conocimientos y experiencia	1	2	3	4	5	6	7
19. La medida en que su trabajo le permite realizar una labor de calidad	1	2	3	4	5	6	7
20. La medida en que su trabajo le proporciona la oportunidad de relacionarse con otras personas	1	2	3	4	5	6	7
21. Las relaciones que su equipo mantiene con otros equipos	1	2	3	4	5	6	7
22. Las relaciones con la dirección de la zona en que opera su equipo	1	2	3	4	5	6	7

23.El nivel de comunicación e información que ud.recibe de su consultorio sobre temas importantes para el mismo	1	2	3	4	5	6	7
24.El sistema de reclamos que le permite utilizar su consultorio	1	2	3	4	5	6	7
25.El tamaño de la población a atender por su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
26.La forma de establecer, definir y asignar la población a atender por su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
27.El trabajo administrativo y burocrático que ud. tiene que realizar	1	2	3	4	5	6	7
28.La autonomía que ud. tiene para realizar su propio trabajo	1	2	3	4	5	6	7
29.La autonomía que ud. tiene para introducir cambios en su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
30.La forma en que se supervisa su trabajo	1	2	3	4	5	6	7
31.El grado de definición, claridad y concreción de los objetivos de su equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
32.El grado de definición de los objetivos concretos que ud. ha de lograr	1	2	3	4	5	6	7
33.El grado de la definición de las tareas que tiene que realizar en su jornada laboral	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Apoyo Social Familiar

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con sus familiares. Para cada uno de estos enunciados existen 3 alternativas de respuestas posibles (NO, SI, NO SE). Indique con una "X" su preferencia.

	NO	SI	NO SE
1.- Mi familia me da el apoyo moral que necesito.			
2.- Mi familia me da buenos consejos.			
3.- La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo.			
4.- Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia, me da la impresión que se siente incómodo.			
5.- A mi familia le gusta oír mi opinión.			
6.- Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.			
7.- Ciertos miembros de mi familia se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan consejos.			
8.- Confío en mi familia para que me de apoyo emocional.			
9.- Existe un familiar a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo por ello.			
10.- Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente.			
11.- Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.			
12.- Los miembros de mi familia recurren a mí para apoyo emocional.			
13.- Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.			
14.- Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.			
15.- Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.			
16.- Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo.			
17.- Mis familiares buscan mi compañía.			
18.- Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.			
19.- No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tiene otras personas con sus familiares.			
20.- Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.			

Apéndice B
Manual de Aplicación de los Instrumentos

MANUAL DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTITUD ANTE EL TRABAJO

INTRODUCCIÓN

El cuestionario de Actitud ante el Trabajo, es una adaptación del Cuestionario de Burnout para Profesionales Sanitarios (CBSP) de Filgueira (1993), por Esparza, Guerra y Martínez (1995), en su Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo, en la Universidad Católica de Valparaíso.

El cuestionario de Actitud ante el Trabajo, ha sido validado en Chile, por Figueroa, Hernández y Setien (1997).

CATEGORÍAS

El Cuestionario de Actitud ante el Trabajo contiene ocho categorías:

- Fuentes de Tensión en el Trabajo.
- Insatisfacción Laboral.
- Agotamiento emocional.
- Degradación de la Competencia Profesional.
- Degradación de la Autoimagen/ Despersonalización.
- Dificultades de las Relaciones Interpersonales.
- Trastornos Físicos.
- Trastornos Conductuales.

ADMINISTRACIÓN

El cuestionario de Actitud ante el Trabajo, es de tipo autoadministrado, con un tiempo de respuesta relativo, aproximado de 15 minutos.

El cuestionario se responde en forma individual, asegurando la privacidad y sinceridad en las respuestas.

Se debe recalcar la confidencialidad de los resultados.

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Análisis según Escala de Estaninos (Esparza, Guerra y Martínez, 1995)

1.- Asignación de puntajes por ítemes según las alternativas escogidas.

- En los ítemes de 1 al 20 y del 26 al 64, a las alternativas a, b, c y d se asigna puntajes 1, 2, 3, y 4 respectivamente.

- En los ítemes 21, 22, 23, 24, 25, a las alternativas a, b, c y d se asigna puntajes 3, 1, 2 y 4 respectivamente.

- En el ítem 65, a las alternativas a, b, c y d se asigna puntajes 2, 3, 4 y 5 respectivamente.

CUADRO B: PUNTAJE DE LA ALTERNATIVA (a, b, c y d) POR ÍTEMES

PUNTAJES ASIGNADOS			
Alternativas	ítemes 1 a 20 y 26 a 64	ítemes 21 a 25	ítem 65
a	1	3	2
b	2	1	3
c	3	2	4
d	4	4	5

2.- En todos los ítemes la alternativa "e" asume los puntajes 1, 2 ó 3, según la sigte. tabla:

CUADRO C: PUNTAJE DE LA ALTERNATIVA (e) POR ÍTEMES.

VALOR ASIGNADO A LA OPCION (e)	ITEMES
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.

3.- Una vez asignada las puntuaciones de cada ítem, se suman las puntuaciones para cada una se las categorías, según el cuadro A .

CUADRO A: ITEMS CORRESPONDIENTES A CADA CATEGORÍA DE BURNOUT

CATEGORIAS	ITEMES
1.- Fuentes de Tensión	21 a 23
2.- Insatisfacción Laboral	10 a 12 - 37 a 41 - 51 a 53 - 58
3.- Agotamiento Emocional	47 a 50 - 59 - 62 - 65
4.- Degradación de la Competencia Profesional	46 - 60 - 64
5.- Degradación de la Autoimagen	17 a 25 - 44 - 45 - 55 - 57 - 61
6.- Dificultades en las Relaciones Interpersonales	13 - 14 - 56
7.- Trastornos Físicos	1 a 9 - 15
8.- Trastornos Conductuales	16 - 54 - 63

4.-Las puntuaciones por categoría se clasifican en relación a su intensidad, según el cuadro D.

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 puntos	Entre 47 y 52 puntos	53 ó más puntos
Categoría 2 (Insatisfacción Laboral)	Hasta 27 puntos	Entre 28 y 32 puntos	33 ó más puntos
Categoría 3 (Agotamiento Emocional)	Hasta 8 puntos	Entre 9 y 11 puntos	12 ó más puntos
Categoría 4 (Degradación de la Competencia Profesional)	Hasta 3 puntos	4 puntos	5 ó más puntos
Categoría 5 (Despersonalización)	Hasta 18 puntos	Entre 19 y 22 puntos	23 ó más puntos
Categoría 6 (Dificultades en las Relaciones Interpersonales)	Hasta 4 puntos	5 puntos	6 ó más puntos
Categoría 7 (Trastornos Físicos)	Hasta 14 puntos	Entre 15 y 18 puntos	19 ó más puntos
Categoría 8 (Trastornos Conductuales)	Hasta 3 puntos	4 puntos	5 ó más puntos

5.- Se clasifica al encuestado, en los niveles Con Síndrome Burnout, Proclive al Síndrome Burnout o Sin Síndrome Burnout según el número de categorías Alta, Media o Baja que presenta, de acuerdo a la siguiente tabla.

CUADRO E: NÚMERO DE CATEGORÍAS QUE DEBEN INDICAR PRESENCIA DEL SÍNDROME, POR INTENSIDAD EN QUE SE MANIFIESTA BURNOUT EN CADA UNA DE ELLAS.

Nivel de Burnout Asignado	ALTA	MEDIA	BAJA
Con Síndrome 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 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 Burnout	1	0,1 ó 2	5,6 ó 7
	0	0 a 4	4 a 8

MANUAL DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL (CSLPS - EAP/33).

INTRODUCCIÓN

El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS - EAP/33) ha sido desarrollado por Lloret, González-Romá, Luna y Peiró (1993). Se trata de un instrumento multifactorial de 33 ítems diseñado específicamente para obtener una información detallada de la satisfacción laboral que experimentan los profesionales de los citados equipos en España. Está construido en base a una escala tipo Likert. Es una versión reducida del CSLPS - EAP (1990) elaborado por Peiró, González-Romá, Zurriaga, Ramos y Bravo.

FACTORES

El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria consta de 8 factores:

- Satisfacción con el equipo.
- Satisfacción con la retribución.
- Satisfacción con las condiciones ambientales el lugar de trabajo y medios del equipo.
- Satisfacción intrínseca al trabajo.
- Satisfacción con la empresa y la relación con otras unidades.
- Satisfacción con la carga de trabajo.
- Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo.
- Satisfacción con la definición de objetivos y actividades.

ADMINISTRACIÓN

El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en Equipos de Atención Primaria es de tipo autoadministrado, con un tiempo de respuesta relativo, aproximado de 10 minutos.

El cuestionario consta de 7 alternativas que son las siguientes:

1. Muy insatisfecho
2. Bastante insatisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Algo satisfecho
6. Bastante satisfecho
7. Muy satisfecho

Los encuestados deben optar solo por una alternativa. Se responde en forma individual, asegurando la privacidad y sinceridad en las respuestas.

Se debe recalcar la confidencialidad de los resultados.
PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las puntuaciones se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada ítem.
 El puntaje mínimo del CSLPS - EAP/ 33 corresponde a 33 puntos y el puntaje máximo corresponde a 231 puntos

CUADRO F: ÍTEMES CORRESPONDIENTES A CADA CATEGORÍA DE SATISFACCIÓN LABORAL

CATEGORIAS	ÍTEMES
1.- Satisfacción con el Equipo	1 a 7
2.- Satisfacción con la Retribución	8 a 10
3.- Satisfacción con las Condiciones Ambientales del Lugar de Trabajo y Medios del Equipo	11 a 15
4.- Satisfacción intrínseca al trabajo	16 a 20
5.- Satisfacción con la Empresa y las Relaciones con otras Unidades	21 a 24
6.- Satisfacción con la Carga de Trabajo	25 a 27
7.- Satisfacción con el Grado de Autonomía en el Trabajo	28 a 30
8.- Satisfacción con la Definición de Objetivos y Actividades	31 a 33

ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN LABORAL.

Análisis de Confiabilidad por Consistencia Interna con Alfa Cronbach

El criterio para utilizar Alfa se basa en que los ítems del cuestionario pueden ser considerados numéricos, por tratarse de una escala de respuesta de tipo likert con mas de tres categorías de respuestas numeradas en una muestra de un tamaño superior a 80 sujetos, lo que permite una buena distribución de los puntajes a lo largo de la muestra.

El criterio para considerar que el instrumento es confiable por consistencia de sus ítems es de un valor superior a 0.75

CUADRO G: INDICES DE CONSISTENCIA INTERNA ALFA CRONBACH POR CATEGORÍAS.

CATEGORIAS	ALFA
1.- Satisfacción con el Equipo	0.8852
2.- Satisfacción con la Retribución	0.8969
3.- Satisfacción con las Condiciones Ambientales del Lugar de Trabajo y Medios del Equipo	0.9117
4.- Satisfacción intrínseca al Trabajo	0.8327
5.- Satisfacción con la Empresa y las Relaciones con otras Unidades	0.8346
6.- Satisfacción con la Carga de Trabajo	0.7278
7.- Satisfacción con el Grado de Autonomía en el Trabajo	0.7982
8.- Satisfacción con la Definición de Objetivos y Actividades	0.8291
TOTAL	0.9409

Análisis de Datos

Se utilizan los puntajes obtenidos por los sujetos estudiados en una escala aditiva con un mínimo de 70 puntos y un máximo de 211 puntos.

Los puntajes se ordenan en tres intervalos correspondientes a: 70 - 116; 117 - 163 y 164 - 211.

MANUAL DE APLICACIÓN DE LA ESCALA DE APOYO SOCIAL FAMILIAR

INTRODUCCIÓN

La Escala de Apoyo Social Familiar, construída por Procidano y Heller (1983) y adaptada por Vera y Wood (1994), evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su familia. Esta escala consta de 20 ítemes con tres opciones de respuesta (sí, no, no sé).

ADMINISTRACIÓN

La Escala de Apoyo Social Familiar es de tipo autoadministrado, con un tiempo de respuesta relativo, aproximado de 5 minutos.

Los encuestados deben optar sólo por una alternativa. Se responde en forma individual, asegurando la privacidad y sinceridad en las respuestas.

Se debe recalcar la confidencialidad de los resultados.

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Análisis de Datos

1.- Cada ítem se puntúa según las alternativas escogidas. A la respuesta "sí" se le asigna 1 punto en los ítemes 1, 2, 5 a 15, 17 y 18; a la respuesta "no" se le asigna 1 punto en los ítemes 3, 4, 16, 19 y 20. La respuesta "no sé" no se puntúa en ninguno de los ítemes (ver cuadro H).

El puntaje mínimo obtenido corresponde a 0 puntos y el máximo corresponde a 20 puntos.

CUADRO H: RESPUESTAS QUE INDICAN PRESENCIA DE APOYO SOCIAL
EN CADA ÍTEM

Respuestas que indican presencia de Apoyo Social	Ítemes
SI	1, 2, 5 a 15, 17 y 18
NO	3, 4, 16, 19 y 20

2.- Se utilizan los puntajes obtenidos por los sujetos estudiados, para la confección de 3 intervalos.

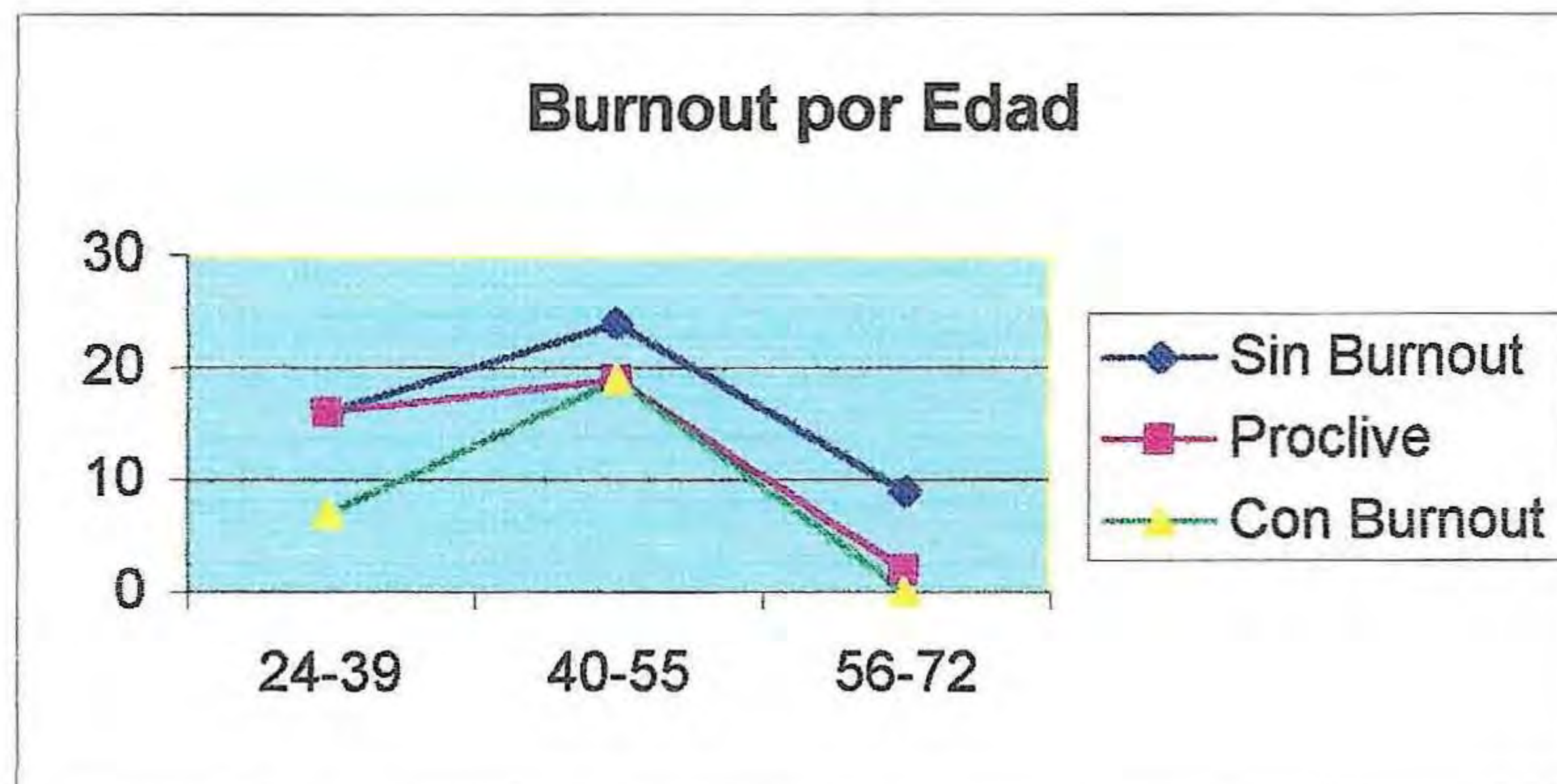
Los puntajes se ordenan en tres intervalos correspondientes a: 5-9; 10-14 y 15-20.

Apéndice C
Cuadros y Gráficos de Correlación entre
Burnout - Edad y *Burnout* - Sexo

Cuadro nº1: Síndrome Burnout por Edad

Síndrome	Edad		
	24-39	40-55	56-72
Sin Burnout	16	24	9
Proclive	16	19	2
Con Burnout	7	19	0

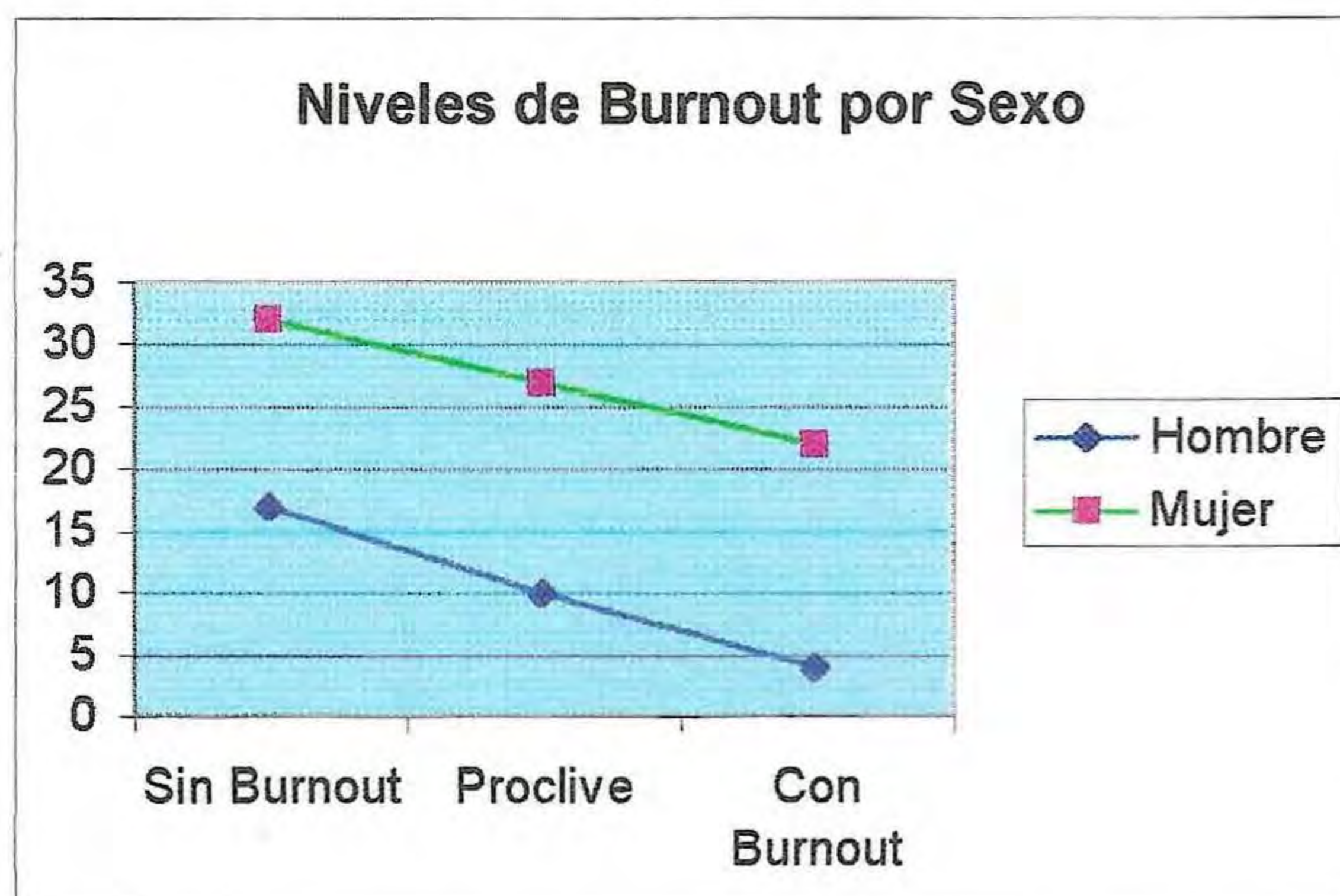
Gráfico nº1: Síndrome Burnout por Edad



Cuadro nº2: Síndrome Burnout por Sexo

Síndrome	Sexo	
	Hombre	Mujer
Sin Burnout	17	32
Proclive	10	27
Con Burnout	4	22

Gráfico nº2: Síndrome Burnout por Sexo



Apéndice D
Tablas de Correlación Chi Cuadrado entre variables

TABLA N°1

PROFESIÓN								
BURNOUT	ASISTENTE SOCIAL	ENFERM.	KINES.	MÉDICO	MATRONA	NUTRIC.	ODONT.	TOTAL
SIN	7	8	2	11	5	3	13	49
PROCLIVE	6	6	2	6	8	5	4	37
CON	1	7	0	4	7	4	3	26
TOTAL	14	21	4	21	20	12	20	112

Chi-cuadrado = 13.79
 Grados de Libertad = 12
 Valor P = 0.3145

TABLA N°2

ANTIGÜEDAD PROFESIONAL				
BURNOUT	0-14	15-29	30-45	TOTAL
SIN	18	27	4	49
PROCLIVE	19	17	1	37
CON	7	18	1	26
TOTAL	44	62	6	112

Chi-cuadrado = 5.28
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.2599

TABLA N°3

ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN				
BURNOUT	0-10	11-21	22-33	TOTAL
SIN	28	16	5	49
PROCLIVE	25	10	2	37
CON	15	9	2	26
TOTAL	68	35	9	112

Chi-cuadrado = 1.37
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.8488

TABLA N°4

HORAS DE TRABAJO				
BURNOUT	1-29	30-58	59-88	TOTAL
SIN	4	42	3	49
PROCLIVE	4	31	2	37
CON	1	22	3	26
TOTAL	9	95	8	112

Chi-cuadrado = 1.86
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.7607

TABLA N°5

TURNOS			
BURNOUT	SI	NO	TOTAL
SIN	11	38	49
PROCLIVE	7	30	37
CON	3	23	26
TOTAL	21	91	112

Chi-cuadrado = 1.33
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.5147

TABLA N°6

SITUACIÓN LABORAL			
BURNOUT	CONTRATO LABORAL	EVENTUAL/ RENOVABLE	TOTAL
SIN	39	10	49
PROCLIVE	28	9	37
CON	22	4	26
TOTAL	89	23	112

Chi-cuadrado = 0.75
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.6877

TABLA N°7

SEXO			
BURNOUT	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SIN	17	32	49
PROCLIVE	10	27	37
CON	4	22	26
TOTAL	31	81	112

Chi-cuadrado = 3.18
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.2044

TABLA N°8

EDAD				
BURNOUT	24-39	40-55	56-72	TOTAL
SIN	16	24	9	49
PROCLIVE	16	19	2	37
CON	7	19	0	26
TOTAL	39	62	11	112

Chi-cuadrado = 10.16
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.0378

TABLA N°9

ESTADO CIVIL					
BURNOUT	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO	TOTAL
SIN	11	35	3	0	49
PROCLIVE	5	25	6	1	37
CON	7	16	1	2	26
TOTAL	23	76	10	3	112

Chi-cuadrado = 8.88
 Grados de Libertad = 6
 Valor P = 0.1807

TABLA N°10

ACTIVIDAD TIEMPO LIBRE			
BURNOUT	NO	SI	TOTAL
SIN	38	11	49
PROCLIVE	29	8	37
CON	16	10	26
TOTAL	83	29	112

Chi-cuadrado = 2.80
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.2472

TABLA N°11

RELIGIÓN					
BURNOUT	CATÓLICA	CRISTIANA	OTRA	NO TIENE	TOTAL
SIN	35	3	1	10	49
PROCLIVE	31	1	1	4	37
CON	20	0	1	5	26
TOTAL	86	4	3	19	112

Chi-cuadrado = 3.77
 Grados de Libertad = 6
 Valor P = 0.7074

TABLA N°12

PROFESIÓN								
SATISFACCIÓN LABORAL	ASIST. SOCIAL	ENFERM.	KINES.	MÉDICO	MATRONA	NUTRIC.	ODONT.	TOTAL
70-116	0	5	1	6	5	0	0	17
117-163	8	10	2	11	11	8	13	63
164-211	6	6	1	4	4	4	7	32
TOTAL	14	21	4	21	20	12	20	112

Chi-cuadrado = 15.48
 Grados de Libertad = 12
 Valor P = 0.2164

TABLA N°13

SATISFACCIÓN LABORAL	ANTIGÜEDAD PROFESIONAL			TOTAL
	0-14	15-29	30-45	
70-116	6	11	0	17
117-163	25	35	3	63
164-211	13	16	3	32
TOTAL	44	62	6	112

Chi-cuadrado = 2.44
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.6559

TABLA N°14

SATISFACCIÓN LABORAL	ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN			TOTAL
	0-10	11-21	22-33	
70-116	12	2	3	17
117-163	35	22	6	63
164-211	21	11	0	32
TOTAL	68	35	9	112

Chi-cuadrado = 7.81
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.0987

TABLA N°15

SATISFACCIÓN LABORAL	HORAS DE TRABAJO			TOTAL
	1-29	30-58	59-88	
70-116	1	16	0	17
117-163	5	51	7	63
164-211	3	28	1	32
TOTAL	9	95	8	112

Chi-cuadrado = 3.81
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.4326

TABLA N°16

SATISFACCIÓN LABORAL	TURNOS		TOTAL
	SI	NO	
70-116	5	12	17
117-163	7	56	63
164-211	9	23	32
TOTAL	21	91	112

Chi-cuadrado = 5.53
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.0630

TABLA N°17

SITUACIÓN LABORAL			
SATISFACCIÓN LABORAL	CONTRATO LABORAL	EVENTUAL/ RENOVABLE	TOTAL
70-116	12	5	17
117-163	54	9	63
164-211	23	9	32
TOTAL	89	23	112

Chi-cuadrado = 3.46
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.1774

TABLA N°18

SEXO			
SATISFACCIÓN LABORAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
70-116	3	14	17
117-163	17	46	63
164-211	11	21	32
TOTAL	31	81	112

Chi-cuadrado = 1.59
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.4523

TABLA N°19

EDAD				
SATISFACCIÓN LABORAL	24-39	40-55	56-72	TOTAL
70-116	6	9	2	17
117-163	24	35	4	63
164-211	9	18	5	32
TOTAL	39	62	11	112

Chi-cuadrado = 2.57
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.6328

TABLA N°20

ESTADO CIVIL					
SATISFACCIÓN LABORAL	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO	TOTAL
70-116	4	10	2	1	17
117-163	9	47	5	2	63
164-211	10	19	3	0	32
TOTAL	23	76	10	3	112

Chi-cuadrado = 5.82
 Grados de Libertad = 6
 Valor P = 0.4432

TABLA N°21

SATISFACCIÓN LABORAL	ACTIVIDAD TIEMPO LIBRE		TOTAL
	NO	SI	
70-116	15	2	17
117-163	45	18	63
164-211	23	9	32
TOTAL	83	29	112

Chi-cuadrado = 2.09
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.3522

TABLA N°22

APOYO SOCIAL	PROFESIÓN							TOTAL
	ASISTENTE SOCIAL	ENFERM.	KINES.	MÉDICO	MATRONA	NUTRIC.	ODONT.	
5 - 9	1	0	0	2	1	1	1	6
10-14	1	5	2	1	3	2	5	19
15-20	12	16	2	18	16	9	14	87
TOTAL	14	21	4	21	20	12	20	112

Chi-cuadrado = 9.78
 Grados de Libertad = 12
 Valor P = 0.6353

TABLA N°23

APOYO SOCIAL	ANTIGÜEDAD PROFESIONAL			TOTAL
	0-14	15-29	30-45	
5 - 9	4	2	0	6
10-14	9	9	1	19
15-20	31	51	5	87
TOTAL	44	62	6	112

Chi-cuadrado = 3.02
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.5553

TABLA N°24

APOYO SOCIAL	ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN			TOTAL
	0-10	11-21	22-33	
5 - 9	5	1	0	6
10-14	15	3	1	19
15-20	48	31	8	87
TOTAL	68	35	9	112

Chi-cuadrado = 5.19
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.2682

TABLA N°25

HORAS DE TRABAJO				
APOYO SOCIAL	1-29	30-58	59-88	TOTAL
5 - 9	0	5	1	6
10-14	1	16	2	19
15-20	8	74	5	87
TOTAL	9	95	8	112

Chi-cuadrado = 2.12
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.7144

TABLA N°26

TURNOS			
APOYO SOCIAL	SI	NO	TOTAL
5 - 9	1	5	6
10-14	5	14	19
15-20	15	72	87
TOTAL	21	91	112

Chi-cuadrado = 0.86
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.6502

TABLA N°27

SITUACIÓN LABORAL			
APOYO SOCIAL	CONTRATO LABORAL	EVENTUAL/ RENOVABLE	TOTAL
5 - 9	5	1	6
10-14	12	7	19
15-20	72	15	87
TOTAL	89	23	112

Chi-cuadrado = 3.73
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.1549

TABLA N°28

SEXO			
APOYO SOCIAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
5 - 9	1	5	6
10-14	9	10	19
15-20	21	66	87
TOTAL	31	81	112

Chi-cuadrado = 4.59
 Grados de Libertad = 2
 Valor P = 0.1009

TABLA N°29

EDAD				
APOYO SOCIAL	24-39	40-55	56-72	TOTAL
5 - 9	4	2	0	6
10-14	8	10	1	19
15-20	27	50	10	87
TOTAL	39	62	11	112

Chi-cuadrado = 4.26
 Grados de Libertad = 4
 Valor P = 0.3725

TABLA N°30

ESTADO CIVIL					
APOYO SOCIAL	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO	TOTAL
5 - 9	0	5	0	1	6
10-14	7	11	1	0	19
15-20	16	60	9	2	87
TOTAL	23	76	10	3	112

Chi-cuadrado = 10.35
 Grados de Libertad = 6
 Valor P = 0.1107

TABLA N°31

HIJOS								
APOYO SOCIAL	0	1	2	3	4	5	6	TOTAL
5 - 9	0	2	2	1	1	0	0	6
10-14	4	7	4	2	1	1	0	19
15-20	16	15	28	18	8	1	1	87
TOTAL	20	24	34	21	10	2	1	112

Chi-cuadrado = 8.51
 Grados de Libertad = 12
 Valor P = 0.74399

TABLA N°32

RELIGIÓN					
APOYO SOCIAL	CATÓLICA	CRISTIANA	OTRA	NO TIENE	TOTAL
5 - 9	5	0	0	1	6
10-14	16	0	0	3	19
15-20	65	4	3	15	87
TOTAL	86	4	3	19	112

Chi-cuadrado = 2.25
 Grados de Libertad = 6
 Valor P = 0.8953

TABLA N°33

APOYO SOCIAL	ACTIVIDAD TIEMPO LIBRE		TOTAL
	NO	SI	
5 - 9	5	1	6
10-14	10	9	19
15-20	68	19	87
TOTAL	83	29	112

Chi-cuadrado = 5.58
Grados de Libertad = 2
Valor P = 0.0615

Apéndice E
Cuadro Profesionales por Consultorio

Cuadro N°1: PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO

Consultorio	Profesionales Atención Primaria							TOTAL
	Médico	Odontólogo	A. Social	Matrona	Nutricionista	Enfermera	Kinesiólogo	
Placilla	1	1	1	1	1	1	0	6
Placeres	0	0	1	2	1	3	1	8
Barón	3	4	1	1	1	3	0	13
Rodelillo	1	1	1	1	2	2	0	8
P. Daunán	3	2	1	1	1	0	0	8
Qda. Verde	4	4	3	5	2	2	1	21
Las Cañas	0	1	1	1	0	1	0	4
Mena	3	1	0	3	1	2	0	10
Puertas Negras	1	1	1	1	1	2	1	8
Cordillera	0	1	1	1	0	1	0	4
Esperanza	2	1	0	1	1	0	0	5
Reina Isabel	3	3	3	2	1	4	1	17
TOTAL	21	20	14	20	12	21	4	112

Apéndice F
Descripción de la Organización

Descripción de la Organización.
Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social.
Área de Salud

Misión

El principal propósito de la gestión en el área de salud de la corporación ha sido dignificar la atención de los usuarios externos que representan a todos los beneficiarios que consultan en los consultorios y dignificar la atención de los usuarios internos, en particular de todo el personal que trabaja en la prestación de los servicios de salud.

El motivo que llevó a plantear este propósito fue la situación de abandono en que se encontraban los consultorios por plantas físicas antiguas y en malas condiciones, falta de personal, escasos recursos materiales, personal sobrecargado de trabajo.

Este propósito se fundamenta en los principios orientadores ministeriales de: Universalidad, Solidaridad, Equidad, Humanización y Participación Social.

Bajo este marco se establece el objetivo general:

- Hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo para coayudar a elevar el nivel de vida de la sociedad toda.

Los objetivos específicos de:

- Lograr que los consultorios otorguen una atención de alta calidad con cobertura adecuada aumentando la capacidad resolutoria.

- Preferenciar la prevención y el fomento de la Salud a través de la participación social y de la intersectorialidad.

- Mejorar la gestión.

1.- La Misión: Metas y Objetivos

1.1 La filosofía que inspira al Área de Salud Municipal (Dirección del Área y Establecimientos) es el reconocimiento de la salud como un derecho y no como un privilegio.

Con esta base se establece como misión del Área de Salud:

“ Conducir la gestión de los establecimientos que componen el sector salud municipalizado de Valparaíso, a partir de las Políticas Ministeriales Regionales y Locales, con el máximo de efectividad en el uso de los recursos, garantizando una atención de la más alta calidad y en continuo perfeccionamiento para asegurar la mayor satisfacción posible de las necesidades de los usuarios, que le permitan mejorar su calidad de vida como individuos, familia y comunidad”.

La estrategia principal será la de trabajar en un clima laboral favorable y con la participación activa de la comunidad.

1.2 Las metas generales de la Dirección y Establecimientos son:

- Ofrecer un servicio de alta calidad a todos los usuarios (interno: personal; externos: comunidad, otros departamentos municipales, otras instituciones).
- Ofrecer servicio de salud en forma integral y comprensiva a las personas, familias y comunidad.
- Enfatizar la prevención, el mantenimiento de la salud y la educación a los beneficiarios del Sistema de Salud.
- Agilizar la prestación de los servicios.
- Proyectarse hacia el futuro a través de una planificación estratégica.

1.3 Objetivos:

- Proveer una atención de salud continua, comprensiva, preventiva y de mantenimiento de la salud a todos los beneficiarios, familias y comunidad a lo largo de todas las etapas de la vida.
- Garantizar servicios médicos de alta calidad.
- Mantener una buena relación médico-paciente.
- Asegurar una ficha individual y familiar adecuada y completa para cada usuario.
- Promover una adecuada coordinación del equipo de salud con el logro de adecuadas relaciones interpersonales para entregar servicios de excelencia.
- Promover la participación comunitaria para el diagnóstico y solución de problemas de salud.

- Desarrollar planes estratégicos en base a la realidad local.

2.- Políticas del Sector Salud de la Corporación Municipal

Las políticas de salud están orientadas a:

- Políticas de acción sobre las personas y el ambiente que intentan fomentar, proteger y recuperar la salud y rehabilitar a los enfermos.

- Políticas organizativas del sector salud en un ente eficiente que permita que las acciones lleguen a las personas.

- Políticas de desarrollo y distribución de recursos humanos y físicos. Consiste en dotar dentro de la realidad a las estructuras de la organización con los medios para que puedan realizar las acciones programadas.

- Políticas de investigación operacional y educación para la salud.

Se requiere la definición de nuevas políticas para enfrentar los problemas, para ello el sector municipal hace suya las políticas del Servicio de Salud que son:

- 1.- Las acciones estarán principalmente orientadas a satisfacer las necesidades de los grupos más vulnerables en términos de pobreza.

- 2.- Los programas de salud se realizarán según el diagnóstico de salud, utilizando el Método Epidemiológico y la Planificación Estratégica con un enfoque integral.

- 3.- Se desarrollará un sistema de atención de salud (referencia y contra-referencia) en red.

- 4.- Se privilegiarán las acciones de fomento, promoción y prevención por sobre las curativas y de rehabilitación.

- 5.- Las acciones estarán dirigidas a fomentar estilos de vida saludables.

- 6.- Los programas de salud (Infantil, del Adolescente, del Adulto y de la Mujer) representarán el proceso de la vida, para ello es necesario desarrollar una visión de integración programática.

- 7.- La incorporación de estas políticas requieren de una integración y fortalecimiento de los equipos de salud, quienes deberán elevar sus capacidades técnicas y de gestión.

- 8.- La integración y fortalecimiento del protagonismo de los equipos de salud, se traducirán en un compromiso de gestión, epidemiológicamente fundados en un diagnóstico

local y una priorización adecuada incorporando la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

9.- Los compromisos de gestión deberán reflejarse en la programación local, donde lo principal es la creatividad y capacidad técnica del equipo.

10.- El servicio de salud desarrollará una evaluación permanente y moderna que permitirá medir el Proceso, Calidad, Efectividad y Eficiencia de los programas de salud.

Para cumplir con los compromisos de gestión se requiere de un personal que sume las mejores condiciones posibles. El Área de salud considera que la política principal que guiará al Sistema de Salud Municipal es la Política de Personal.

Los elementos fundamentales de la Política de Personal son:

1) El personal de Salud Municipal se regirá por lo establecido en la Ley n°19.378, publicada el 13 de abril de 1995, sobre el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

2) El personal de salud tanto para su ingreso al sistema, como para su salida, lo hará de acuerdo a lo que disponga el Reglamento de Carrera Funcionaria Municipal de la Ley n° 19.378.

3) El personal es lo más valioso que constituye la organización de salud, por lo tanto, además de lo establecido en el Reglamento, la Corporación Municipal realizará todos los esfuerzos que estén a su alcance, permanentemente, para asegurar el mejor estado de bienestar laboral de su personal.

4) Se mantendrán las más estrictas normas de respeto tanto de los Directivos hacia su personal, como del personal hacia sus Directivos.

5) El desarrollo del Recurso Humano deberá contemplar la necesaria capacitación anual en todos los ámbitos del quehacer de salud, y en particular del adecuado desarrollo directivo.

6) El personal cumplirá su gestión aplicando los conceptos más actualizados de calidad acogiendo el concepto de "cero defecto" como el único estándar válido a alcanzar.