



Facultad de Derecho y Cs. Sociales  
Escuela de Trabajo Social

***INVESTIGACION DIAGNOSTICA DEL SINDROME DE  
BURNOUT EN LOS EQUIPOS DE TRATO DIRECTO DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR DE VALPARAISO***

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE  
SOCIAL

**ALUMNAS:** PALOMA FIGUEROA ESCUDERO.  
NATALIA SALINAS RODRIGUEZ.  
GLORIA VERA MEDINA.

**PROF. GUÍA:** DAGOBERTO SALINAS AVILÉS.

INDICE DE CONTENIDOS.

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>7</b>
Presentación Capítulo:	8
Identificación de la Institución.	9
Tipo de Institución.	9
Cobertura.	9
Radio de Acción.	9
Antecedentes Históricos.	10
Política Institucional.	11
Objetivos de la Institución.	11
Recursos Humanos de la Institución.	12
Funciones de la Institución.	12
Planes y Programas de la Institución.	18
<b>CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>20</b>
Presentación Capítulo:	21
Aspectos Teóricos de la Investigación.	22
Sistema de Salud Chileno y Seguridad Social.	23
Sistema De Salud.	23
Seguridad Social.	27
Síndrome de Burnout.	39
Desarrollo histórico de Síndrome de Burnout.	39
Definición del Síndrome de Burnout.	41
Etapas del Síndrome de Burnout.	42
Proceso evolutivo del Síndrome de Burnout.	43
Factores que aumentan el riesgo de desarrollar Burnout.	45
Consecuencias del Síndrome de Burnout.	47
Estrategias y Técnicas de Intervención frente al Síndrome de Burnout.	50
Comparación del Burnout con otros estados.	51
Consideraciones sobre otras variables.	53
<b>CAPITULO III MARCO METODOLOGICO</b>	<b>57</b>
Presentación Capítulo:	58
Definición y Fundamentación del Problema de Investigación.	59
Objetivos de Investigación.	62
Operacionalización de variables.	65
Delimitación de Población y Selección de Muestra.	84
Criterios de Inclusión y Segmentación.	85
Técnica de Recogida de Información.	86
Plan de Análisis.	87
<b>CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS</b>	<b>89</b>
Presentación Capítulo:	90
Aplicación de los Instrumentos y Levantamiento de Información.	91
Análisis.	92
Caracterización del Equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador, en ámbito socio-demográfico laboral.	92

Descripción y explicación del Estado de Salud Mental y resultados de correlaciones con factores socio-demográficos y laboral.	95
Hallazgos Investigativos no considerados del Proceso de Investigación.	111
<b>CAPITULO V PROPUESTA PROGRAMATICA</b>	<b>114</b>
Presentación Capítulo:	115
Propuesta Programática.	116
Estrategias y Técnicas de Intervención frente al Síndrome de Burnout.	117
Estrategias Orientadas al Individuo.	118
Estrategias centradas en la Organización.	119
<b>CAPITULO VI CONCLUSIONES Y REFLEXIONES</b>	<b>122</b>
Presentación Capítulo:	123
Reflexiones acerca de las Competencias desde la Perspectiva del Trabajo Social.	124
Competencias Técnicas.	124
Competencias Metodológicas.	124
Competencias Personales.	125
Conclusiones Profesionales.	126
Conclusiones en Torno a la Problemática.	127
Trabajo Social y Vinculación con la Problemática.	129
<b>CAPITULO VII BIBLIOGRAFIA</b>	<b>131</b>
Fuentes Primarias.	132
Fuentes Secundarias.	132
Tesis.	135
Documento Electrónico.	135
<b>CAPITULO VIII ANEXOS</b>	<b>138</b>
Instrumento de Medición de Presencia de S. de Burnout.	139
<b>APENDICE</b>	<b>CD</b>
Archivos De Tablas, Gráficos y Datos (Archivos SPO).	
Tesis Digital (Archivos PDF).	

INDICE DE IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS, ESQUEMAS Y CUADROS.

<b>CONTENIDO DE IMAGENES</b>		<b>PAG.</b>
<b>CAPITULO I CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>		
Imagen 1.1 Simbología Organigrama Institucional.		17
<b>CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA</b>		
Imagen 2.1 1°Proceso Burnout.		44
Imagen 2.2 2°Proceso Burnout.		45
<b>CONTENIDO DE TABLAS</b>		<b>PAG.</b>
<b>CAPITULO I CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>		
Tabla 1.1 Recurso Humano.		12-84
<b>CAPITULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>		
Tabla 4.1 Factor Socio-demográfico.		92
Tabla 4.2 Factor Laboral.		93
Tabla 4.3 Unidades del Hospital Psiquiátrico del Salvador.		94
<b>CAPÍTULO V PROPUESTA PROGRAMATICA</b>		
<b>CONTENIDO DE CUADROS</b>		<b>PAG.</b>
<b>CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA</b>		
Cuadro 2.1 Trastornos Mentales y del Comportamiento.		28
Cuadro 2.2 Curva de Riesgo de Estrés.		52
<b>CAPITULO III MARCO METODOLOGICO</b>		
Cuadro 3.1 Operacionalización 1° Variable		66
Cuadro 3.2 Operacionalización 2° Variable		70
Cuadro 3.3 Operacionalización 3° Variable		76
Tabla 5.1 Análisis FODA.		116
<b>CONTENIDO DE GRAFICOS</b>		<b>PAG.</b>
<b>CAPITULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>		
Gráfico 4.1 Factores Psicosomáticos en Estado de Salud Mental.		95
Gráfico 4.2 Estado de Salud Mental.		96
Gráfico 4.3 Nivel de Preparación y Etapas del S. de Burnout.		97
Gráfico 4.4 Fact. Laborales, Unidades y Estado de Salud Mental.		98
Gráfico 4.5 Exigencia Psicológica.		100
Gráfico 4.6 Trabajo Activo y Capacidad de Desarrollo.		101
Gráfico 4.6 Trabajo Activo y Capacidad de Desarrollo.		101
Gráfico 4.7 Inseguridad Laboral.		102
Gráfico 4.8 Apoyo Social y Calidad de Liderazgo.		103
Gráfico 4.9 Doble Presencia.		103
Gráfico 4.10 Estima.		104
Gráfico 4.11 Riesgo Psicosocial Laboral.		105
Gráfico 4.12 Exigencia Psicológica y Estado de Salud Mental.		106
Gráfico 4.13 Inseguridad Laboral.		107
Gráfico 4.14 Apoyo Social y Calidad de Liderazgo.		109
Gráfico 4.15 Estima y Estado de Salud Mental.		109
Gráfico 4.16 Trabajo Activo y Posibilidad de Desarrollo y Estado de Salud Mental.		109
Gráfico 4.17 Triangulación.		112
<b>CONTENIDO DE ESQUEMAS</b>		<b>PAG.</b>
<b>CAPITULO I CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>		
Esquema 1.1 Organigrama Institucional.		17
<b>CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA</b>		
Esquema 2.1 Contenidos Claves.		22
<b>CAPITULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>		
Esquema 4.1 Triangulación.		111

## INTRODUCCIÓN.

El presente documento da cuenta del proceso investigativo llevado a cabo por parte del Equipo Seminarista conformado por Paloma Figueroa Escudero, Natalia Salinas Rodríguez y Gloria Vera Medina; dentro del contexto de desarrollo del Seminario de Título de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

El proceso se llevó a cabo bajo el alero institucional del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, siendo para éstos efectos el Académico Sr. Dagoberto Salinas Avilés, el Profesor Guía del Proceso.

El seminario pretende diagnosticar la existencia del Síndrome de Burnout y el nivel en que éste se encuentra, a su vez que correlaciona las variables socio demográficas y laboral con el Síndrome, con la finalidad de entregar al término del estudio una propuesta programática efectiva y eficiente, que disminuya estratégicamente los niveles del Síndrome de Burnout, en caso de que exista, de manera que esto no entorpezca el correcto desarrollo laboral de los funcionarios del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

En lo referente a la estructura del documento, éste se organiza en los siguientes seis capítulos:

El Primer Capítulo se denomina Contexto Institucional, y en él se abordan las características propias de la institución que ofició como patrocinante del ejercicio investigativo.

El Segundo Capítulo, es el denominado como Marco de Referencia, en el se expone la orientación de los principales referentes conceptuales y teóricos en torno a la aparición y problemática del Síndrome de Burnout que guiaron el proceso de desarrollo de Seminario de Título al Equipo Seminarista.

El Tercer Capítulo se designa como Marco Metodológico, y da cuenta del camino del diseño metodológico que asumió el equipo seminarista para el adecuado desarrollo del proceso investigativo. En él se observan, entre otros

aspectos la formulación y delimitación del Problema de Investigación que, a su vez, permite la elaboración de los Objetivos de Investigación que finalmente guiaron el ejercicio de Seminario de Título.

El Cuarto Capítulo se denomina como Análisis de Resultados, en este apartado se desarrolla el plan de análisis previsto por el equipo seminarista y se exponen los resultados encontrados durante la investigación, además de observar hallazgos que el equipo seminarista descubrió y exponer su importancia como posibles futuras investigaciones dentro de la institución.

El Quinto Capítulo se denomina como Propuesta Programática, y en él se expone la elaboración de una propuesta para abordar el Síndrome de Burnout, desarrollada por el Equipo Seminarista, por lo que su construcción se sustenta en los principales resultados del análisis.

El Sexto y último Capítulo llamado Conclusiones y Reflexiones; en él se permite evidenciar un logro de un nivel de abstracción y análisis significativo conseguido por el equipo seminarista en base al trabajo realizado en sus distintas aristas.

Dada las consideraciones anteriores solo resta invitar al lector, a interiorizarse y retroalimentarse de la experiencia del trabajo realizado por el equipo seminarista que suscribe el documento, en el marco de su Seminario de Título.

# CAPITULO I

# CONTEXTO INSTITUCIONAL

## PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El presente documento, da cuenta del primer capítulo del Seminario de Título denominado “*Investigación diagnóstica del Síndrome de Burnout en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador*”,

En este apartado, se darán a conocer las principales particularidades de la Institución Patrocinante, especificándose aspectos tales como; misión, objetivos, cobertura, recursos, funciones, entre otros, con el fin de otorgar una visión general del contexto donde se inserta la investigación y el marco político que la sustenta.

Cabe destacar, la importante disposición de la Institución y de la gran mayoría de los funcionarios en trabajar en el tema abordado por el equipo seminarista y ser partícipes de la investigación. Además de resaltar el importante apoyo que fue para el equipo la guía de la Srta. Katherine González Maffu, encargada de gestión docente de la Institución en cuestión.

Con lo anteriormente declarado se procura contextualizar institucional y políticamente el trabajo que se desarrolla por parte del Equipo Seminarista.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

### **I. Identificación de la Institución:**

Nombre: Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Dirección: Carvallo Nº 200, Playa Ancha, Valparaíso.

Fono: 2275462

Fax: 2275440

### **II. Tipo de Institución:**

El Hospital del Salvador es uno de los cuatro hospitales públicos que a nivel nacional se encuentran dedicados a la atención psiquiátrica, el cual tiene como característica exclusiva la atención de patologías relacionadas con salud mental, a través de modalidades de atención abierta y cerrada.

Conforme a las reformas de salud, se clasifica como Hospital de Especialidades, en patologías psiquiátricas, brindando atención integral bajo el modelo biopsicosocial, tomado enfoques preventivos, curativos y de rehabilitación.

#### Planta Directiva:

- Director: Dr. Carlos Ortiz Cabrera

- Sub Director: Susie Barrientos Arancibia.

### **III. Cobertura:**

El Hospital Psiquiátrico atiende anualmente aproximadamente alrededor de seis mil personas con problemas de salud mental. Las patologías más frecuentes corresponde a: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad, como también pacientes dependientes de Alcohol y Drogas.

### **IV. Radio de Acción:**

La institución en cuestión depende de la dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA), comprendiendo la quinta región costa, en la jurisdicción de Valparaíso, San Antonio, Casablanca, y hospitalizaciones de pacientes provenientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

## **V. Antecedentes Históricos:**

El Hospital Psiquiátrico del Salvador se fundó como Hospital San Juan de Dios el año 1860, siendo éste un Hospital Asilar Respiratorio-Infecioso, reconocido por su especialización con enfermos de Tuberculosis Terminal y Viruela. Posteriormente, con motivos de la Guerra del Pacífico (1879), es convertido en Hospital de Sangre. Sin embargo, con el avance de la ciencia, y el control de la T.B.C., fue quedando vacío, constituyéndose así en un Hospital Psiquiátrico.

La atención a pacientes psiquiátricos se va desarrollando en el Hospital de Viña del Mar (Dr. Gustavo Fricke), en 1940 a cargo del Dr. Virgilio Capelli. El equipo compuesto por psiquiatras, enfermeras y una asistente social, se constituye en 1962 como un grupo de líderes comunitarios de salud mental, muy visionarios para la época.

La llegada de post-becados de la Universidad de Chile, permite estructurar definitivamente el servicio de Psiquiatría. En 1970 el Dr. Julio Dittborn, organiza el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso. El aumento sostenido de la población psiquiátrica, motiva a las autoridades de salud a decidir en 1973 su traslado al Hospital del Salvador, el cual se convertirá definitivamente en sede de todos los recursos psiquiátricos de Valparaíso, siendo su primer Director el Dr. Carlos Molinari Domínguez.

En sus primeros años su orientación era básicamente de carácter asilar apuntando a la atención de pacientes crónicos, los cuales pasaban una larga estadía en el hospital.

En los años 90' se crean los llamados Hogares Protegidos a los cuales se enviaban los usuarios crónicos que estaban dados de alta. Esto marca uno de los primeros pasos respecto del plan de desinstitucionalización del Hospital como respuesta a la reforma psiquiátrica de la carta de Santiago. Desde el año 2000 el plan nacional de Salud mental y psiquiatría, propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de psiquiatría de mediana estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan la reinserción psicosocial del paciente.

En los continuos esfuerzos para modernizar la institución se han creado distintos programas de rehabilitación psiquiátrica-comunitaria, los que grafican el actual énfasis institucional y/o psicosocial, con acento en la reinserción social y familiar de los pacientes.

Actualmente el Hospital del Salvador, atiende a pacientes agudos que consultan por patologías psiquiátricas y por consumo de alcohol y drogas, ingresados voluntariamente o por resolución administrativa (resolución del servicio de salud determinada por sus propios familiares) o por orden judicial. Su atención se ubica a nivel terciario, es decir, apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental. Cuenta con un Consultorio adosado, tres Hospitales Diurnos, una Posta Antialcohólica, además del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria ubicado en la subida El Peral.

#### **VI. Política Institucional:**

El Hospital del Salvador, al pertenecer al sistema de salud chileno, se rige por las políticas de salud que determina el Ministerio, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo etario, etc. Contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, entre otros.

#### **VII. Objetivo de la Institución:**

*“Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”.*

### VIII. Recursos humanos en la institución:

Tabla 1.1 Recurso Humano

Directivos	3
Profesionales Biopsicosociales	49
Técnicos	58
Administrativos	21
Auxiliares	46
Directivos Ley Medica	2
Dentista	1
Químico Farmacéutico	1

Fuente Hospital del Salvador, 2011

El presente cuadro da cuenta de la cantidad de personal encargado del tratamiento y atención del paciente, considerando como profesionales biopsicosociales, a Psicólogos, Psiquiatras, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos, entre otros.

### IX. Funciones de la institución:

El Hospital se divide en cuatro áreas, las cuales se clasifican debido al tipo de atención que requieren el paciente.

#### a) Atención Abierta

Este tipo de atención es caracterizada por desarrollarse de forma ambulatoria, esto quiere decir que los usuarios que acuden a la institución lo hacen derivado por una interconsulta de otros Centros de Salud, en la medida que necesiten atención psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización. El equipo de trabajo encargado de ésta área la componen: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros y Auxiliares Paramédicos. Dentro de las labores realizadas por el área de Atención Abierta podemos distinguir la siguiente entrega de servicios:

#### 1.- Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria:

Este centro de salud tiene a su cargo el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica severa. El tipo de servicio que ofrece es de atención secundaria y terciaria, la cual implica tratamiento y hospitalización, respectivamente.

1.1.- *Consultorio*: Este servicio es una instancia de atención de nivel secundario, tratándose de un centro especializado en problemas de salud mental. La población a quien se dirige la atención es principalmente a pacientes derivados por ínter consultas provenientes de otros hospitales de la región o consultorios, otra alternativa es que surjan por consultas espontaneas, las que son atendidas por un sistema que no alcanza a constituir una instancia de emergencia propiamente tal, asiste y diagnostica a pacientes que concurren de forma urgente para posterior derivación a la unidad que correspondiente.

1.2.- *Unidad Infanto Juvenil (UIJ)*: Es un servicio que atiende a niños, niñas y adolescente, que poseen trastornos infantiles derivados por otros centros de salud, o en su defecto por demanda espontánea.

2.- Unidad de Fármaco Dependencia (U.F.D.):

2.1.- *Hospital Diurno para Dependientes de Alcohol (H.D.A)*: Los tratamientos que se llevan a cabo tienen un carácter multidisciplinario. La misión de esta unidad es entregar tratamiento y rehabilitación a pacientes bebedores problemas con consumo perjudicial o dependientes del alcohol. Esta modalidad es de carácter ambulatorio.

3.- Hogares Protegidos:

El Hospital del Salvador cuenta con nueve Hogares Protegidos, conformados por un equipo un multidisciplinario, compuesto por Asistentes Sociales, Terapeuta Ocupacional y Enfermeras, a su vez cuenta con tratamientos Neurológico Postrado y de Residencia Protegida, con total de cobertura ochenta y cinco usuarios.

b) Atención Semi-cerrada

1.- Hospital de Día para Dependencias (H.D.D):

Dicha atención está dirigida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes los cuales optan por participar en un programa de ocho meses de duración. El cual, consiste en entregar apoyo integral desde diversas dimensiones: psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo familiar, entre otros.

Esta modalidad de tratamiento incluye actividades para los pacientes y sus familias su objetivo final ideal es el de la recuperación personal y social de la persona con problemas asociados al consumo de drogas. Para este fin se divide en dos programas intensivos:

1.1.- *Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Consumo Problemático de Drogas:* Tiene como objetivos generales intervenir sobre los factores de riesgo de consumo a través de un trabajo terapéutico multidisciplinario, que permita facilitar la abstinencia y el proceso de cambio.

1.2.- *Programa Ambulatorio Intensivo para Patología Dual:* Busca apoyar la estabilización del cuadro psiquiátrico y la detención del consumo, con el fin de favorecer el proceso de rehabilitación.

2.- Hospital Diurno para Pacientes Con Trastornos Psiquiátricos Severos (T.P.S):

Esta unidad otorga tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial a pacientes con diagnóstico de psicosis (esquizofrenia) a través de la realización de un programa, que incluye actividades tanto para los pacientes como para sus familiares.

### c) Atención Cerrada

Orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente. Perteneciendo a esta área:

1.- Unidad de Mediana Estadía (U.M.E.):

En esta unidad se acogen a aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, refractarios al tratamiento y que muchas veces conjugan su patología con otros trastornos como autismo, retardo mental, retraso psicomotor, entre otros. Se trata de pacientes de larga evolución, crónicos, y que por lo general presentan un gran deterioro en las distintas áreas de su desarrollo, tanto por las características de su enfermedad como por el proceso de institucionalización que les ha tocado vivir.

## 2.- Unidad Clínica para Agudos:

En esta área se encuentran la U.C.E, Sala Azocar y la Sala Valenzuela, las vías de ingreso a cualquiera de estas tres unidades puede ser voluntaria o por resolución administrativa o judicial. La población objetiva en agudos es un grupo bastante heterogéneo que contempla trastornos psiquiátricos y pacientes con dependencia a drogas y alcohol. Es importante señalar que dentro de una visión más integral, además del diagnóstico y tratamiento del paciente se busca incorporar al mismo a redes de apoyo que contribuyan a formar parte del tratamiento.

2.1.- *Unidad de Cuidados Especiales (U.C.E.):* Esta unidad presenta una atención rigurosa, dada las características de los pacientes que allí se atienden. Aquí se encuentra a pacientes con descompensaciones más graves, por lo que deben estar constantemente vigilados, puesto que se asume que podrían constituir un riesgo real tanto para sí mismos, como para quienes los rodean. Una vez que sus síntomas son neutralizados pasan a la sala de agudos que les corresponda o son dados de alta con sus familias.

2.2.- *Sala Valenzuela:* Está constituida por pacientes de sexo masculino. El propósito es dar asistencia psiquiátrica de alta complejidad, bajo régimen de internación y por un plazo promedio aproximado de treinta días, a pacientes con trastornos mentales agudos y crónicos descompensados, que se encuentran en riesgo para ellos mismos y/o para los demás, con el propósito de que logren compensarse e integrarse en su medio habitual o, cuando corresponda, sean derivados a otros dispositivos de la red de salud. En la gran mayoría de los casos estos pacientes vienen derivados de la U.C.E. Por lo tanto, el nivel de rotación de los usuarios es alto y permanente.

2.3.- *Sala Azócar:* Dicha unidad es homóloga a la Sala Valenzuela, solo que está destinada exclusivamente a mujeres. Se trabaja en base a un equipo interdisciplinario para dilucidar el diagnóstico clínico de cada paciente y conocer su contexto social y familiar. En ésta sala, al igual que la Sala Valenzuela, los pacientes permanecen el menor tiempo posible, alrededor de treinta días, con la finalidad de compensarlos y evaluar su alta o derivación a hogares protegidos.

### 3.- Unidad de Desintoxicación (U.D.D.):

En esta unidad están internos pacientes que presentan serios problemas de adicción al alcohol y/o a las drogas y que requieren de un proceso de desintoxicación intensivo. Los pacientes son de sexo femenino y masculino.

#### d) Función Administrativa:

Área encargada de administrar la organización y coordinación del sistema hospitalario.

### 1.- Oficina OIRS:

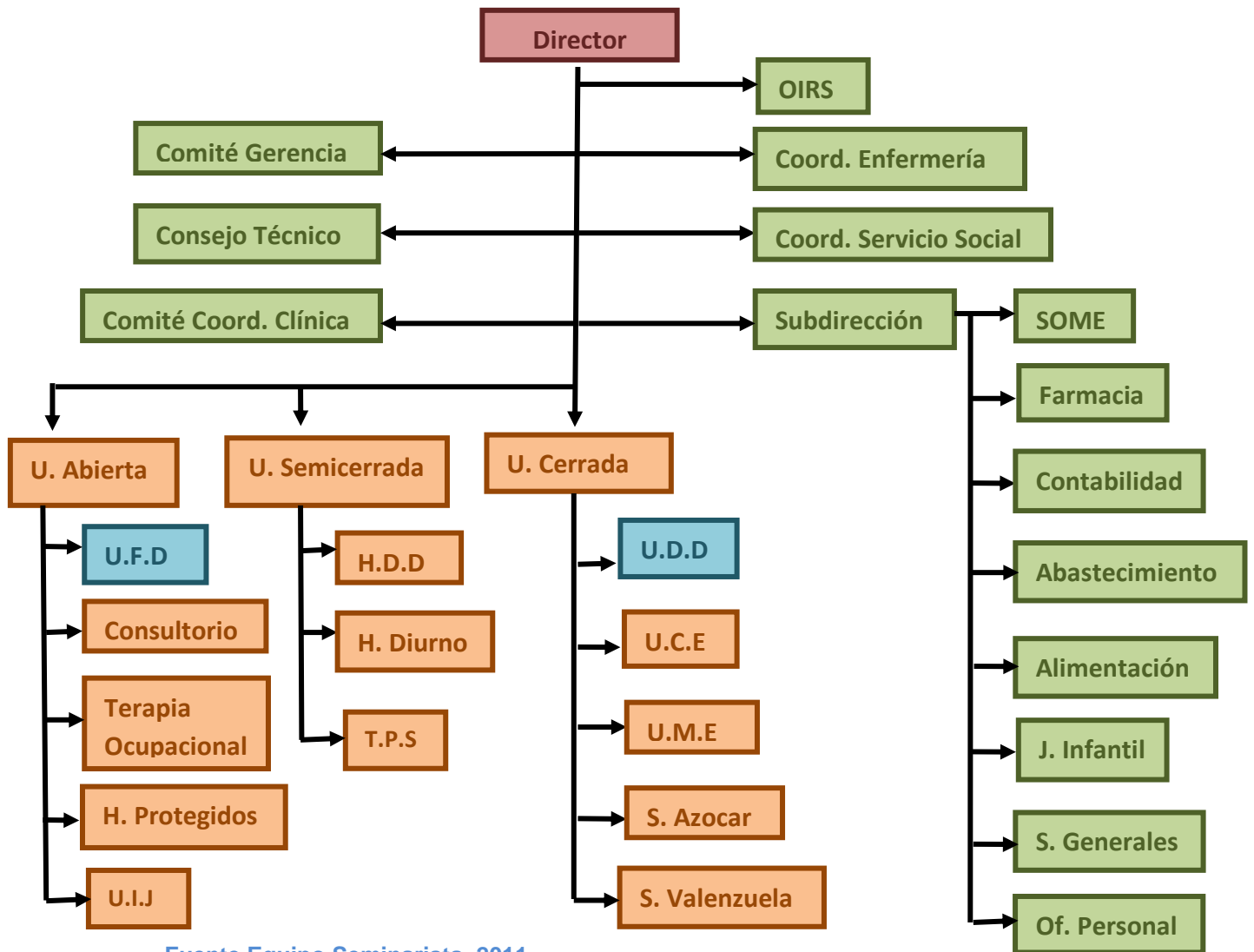
Orientada a promover la participación, el ejercicio de los derechos ciudadanos, el asociacionismo y el respeto a la diversidad. Sus ejes principales están referidos a la gestión pública participativa, al acceso de la ciudadanía a información pública oportuna, al fortalecimiento de la asociatividad y al respeto a la diversidad y a la no discriminación.

Responde al Modelo Integral de Atención a Usuarios, que es la coordinación de todos los espacios de atención en los servicios públicos (OIRS, Buzones Ciudadanos, Presénciales y Virtuales, Oficinas Móviles, Centros de Documentación, Sitios en Internet u otros)

El Modelo Integral de Atención a Usuarios, tiene como fin que la OIRS se coordine con todos los espacios de comunicación de la Institución para trabajar una metodología común de atención, derivación y registro.

A continuación se presentara el organigrama del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Esquema 1.1 Organigrama Institucional

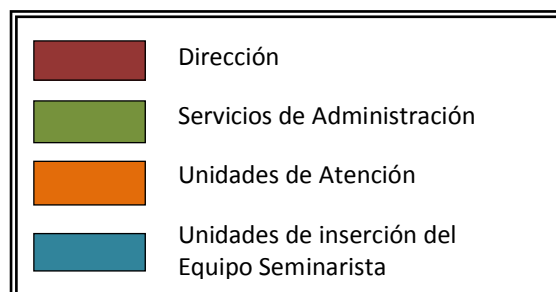


Fuente Equipo Seminarista, 2011

De acuerdo a lo mostrado anteriormente en el organigrama de la institución se muestra la jerarquía y orden que se establece de el Director de la Institución Psiquiátrica y los diversos servicios y unidades que lo componen.

A continuación se mostrara la simbología de dicho Organigrama

Imagen 1.1 Simbología Organigrama Institucional



Fuente Equipo Seminarista, 2011

## VI. Programas de la Institución:

- *Programa de Depresión en atención primaria, secundaria y terciaria, sólo en casos de depresión mayor.*

La unidad encargada de llevar a cabo este programa es el Policlínico del hospital, el cual atiende principalmente pacientes con trastornos del ánimo en su grado mayor. El equipo que compone mayormente esta unidad se encuentra conformado por Psicólogos y Psiquiatras. Dichos profesionales se encargan del tratamiento de pacientes que han sido derivados desde otras instituciones con un grado considerable de depresión; para lo cual utilizan técnicas de psicoterapia o bien farmacológicas, en casos que sean estrictamente necesarios.

- *Programa Unidad Mediana Estadía (UME).*

Como fue mencionado anteriormente, al describir la Unidad que lleva el mismo nombre que dicho programa; esta se encarga que los pacientes que ingresan a la unidad reciban un tratamiento terapéutico adecuado, orientado a facilitarles su inserción dentro de un hogar protegido y/o eventualmente en otros centros diurnos.

- *Programa de Trastorno Psiquiátrico Severo.*

Es impartido en la unidad que lleva el mismo nombre, en el cual se entrega un tratamiento, a través de una modalidad ambulatoria, para facilitar la recuperación de las habilidades sociales, instrumentales, cognitivas y afectivas; con el objetivo de reconstruir el vínculo social y desarrollar la capacidad de desenvolverse efectivamente en el medio extra-hospitalario.

- *Programa de Alcohol y Drogas.*

Es aplicado dentro de distintas unidades del hospital, siendo estas de diversos tipos de atención, encontrándose la U.D.D en un sistema cerrado, H.D.D en sistema semi-cerrado y la U.F.D y H.D.OH se encuentran bajo un régimen abierto. En su forma general los tratamientos están orientados a la desintoxicación de los pacientes para una posterior rehabilitación.

Es pertinente realizar un estudio sobre las condiciones laborales y los posibles efectos que éstas pueden generar en el equipo de trato directo del hospital, debido a la naturaleza disfuncional propia de los pacientes

intervenidos. Proponiendo así, un escenario en donde el profesional debe lidiar constantemente con situaciones estresantes que demandan una mayor experticia en el tratamiento del paciente.

Ahora bien, debido a las exigencias laborales presentes en el centro psiquiátrico, se logra vislumbrar diversos riesgos psicosociales que podrían influir negativamente en el Estado de Salud Mental del trabajador. Dejando así, al personal en condiciones de alta vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades laborales, como el Síndrome de Burnout.

# CAPITULO II

# MARCO DE REFERENCIA

## **PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO**

El presente capítulo pretende exponer los referentes conceptuales y teóricos de la temática del Síndrome de Burnout, los cuales son relevantes para otorgar validez al trabajo que se desarrolla, puesto que sin estos se carecería de fuerza teórico conceptual. Se busca de esta forma dar una mirada amplia en torno a la problemática, para sustentar los capítulos posteriores.

Los referentes integrados se relacionan con la contextualización sobre el Burnout tanto en términos globales, como regionales y locales, etapas de desarrollo; los factores de riesgo, enfoques de salud, modelos que se aplican actualmente para el tratamiento o superación del Síndrome.

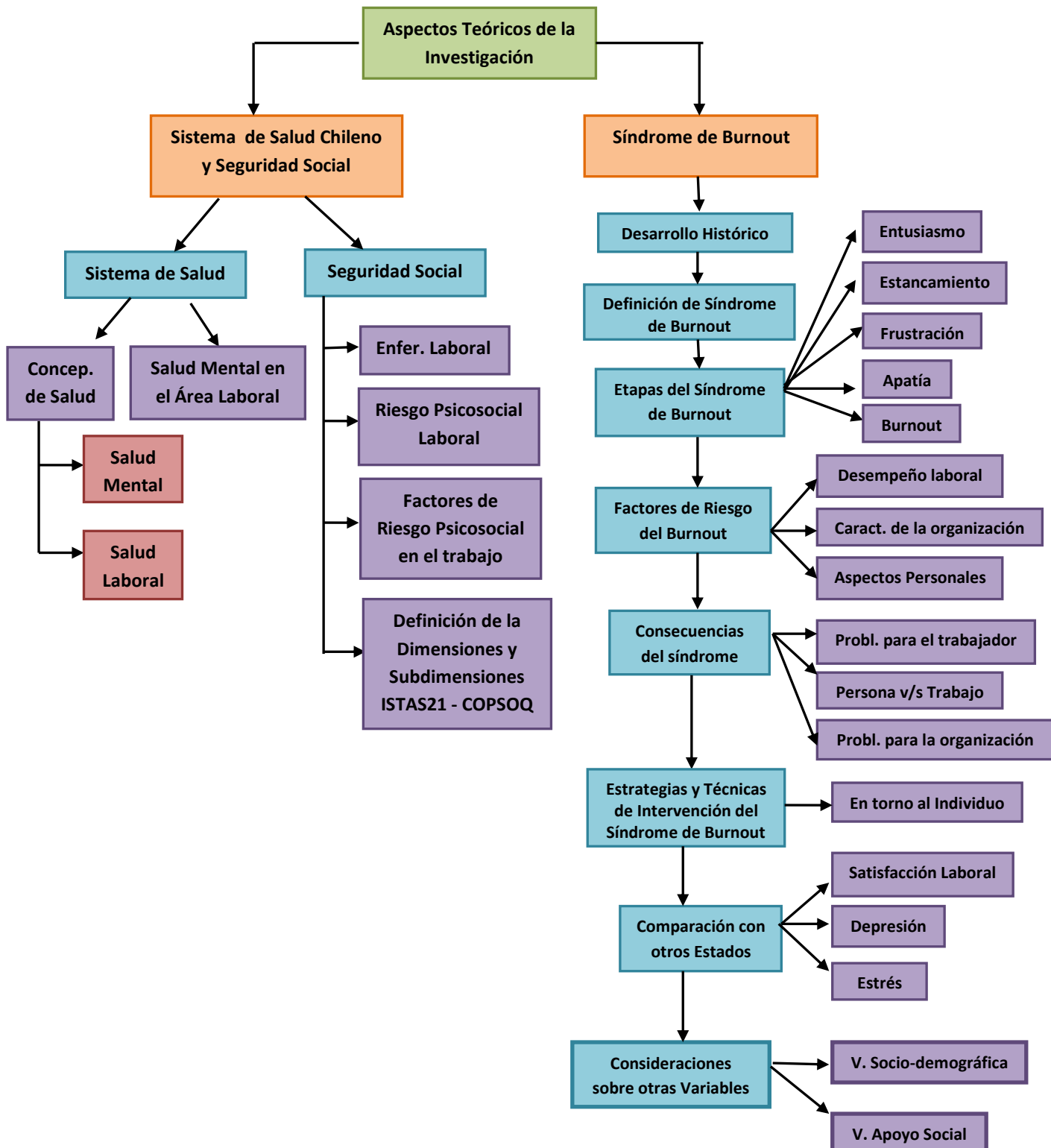
Estos referentes conceptuales entregarán los cimientos fundamentales que se emplearán en el análisis e interpretación de la información obtenida, de manera de contrastar lo que se logro recopilar, con los referentes bibliográficos presentados en este capítulo.

MARCO DE REFERENCIA

• **Aspectos Teóricos de la Investigación:**

A continuación se presenta un esquema, en el cual se darán a conocer las principales temáticas que se abordaran en el siguiente capítulo.

Esquema 2.1 Contenidos Claves



Fuente Equipo Seminarista, 2011

## I. Sistema de Salud Chileno y Seguridad Social.

### 1. Sistema de Salud.

En Chile, el Sistema de Salud es mixto, no obstante, predomina el Sector Estatal, el cual atiende a la población que posee los quintiles más bajos (I, II, III Quintil<sup>1</sup>), de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. El organismo coordinador del Sistema Nacional de Servicios de Salud es el Ministerio de Salud, que cumple funciones rectoras y normativas y posee a su cargo veintiocho servicios de salud descentralizados territorialmente.

Su organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como proveedor de seguro público de salud. En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de 1980, debido a reducción del presupuesto estatal de salud en el periodo de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente, a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios.

Los cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y en el número de actividades realizadas en los últimos años, han sido grandes y positivos y han ubicado a Chile a la vanguardia de la Región por sus indicadores de salud, con logros reconocidos internacionalmente.

Como consecuencia de la transición demográfica, la esperanza de vida al nacer de los chilenos es actualmente de 76.7 años y la tasa de mortalidad general es de 5.75 por 1.000 habitantes.

Dado el cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena, se hace cada vez más importante mejorar la calidad de la vida y reducir la prevalencia de las enfermedades que producen discapacidad<sup>2</sup>. Para esto se ha incrementado la carga laboral de los funcionarios en el área, trayendo con esto diferentes tipos de repercusiones en la salud de estos, tanto físicas y emocionales como mentales.

---

<sup>1</sup> Quintil: Cada quintil corresponde al 20 por ciento de la población nacional según el ingreso per cápita del hogar. **Quintil I:** incluye a todas las familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$39.990. **Quintil II:** \$67.866. **Quintil III:** \$107.292.

<sup>2</sup> Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra. Temas de actualidad. "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia". Chile. 2005.

Cabe destacar a su vez, que en Chile existen un total de 92.976 personas civiles que trabajan en el sistema Público de Salud, en donde 61.325 corresponden a mujeres y 31.651 a personas de sexo masculino, siendo estas un 66% y 34% respectivamente, lo cual evidencia una marcada diferencia de casi el 50% en lo que respecta a género.

La realidad de la región de Valparaíso no se aleja a la nacional, pues de 4.567 trabajadores en salud pública, 3.014 corresponden a mujeres y 1.553 correspondería a personal masculino, como lo indica el último estudio sobre estadísticas de recurso humanos en el sector público, realizado por el ministerio de hacienda, en noviembre del año 2010.

Lo anteriormente mencionado hace necesario establecer los conceptos de salud, salud mental y salud laboral, puesto que son la base para enmarcar la temática del presente Seminario de Título.

#### 1.1. Conceptualización de Salud.

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha estado condicionado, tanto por el relativismo cultural como por diversos énfasis otorgados al mismo, dependiendo de quién o quienes sean los que aludan a ella; por esto, es plausible afirmar que se trata de un concepto dinámico, en constante discusión y evaluación.

En 1958, la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup> definió la salud como *“el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

##### a) Salud Mental.

El modelo cultural de salud – enfermedad propio de cada época, ha sido determinante para la comprensión de las enfermedades mentales. Es así, como desde una concepción primitiva, la enfermedad es considerada como castigo divino, donde el trastorno mental se considera el paradigma del castigo por la ruptura de algún tabú (que alguien se encuentre poseído al algo, o es directamente castigado por Dios), pasando por un modelo social y

---

<sup>3</sup> De aquí en adelante la Organización Mundial de la Salud será representada con la sigla O.M.S.

psicoanalítico, hasta la más moderna perspectiva bioquímica y genética de la enfermedad mental, como una expresión más de la alteración del órgano o de su función fisiológica, donde el individuo deja de ser el sujeto biopsicosocial, para transformarse en una entidad puramente biológica o psicológica, de acuerdo con la escuela teórica que se adopta, pero no se tiene en cuenta que la enfermedad es el producto de los cambios constantes que surgen en la interrelación entre el individuo, ambiente, medio social y estructuras económicas, políticas y culturales.

La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo. Según la O.M.S., no existe una definición oficial de salud mental, pero se puede señalar, por la misma organización como *“un estado de bienestar mediante el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades”*.

Como contraparte a lo anterior, la misma entidad internacional define la enfermedad mental como *“un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en el que el individuo no se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas”*

La mayor parte de los expertos coincide en que la salud mental y las enfermedades mentales, no son contrarias. En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de que se cuenta con salud mental.

#### b) Salud Laboral.

De acuerdo a la O.M.S. la salud laboral tiene como objetivo fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todos los daños a la salud de estos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos de la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga en sus aptitudes psicológicas y fisiológicas<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Fisiología: Referente a las condiciones biológicas de un ser vivo (Real Academia Española)

En cuanto a la Organización Internacional del Trabajo<sup>5</sup>, define la salud laboral como el grado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como ausencia de enfermedades de los trabajadores como consecuencia de la profesión frente al riesgo.

## 1.2. Salud Mental en el área Laboral.

Después de la revolución industrial la carga laboral de los trabajadores fue incrementando tanto en la responsabilidad como en la dificultad de las labores que se desarrollaban. Las actuales exigencias del mundo laboral por la relevancia de la información en los procesos de producción, precisa un esfuerzo mental en tareas que tradicionalmente requerían fuerza muscular. El ritmo de trabajo ha ido incrementándose, porque con un número menor de trabajadores tienen que alcanzarse mejores resultados. Y la innovación tecnológica constituye un factor determinante en la evolución socio-económica de nuestra sociedad, y de la competitividad empresarial.

Así, hoy día las condiciones laborales pueden exigir altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, sobrecarga de trabajo, largos o desordenados horarios y turnos; además la creciente participación de las mujeres en la empresa, el aumento de padres y madres trabajadoras y de familias monoparentales (Mansilla, 2009); y la necesidad de buscar una mejor calidad de vida que se encuentra constantemente en alza. Ha llevado a que la salud mental de los trabajadores se vea afectada de manera importante, haciendo que el trabajo deje de ser una actividad gratificante y repercutiendo en problemas familiares y sociales.

---

<sup>5</sup> De aquí en adelante la Organización Internacional del Trabajo será representada con la sigla O.I.T.

## 2. Seguridad Social

La Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) la define como: “*La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos*”.

Bajo este precepto se crea la Superintendencia de Seguridad Social<sup>6</sup> (SUSESO), la cual es un organismo autónomo del Estado, a cargo de fiscalizar el cumplimiento de la normativa de seguridad social y garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores, pensionados y sus familias.

### 2.1 Enfermedad Profesional.

*Es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte (Ley 16.744, Art. 7°)*

Si bien la actual legislación en Chile considera al Servicio Nacional de la Salud como “*el responsable de la supervigilancia y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad de todos los sitios de trabajo, cualesquiera que sean las actividades que en ellos se realicen.(...)Incluso respecto de aquellas empresas del Estado que, por aplicación de sus leyes orgánicas que las rigen, se encuentren actualmente exentas de este control*”. (Ley 16.744, Art. 65°).

Es la SUSESO la cual *revisará, por lo menos cada 3 años, la nómina “de enfermedades profesionales y de sus agentes (...) y propondrá al Ministerio del Trabajo y Previsión Social las modificaciones que sea necesario introducirle*”. (DTO 109, Art. 20°).

---

<sup>6</sup> De aquí en adelante la Superintendencia de Seguridad Social será representada con la sigla SUSESO.

De acuerdo a esto, el año 2010 la Subsecretaría de Previsión Social<sup>7</sup>, aprobada por la O.I.T., entregó al Instituto de Seguridad Laboral<sup>8</sup> el listado de enfermedades profesionales, donde incorpora, por primera vez, de manera específica, trastornos mentales y del comportamiento (véase Cuadro 2.1)

#### Cuadro 2.1 Trastornos mentales y del comportamiento.

<b>2.4. Trastornos mentales y del comportamiento</b>	
2.4.1.	Trastorno de estrés postraumático
2.4.2.	Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador

Fuente Subsecretaría de la Previsión Social, 2010.

Si bien es un primer acercamiento a la clasificación de enfermedades profesionales con origen psicosocial, la Depresión laboral, Estrés laboral, Burnout y el Mobbing, los cuales dan origen a un tercio de las ausencias laborales o licencias médicas, aún no se encuentran tipificadas como enfermedades profesionales.

Aún así la SUSESO creó un instrumento para identificar y medir el riesgo psicosocial presente en el ámbito laboral en Chile. Se construyó sobre la base de la validación y estandarización del Método ISTAS<sup>9</sup> 21, adaptándolo a la población laboral chilena. Es aplicable a las distintas actividades económicas y productivas del país. Este pretende contribuir a la prevención y vigilancia de las enfermedades mentales de origen profesional, al ser un instrumento que permite identificar y evaluar los riesgos psicosociales presentes en el ambiente laboral (Saavedra N., Fuentealba C., Pérez J., 2009).

<sup>7</sup> Institución gubernamental dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, encargada de estudiar, evaluar y proponer políticas previsionales para el Estado de Chile, teniendo como uno de los objetivos específicos, evaluar y analizar el sistema previsional e implementar políticas públicas que aumenten la cobertura del sistema de seguridad social chileno.

<sup>8</sup> Institución gubernamental dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, encargada de otorgar seguridad y salud laboral a los afiliados, a través de acciones de prevención destinadas a mejorar la gestión de riesgos, y la entrega de servicios de recuperación de la salud y mitigación económica de los daños derivados de los accidentes y enfermedades del trabajo en el marco de la responsabilidad social.

<sup>9</sup> ISTAS – Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, España

Se declara que los problemas de salud mental de la población son importantes por su impacto en la calidad de vida de las personas, sus familias y entorno, y cada vez cobran mayor relevancia, siendo un indicador de su magnitud, el aumento sostenido de la incapacidad laboral derivada de trastornos de tipo psicosocial, esta problemática se traduce en una significativa inversión de recursos de la Seguridad Social. Según los expertos existe un estrecho vínculo entre el stress psicosocial y el deterioro de la salud, por lo mismo se considera como primer paso, la prevención a través de la aplicación de esta herramienta.

## 2.2 Riesgo Psicosocial Laboral.

El ambiente psicosocial laboral es uno de los aspectos más relevantes del trabajo en relación con la salud, en tanto que la exposición a riesgos psicosociales tiene efectos sobre la salud física y mental y la vida cotidiana de la mayoría de personas que trabajan. En su origen, estos riesgos tienen que ver con una organización del trabajo basada, generalmente, en la separación radical entre el diseño y la ejecución de las tareas, entre el *ser* y el *no ser* en el trabajo.

La Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y su reglamentación considera Neurosis Profesional incapacitante a diversos cuadros psiquiátricos que son agrupados por la O.M.S. En reacciones a estrés graves y trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, dolor crónico, y como agente causal individualiza a todos aquellos trabajos que generan tensión psíquica. De esta forma la legislación reconoce el rol que juegan los factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo sobre la génesis de la enfermedad, pero no los precisa.

La naturaleza de los factores de riesgo psicosocial hace particularmente compleja su evaluación y requiere un consenso entre los observadores, el que se puede obtener a través del uso de un instrumento suficientemente sustentado en evidencia científica.

En el campo de la medicina el término «factor de riesgo» se aplica a todas aquellas condiciones ambientales e individuales que, de acuerdo con la evidencia científica, incrementan la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad o trastorno de la salud.

Se considera «factor de riesgo laboral» a todo objeto sustancia, forma de energía o característica de la organización del trabajo que puede contribuir a provocar un accidente del trabajo, agravar las consecuencias del mismo o causar, aún a largo plazo, daños a la salud de los trabajadores. Estos se clasifican según su naturaleza, en «factores de riesgo material» (químicos, físicos y biológicos) y «factores de riesgo psicosocial».

La evidencia científica acumulada a la fecha es suficientemente sólida, y coincide en demostrar que ciertas condiciones de la organización del trabajo pueden provocar un especial estado físico y psíquico en los individuos que llamamos «estrés».

*Los factores de riesgo psicosocial corresponden a interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo (Comité Mixto OIT-OMS, 1984, citado en Parra, 2001).*

### 2.3 Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo.

El modelo «demanda-control-apoyo social» (Karasek y Theorell, 1990) ha sido el modelo más influyente desde principios de los '80 en la investigación sobre el entorno psicosocial del trabajo, el estrés y la enfermedad, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar efectos en la salud. Es el resultado de la integración de diversas teorías anteriores y contemporáneas.

De acuerdo con el modelo inicial de demanda-control, para que las condiciones de la organización del trabajo representen un riesgo para la salud, se tiene que dar una combinación de situaciones, donde la condición de mayor riesgo –o más negativa– está dada por altas exigencias psicológicas y un bajo control de la tarea (autonomía), situación denominada

de «alta tensión». La situación de alta tensión es generadora de estrés que, si es mantenido o si tiene una intensidad significativa, puede conducir a la aparición de enfermedad física o psíquica.

El segundo modelo se refiere a los niveles de apoyo social que el trabajador obtiene en su lugar de trabajo. Bajos niveles de apoyo social se asocian con peores índices de salud. Más adelante, Karasek integra esta dimensión en su modelo y se plantea que altos niveles de apoyo social podrían ejercer una función amortiguadora sobre la alta tensión, con efectos beneficiosos para el trabajador. De esta forma se llega al modelo conocido como «demanda-control-apoyo social» (Kristensen, 1995).

Por otra parte, el modelo «esfuerzo-recompensa» (Siegrist, 1996) señala que la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensa a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud.

La integración de estos modelos (demanda-control-apoyo social y esfuerzo-recompensa) ha permitido identificar factores de riesgo psicosocial en el trabajo que se relacionan con el estado de salud de los trabajadores, y han servido de fundamento para el desarrollo de instrumentos que permiten diagnosticarlos y medirlos, tales como el ISTAS 21 – CoPsoQ<sup>10</sup>.

## 2.4 Definición de las dimensiones y subdimensiones del instrumento ISTAS 21 – CoPsoQ.

### 2.4.1 Dimensión: *Exigencias Psicológicas*

Esta Incluye cinco factores psicosociales.

#### a) Exigencias Psicológicas Cuantitativas:

Se entienden como la cantidad o volumen de trabajo en *función del tiempo disponible* para realizarlo. Si el tiempo es insuficiente, las altas exigencias se expresan como un *ritmo de trabajo rápido* que no permite el desempeño óptimo de las labores, a su vez la imposibilidad de llevar el

---

<sup>10</sup> Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ), que resultó de la adaptación del cuestionario original danés a la población española en 2002.

*trabajo al día* genera la *acumulación de tareas*, lo cual mantiene estrecha relación con la distribución irregular de las tareas o bien con la alta carga laboral exigida.

b) Exigencias Psicológicas Cognitivas:

Se refieren a la capacidad de controlar diversas exigencias cognitivas conjuntamente, como lo son la toma de decisiones, presentar ideas innovadoras, memorizar, manejar conocimientos y procesos. Si estas se presentan constantes y conjuntamente, provocan en el individuo una sobre exigencia laboral, que no permite la diferenciación entre el lugar de trabajo y actividades o labores ajenas a este. Generando de este modo que el trabajador se encuentre constantemente buscando soluciones a las problemáticas laborales.

c) Exigencias Psicológicas Emocionales:

Se Incluye toda función que afecte o involucre los sentimientos, presentando mayor demanda aquellas que requieren de la capacidad de empatizar con realidades de otras personas, que por demás, muestran diversas emociones y sentimientos que pueden ser transferidos. Por otra parte se debe demostrar ante algunas situaciones, estados de comprensión y compasión ante los afectados. Lo cual propone un ambiente emocionalmente complejo, en donde el trabajador se ve expuesto a niveles altos de vulneración.

d) Exigencias Psicológicas de Esconder Emociones:

Se relaciona directamente con los sentimientos que presenta el trabajador con respecto a personas, como a situaciones de ámbito laboral ya tengan estas connotaciones negativas o positivas.

En la práctica se trata de reacciones y/o opiniones principalmente de desaprobación que el trabajador o trabajadores esconden con el resto de sus compañeros o supervisores. Dicha situación provoca que se genere un cumulo de sentimientos de reprobación para/con el trabajo.

#### 2.4.2 Dimensión: *Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades*

Este apartado cuenta con seis sub-dimensiones.

##### a) Influencia en carga laboral, Opiniones e Iniciativa sobre labores:

Se refiere a contar con margen de decisión y de autonomía con respecto al contenido, las condiciones y organización de trabajo; Y la oportunidad que tiene el trabajador para dar a conocer su sentir en cuanto a las labores que se le asignan en su puesto. Como por ejemplo en el orden, los métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo. Etc.

Un individuo carente de influencia y opinión en su trabajo, puede desatar pérdida de interés en su labor, incrementando las posibilidades de desvinculación o bien alienación en su puesto de trabajo.

##### b) Decisión de Tomar un Descanso:

Tal como lo indica su nombre esta sub-dimensión se refiere a la oportunidad que presenta el trabajador para poder optar a tomar un descanso cuando la carga laboral diaria causa en el extenuamiento físico, mental o emocional.

Cuando se carece de instancias para tomar descansos necesarios para generar distensión en el trabajador, éste puede presentar episodios de frustración y rápida desesperación en el trabajo.

##### c) Permisos para atender emergencias Extra Laborales:

Se refiere a la posibilidad que entrega la organización al trabajador para poder abandonar su lugar de trabajo al momento de surgir alguna problemática urgente de atender fuera de su puesto de trabajo.

Cuando el trabajador no cuenta con la posibilidad de acceso a dicho beneficio genera en él, la idea de sobre explotación y a su vez desesperación emocional al no poder atender como es debida la emergencia, aminorando la capacidad en el hacer laboral del trabajador.

d) Aprendizajes de materias laborales nuevas:

Se evalúa si el trabajo es fuente de oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos de cada persona.

Al no existir la posibilidad de crecimiento constante en este ámbito, el trabajador presenta un desfase entre la evolución y las competencias propias de la labor, lo cual lo expone a un agobiante ambiente laboral en donde se cuestiona constantemente las capacidades que este presenta, encontrándose en desmedro con otros trabajadores que conocen contenidos mayormente preparados, afectando directamente el autoestima del trabajador.

e) Compromiso con la Profesión y Sentido de las Tareas Realizadas:

Este indicador se refiere principalmente al deber hacer en el trabajo y la ética profesional con la cual se desempeña el individuo en su puesto. Por otra parte se entiende también como los sentimientos que presenta el trabajador por su función propiamente tal y la institución en la cual se desempeña, lo que repercute en el sentido a las labores realizadas.

La pérdida de esta identidad profesional, genera en el trabajador la desvinculación y un sin sentido a su trabajo, alejándolo de su profesión y incentivando la despreocupación de sus tareas, aminorando su capacidad de producción, quitándole sentido a las labores, por lo cual se produce una sensación de inutilidad en el trabajador.

f) Comentarios favorables sobre el Trabajo que Desarrolla:

Este factor se refiere a la aprobación que demuestra el trabajador con su labor realizado, lo cual se expresa en los comentarios positivos que realiza dentro y fuera de su trabajo con respecto a la función que cumple. Por lo general, cuando el trabajador realiza comentarios negativos sobre su profesión, se debe principalmente a la pérdida de interés por ésta.

### 2.4.3 Dimensión: *Inseguridad Laboral*

Incluye dos sub-dimensiones psicosociales.

#### a) Inseguridad por cambio labores, turnos y buscar otro empleo:

Existe evidencia de que la inseguridad en el empleo, la temporalidad, la estabilidad del contrato y, en general, la precariedad laboral se relacionan con múltiples indicadores de salud, y se ha puesto especialmente de manifiesto su relación con la siniestralidad laboral.

Puesto que genera una constatación de inestabilidad emocional en el individuo, ya que no se logra generar un acostumbramiento y vinculación cercana con las labores a realizar, generando con esto inestabilidad no solo profesional, sino que también familiar.

#### b) Preocupación por Variación de Salario:

Esta dimensión incluye la inseguridad de las condiciones de trabajo referentes a la remuneración recibida por el trabajador. La inestabilidad económica no solo genera una reticencia en el desempeño de labores, sino que también inestabilidad en el ámbito personal y familiar al no contar con un salario fijo, trayendo consigo diferentes problemáticas asociadas.

### 2.4.4 Dimensión: *Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo*

Corresponden a cinco sub-dimensiones.

#### a) Autonomía e Información Profesional:

Esta sub-dimensión se refiere al margen que tiene el trabajador para tomar decisiones en cuanto a las labores que debe desempeñar, al igual que conocer las características de su trabajo y como desarrollarlo de la manera más eficiente. Cuando un individuo se encuentra bajo un régimen autoritario, provoca en él, sentimiento de presión psicológica y de cohibición en el ámbito laboral, dando paso a situaciones estresantes como inseguridad en los roles profesionales y en los cambios laborales a futuro.

Al no existir dicha consideración con el trabajador, este enfrenta un ambiente de constante animadversión con su trabajo, pues no tiene el reconocimiento suficiente ante su puesto de trabajo.

b) Ayuda de Compañeros de Trabajos:

Se refiere a recibir ayuda necesaria y oportuna de los compañeros/as de trabajo en tanto en aspectos laborales como personales.

Al no existir el apoyo mutuo entre compañeros se genera un ambiente de individualidad en el trabajo, influyendo principalmente en el funcionamiento del sistema organizacional.

c) Apoyo de Supervisores:

Se refiere al hecho de recibir de superiores información suficiente y ayuda oportuna. La relación optima con los supervisores, fortalecen la estabilidad el ambiente laboral, lo cual potencia el compromiso con la profesión y la institución a la cual pertenece.

d) Lugar de trabajo aislado y sentido de pertenencia:

Se refiere a la proximidad y los espacios establecidos para desarrollar el trabajo. El individuo como ser social debe desarrollar relaciones sociales para mantener la estabilidad emocional. Es necesario que desarrolle un sentido de pertenencia al grupo. Al no encontrarse la relación directa y estrecha con compañeros de trabajo, se inhibe el sentido de compromiso con la institución.

e) Buena Planificación y Comunicación con los Jefes:

Se refiere a la organización y programación de la carga laboral de los trabajadores, lo cual influye en la proyección y manifestación del trabajo realizado por el equipo de trabajo y a la calidad y cantidad de comunicación efectiva entre los jefes directos y los subordinados

Al presentarse problemáticas en la fluidez de la comunicación y una organización deficiente, se genera inestabilidad a nivel de organización y se presenta como estresor para los trabajadores.

#### 2.4.5 Dimensión: *Doble presencia*

Corresponden a dos sub-dimensiones.

##### a) Tipo de trabajo en casa:

Se refiere a la cantidad de trabajos domésticos y/o familiar que depende del trabajador. Los factores externos a lo netamente laboral, también influyen en el desempeño laboral, por ende una sobre exigencia de tareas domesticas puede predisponer al trabajador a presentar patologías de ámbito laboral.

##### a) Presencia simultánea en hogar y trabajo:

Se refiere no solo a la necesidad de encontrarse en el hogar y en el trabajo al mismo tiempo, si no que a las consecuencias de no poder estar en ambos lugares a la vez, como la imposibilidad de desvincularse de las tareas del hogar, debido a la cantidad de trabajo doméstico que no se realiza, al no encontrarse el trabajador en el hogar. Dicha situación, potencia la intranquilidad emocional y psicológica del trabajador, dejándolo en un estado de vulnerabilidad ante afecciones laborales.

#### 2.4.6 Dimensión: *Estima*

Corresponden a tres sub-dimensiones.

##### a) Reconocimiento de Supervisores y Compañeros:

Se define como la reafirmación hacia el trabajador, en cuanto al buen desempeño que este presenta y al buen desarrollo de su trabajo, tanto por los supervisores como por sus compañeros de trabajo. El no reconocimiento genera en el trabajador una sobrecarga emocional, pues no recibe las recompensas esperadas.

b) Apoyo en las Tareas Difíciles:

Al presentarse algún tipo de complicación inherente a las labores de trabajo, el funcionario recibe ayuda ya sea de parte de los supervisores o compañeros.

El no recibimiento óptimo de la ayuda esperada produce en el trabajador dificultades para realizar las tareas programadas, generando por una parte la acumulación de trabajo y la frustración del individuo al no poder desempeñar óptimamente lo solicitado.

c) Trato Injusto:

Se entiende como el mal trato para/con el individuo en su ambiente laboral, lo cual incentiva la desvinculación y desmotivación del trabajador con las tareas que debe cumplir.

## II. Síndrome de Burnout

### 1. Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout

El ritmo de vida acelerado, las múltiples y altas exigencias del trabajo en conjunto con la lucha por mantenerlo en la economía actual, facilitan el desarrollo de trastornos físicos y /o psicológicos en las personas; es por esto, que diversos sectores se han preocupado por este fenómeno y en el ámbito académico muchos investigadores han dedicado esfuerzos a estudiar aquellos de índole psicológico que se originan del estrés laboral, dada su frecuencia y alto costo para las personas y organizaciones. En este contexto se ha observado que el “Síndrome de Burnout<sup>11</sup>” es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro. (Maslach & Jackson, 1997).

El Burnout es un concepto construido inicialmente desde el sentido común, siendo popular entre los profesionales que prestan servicios de atención de trato directo con los pacientes y/o sus familias. Ellos daban cuenta de que su trabajo los dejaba exhaustos y sus jefaturas percibían como se deterioraba la calidad del servicio. Aun cuando en un principio la observación del síndrome no contaba con una investigación teórica o académica sólida (Maslach, 2001), el síndrome cobro importancia formal cuando los académicos se hicieron cargo de la necesidad de investigación y buscar mecanismos para su apoyo y prevención. Gracias a esto, se fue señalando con mayor claridad, como en muchos países existía la tendencia en un creciente deterioro de la salud mental de las personas que trabajan en diversos tipos de organizaciones y empresas que prestan servicios.

Las primeras conceptualizaciones formales fueron realizadas hace aproximadamente treinta años por H. Freudenberger (citado en Maslach, 2001) basado en su propia experiencia con voluntarios que trabajaban con él en una clínica de toxicómanos, estos voluntarios, a pesar de su compromiso, presentaban síntomas de depresión, con una progresiva pérdida de energía y motivación por su trabajo. Para denominar este fenómeno, el autor utilizó

---

<sup>11</sup> En este seminario se utilizara el término “Burnout” por ser la denominación más conocida para referirse al Síndrome de Quemarse por el Trabajo o Quedar Consumido (Alderete y otros, 2003; Barría, 2002; Carlotto y otros, 2001, Corderio, 2003; García y otros, 1996; Grau y Chacón, 1998, entre otros)

el término de “Burnout”, cuya traducción literal al español sería “estar quemado o consumido”, para explicar el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal.

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalización en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo.

Posteriormente, en 1980, Maslach junto a su colega Jackson realizan una investigación más empírica sobre el síndrome. Para esto, realizaron entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir esta activación, por lo que se seleccionaron a aquellos que trabajaran en cargos dedicados al servicio y asistencia a personas con problemas. Como conclusión se señaló que el estrés asociado a esta activación efectivamente podía tener efectos dañinos y muy debilitantes para los individuos y las organización en la cual estaban trabajando (Maslach, 2001).

Hoy en día se ha tendido a superar dichas conclusiones, dado que algunos autores (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983) señalan, a diferencia de otros (Maslach y Jackson, 1981; Cox, Kuk y Leiter, 1993), que el síndrome de *Burnout* se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no exclusivamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo. De hecho, en una gran parte de sus estudios utilizan como trabajadores muestras de directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios con personas.

No obstante, las profesiones que presentan una mayor vulnerabilidad al síndrome siguen siendo aquellas relacionadas con la salud, atención psicológica y psiquiatría (principalmente terapeutas), asistencia social y educación. Las características comunes de tales profesiones parecen ser el desenvolvimiento de las personas en medios laborales extremadamente demandantes, donde se mantiene un intenso contacto con personas y la

organización brinda inadecuado o escaso apoyo real a su labor. Así mismo, el tipo de interrelación que posee un mayor riesgo, es el de atención de trato directo; dichas interacciones se caracterizan por la necesidad de un alto compromiso personal y laboral y por ello quedarían expuestos a ver defraudadas sus expectativas.

## 2. Definición de Síndrome de Burnout

Existen innumerables definiciones y conceptualizaciones de diversos autores que intentan describir el Síndrome de Burnout, tales como Freudenberger, Pines y Kafry, Dale, Cherniss, Edelwich y Brodsky y Maslach y Jackson, siendo esta última la más utilizada, definiendo al síndrome de Burnout como:

*“Un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a las personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje de trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas (...) abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal. Se acompaña de aspectos como trastornos físicos, conductuales y de relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia con elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral”* (2003 citado en Quintana, 2005). Esta es la definición de síndrome de Burnout más consolidada.

Maslach y Jackson consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.

El Síndrome se da en aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo han de mantener un contacto constante y directo con la gente, como son los trabajadores de la sanidad, de la educación o del ámbito social.

Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del Burnout, aunque de forma más completa podemos entender el

Burnout como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los pacientes, alumnos, usuarios o clientes.

El cansancio emocional hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar “emocionalmente agotado” y exhausto debido al trabajo que se realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás. La despersonalización consiste en el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas a las que da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo. La falta de realización personal en el trabajo es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión, afectando de mayor manera los aspectos físicos y mentales de la persona. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima.

La definición del síndrome por medio de sus factores o dimensiones, tal y como lo propone Maslach (2001), es la base para la mayoría de los trabajos sobre el tema, ya sea para aportar evidencia o rebatir el constructo. Sin embargo, la conceptualización del síndrome también ha tenido un desarrollo teórico paralelo que permite explicar mejor su etiología y muchas veces ha estado reñida con la obtenida por Maslach, Schaufeli y Leiter (Gil-Monte y Peiró, 1999)

### 3. Etapas del Síndrome de Burnout

Se han establecido (Edelwich y Brodsky, 1980) varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al *Burnout*:

- a. **Etapas de Entusiasmo:** El trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución. Y el trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante.

- b. **Etapa de Estancamiento:** Comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo.
- c. **Etapa de Frustración:** Es el periodo de la desilusión y de la amotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales.
- d. **Etapa de Apatía:** Se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
- e. **Etapa de Burnout:** En esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

#### 4. Proceso evolutivo del síndrome de Burnout

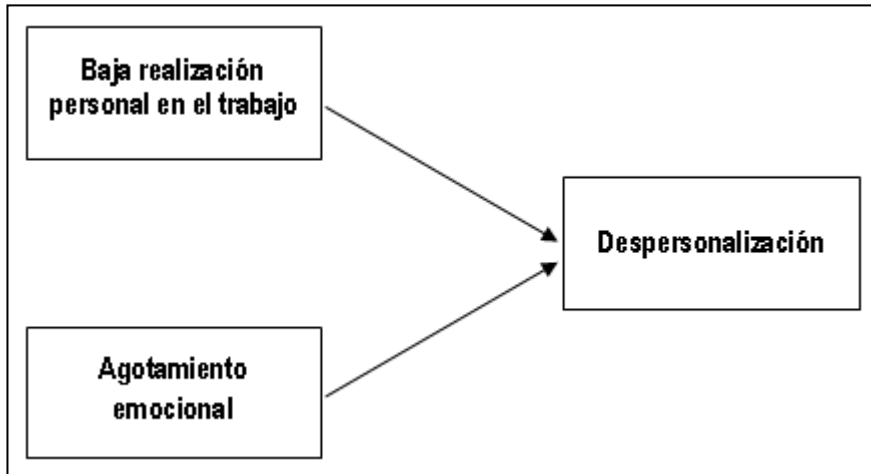
La aparición del *Burnout* no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas y con un incremento progresivo de la severidad. Por lo que se considera un proceso continuo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Si bien existen un gran número de modelos explicativos acerca del proceso evolutivo del síndrome de Burnout, los cuales ordenan de diferentes formas la despersonalización, la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional, el modelo más aplicable a este seminario de título es el siguiente:

#### **Proceso evolutivo según Gil-Monte, Peiró y Valcarcel**

Para Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), el proceso de Burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización (véase Imagen 2.2).

Imagen 2.1 1ºProceso Burnout

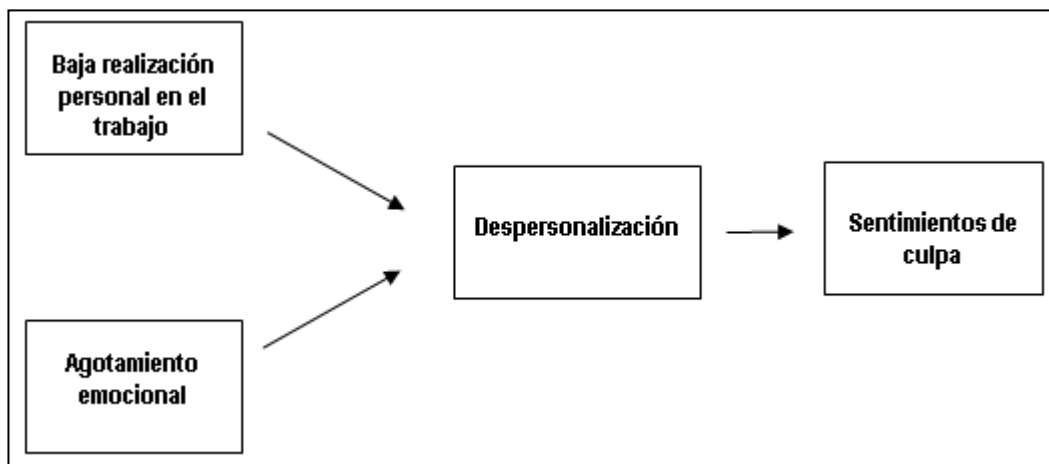


Fuente Gil-Monte, P. R.; Peiró, J.M. y Valcárcel, P., 1995

Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de Burnout. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del Burnout: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran Burnout, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del Burnout. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus síntomas y lo hace perverso. Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del Burnout (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007). De esta manera a medio o largo plazo se producirá un deterioro de la salud del trabajador (véase Imagen 2.3).

Imagen 2.2 2°Proceso Burnout



Fuente Gil-Monte, 2007

## 5. Factores que aumentan el riesgo de desarrollar el Burnout

Cordes y sus colegas (1993) proponen clasificar a los factores de riesgo del Burnout en tres grupos, que se analizarán a continuación:

### 5.1. Factores de riesgo relacionados con las características del cargo y rol a desempeñar:

Las características del cargo y el rol que cumple el paciente en la interacción, junto con las expectativas que tiene el mismo proveedor de la relación que se establece cuando se presta un servicio, incide en el nivel del síndrome que podría presentar el trabajador. Estos factores son uno de los más relevantes, dado que se refiere a las características propias de la relación entre el trabajador y el paciente y aquellas relacionadas con el rol que se espera que cumpla (Cordes y Dougherty, 1993).

Por una parte, los cargos que se caracterizan por interacciones con el paciente que son más directas, frecuentes y largas o con pacientes que tienen problemas crónicos, son asociados con niveles altos de Burnout.

Por otra parte, los conflictos, la ambigüedad de rol y la sobrecarga exigida por el rol desempeñado, son variables que dejan vulnerables al síndrome (Cordes y Dougherty, 1993).

Finalmente, cuando las personas que prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de responsabilidades, experimentan sensación de que no son lo suficientemente buenos para finalizarlo, o que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas (Cordes y Dougherty, 1993) estarían en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización o Cinismo.

#### 5.2. Factores de riesgo relacionados con las características de la organización:

Cuando las organizaciones presentan un clima insatisfactorio, la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar el Burnout. (Kalimo, 2003).

Así mismo, influye la forma de administrar los incentivos y castigos dentro de la organización. En este caso, generarían el síndrome, las políticas organizacionales que no incentivan contingentemente al esfuerzo realizado o cuando solo hay castigos. (Cordes y Dougherty, 1993).

Maslach y Leiter (1997) enfatizan que es fundamental entender el contexto en que sucede el Burnout. En organizaciones con problemas, usualmente los empleados que trabajan en el núcleo de producción base, ya sea productos o de servicios, carecen de recursos, tiempo y energía necesaria para establecer una adecuada relación con los clientes. Esto causa conflictos adicionales con los individuos, lo que a su vez aumenta las presiones del trabajo.

A esto específicamente los autores antes mencionados llaman a "efecto cascada". Los empleados que se encuentran al final de la cadena de servicio, tienen opciones de ajuste más limitadas y por ende se encuentran más expuestos al desarrollo del Burnout.

#### 5.3. Factores de riesgo relacionados con aspectos personales:

En algunas investigaciones se han identificado características que contribuyen a explicar la razón de por qué algunos individuos experimentan el síndrome y otros permanecen sin síntomas. Entre ellas, se encuentran las

características demográficas, tales como género, edad y apoyo social percibido. En cuanto a género, no hay diferencias significativas o se encuentran muy entremezclados con características culturales y sociales. La edad influye en cuanto a que las personas más jóvenes tienen más probabilidades de sufrir Burnout. El apoyo social percibido aparece como un factor protector ante el síndrome, dado que el apoyo ayuda a manejar favorablemente la tensión y el estrés. Este apoyo puede ser tanto del círculo más íntimo, familia, tanto como el de pares y supervisores.

Por otra parte, una característica personal importante es la de susceptibilidad a los estímulos emocionales del ambiente de trabajo, que contribuyen a que las personas presenten el síndrome solo por estar expuestas a otras personas con el Burnout (Cordes Y Dougherty, 1993).

## 6. Consecuencias del Síndrome de Burnout

Este síndrome posee consecuencias importantes para el individuo y la organización, y puede ser altamente costoso para los profesionales y las instituciones. Cuando no se sabe de la existencia ni las características del Burnout, las jefaturas de las personas pueden caer en el error de identificar el síndrome con sus consecuencias finales y no saber reconocer indicadores individuales y organizacionales previos a las consecuencias finales del Burnout en sus trabajadores (Grau y otros, 1998).

### 6.1. Consecuencias para el trabajador:

El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales (INSHT, 2006). Se produce un deterioro general: cognitivo, emocional, conductual y físico.

Los síntomas de *burnout* pueden ser agrupados en físicos, emocionales y conductuales (Cherniss, 1980 b) (Maslach, 1982):

- a. Síntomas físicos: malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.
- b. Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alineación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.
- c. Síntomas conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento

## 6.2. Problemas de ajuste entre la persona y el trabajo:

Los problemas de desajuste ante lo que la persona espera y las expectativas del trabajo son un signo de que los trabajadores padecen

Burnout, esto sería producto de un clima laboral hostil entre los compañeros de trabajo, lo que generalmente es atribuido a problemas personales y corresponden a personas que son etiquetadas como “irracionales”, por lo que el Síndrome de Burnout es visiblemente padecido por él, tendiéndose a responsabilizar a los individuos más que a la organización, debido al desajuste, por lo general, se produce el despido del trabajador.

### 6.3. Problemas para la Organización:

El deterioro de la calidad del trabajo con las personas es quizás, la repercusión más grave del Burnout sobre la organización (Gil-Monte, 2000). No obstante, el síndrome tiene efectos sobre la estructura de la organización como en sus procesos y se tiende a manifestar, usualmente, en forma de elevada rotación por desvinculación de la institución, pérdida de la eficacia y eficiencia, implementación inadecuada de políticas, conflictos entre los miembros de la organización, ausentismo, desmedido aumento de licencias medicas por variadas enfermedades, tales como problemas gástricos, lumbares, reacciones del sistema inmune, entre otros (Brunnstein, 1999), que derivan en un alto costo para estas organizaciones.

Otra consecuencia importante a considerar es que se ha observado que el Síndrome de Burnout puede “contagiarse” a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral, por lo que puede constituirse en una verdadera epidemia que finalmente puede hacer peligrar la existencia de la organización (Grau y otros, 1998).

Finalmente, cabe señalar que además de ser relevantes las consecuencias del Síndrome de Burnout para la organización, éstas se tienden a extender mas allá de ella, afectando a toda la sociedad.

## 7. Estrategias y Técnicas de Intervención del Síndrome de Burnout.

Las estrategias y técnicas de intervención del Síndrome de Burnout se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés, puesto que no existe un tratamiento directo para el abordaje del Síndrome, debido a su condición multicausal.

La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos.

Existen diversas formas para afrontar esta enfermedad laboral; dentro de ellas y las más destacadas por los autores son las orientadas al Individuo, Organización y Sociales. En este caso daremos a conocer las personales y organizacionales.

### 7.1. Estrategias en torno al Individuo:

Las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional, rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes), tomar descansos y/o pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Además se recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones.

Como último recurso, se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión.

## 8. Comparación del Burnout con otros Estados.

La validez de la definición del Síndrome necesariamente implica comparar diversos constructos, tales como el estrés, lo que significaría una compleja interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales, actitudinales y ambientales (Gil-Monte y Peiró, 1999).

### 8.1. Satisfacción Laboral:

Las investigaciones han encontrado una correlación negativa entre satisfacción laboral y Burnout; se indica que no son idénticos, pero sí que están claramente ligados. Sin embargo, la naturaleza de cómo están ligados sigue siendo materia de especulación, dado que no queda claro si la insatisfacción lleva al síndrome o si es el Burnout el que generaría la sensación de insatisfacción laboral. No obstante a ello, se ha visto que hay personas que no están plenamente satisfechas con su trabajo y no necesariamente presentan el Síndrome (Maslach y otros, 2001).

### 8.2. Depresión:

La depresión presenta algunos síntomas que también los manifiestan personas que sufren del Síndrome de Burnout, por lo que Brunstein (1999) incluso considera al Burnout como *“depresión relacionada con el trabajo”*. Este planteamiento supone que el Síndrome afecta al sentimiento más próximo al cuerpo, como la vitalidad, energía y motivación por hacer las cosas. Se acompaña de agresividad y rabia, y termina alejando a las personas que rodean al afectado, igual que sucede con los depresivos (Beck, 1983), por lo que el afectado ve confirmadas sus creencias distorsionadas que no es tan querido. Es por ello que se considera que hay varias similitudes entre ambos cuadros. No obstante, la investigación ha establecido que el Síndrome de Burnout es un problema específico al contexto de trabajo y relacionado exclusivamente con causas relacionadas con el entorno laboral, en contraste con la depresión, la cual tiende a prevalecer en cada dominio de la vida de las personas.

8.3. Estrés:

El Burnout tradicionalmente se le ha conceptualizado como una forma de estrés. Los estresores específicos, como por ejemplo conflictos de rol, ambigüedad y sobrecarga causarían tensión a corto plazo, y a largo plazo estos pueden tener un efecto acumulador que causa el Síndrome (Densten, 2001).

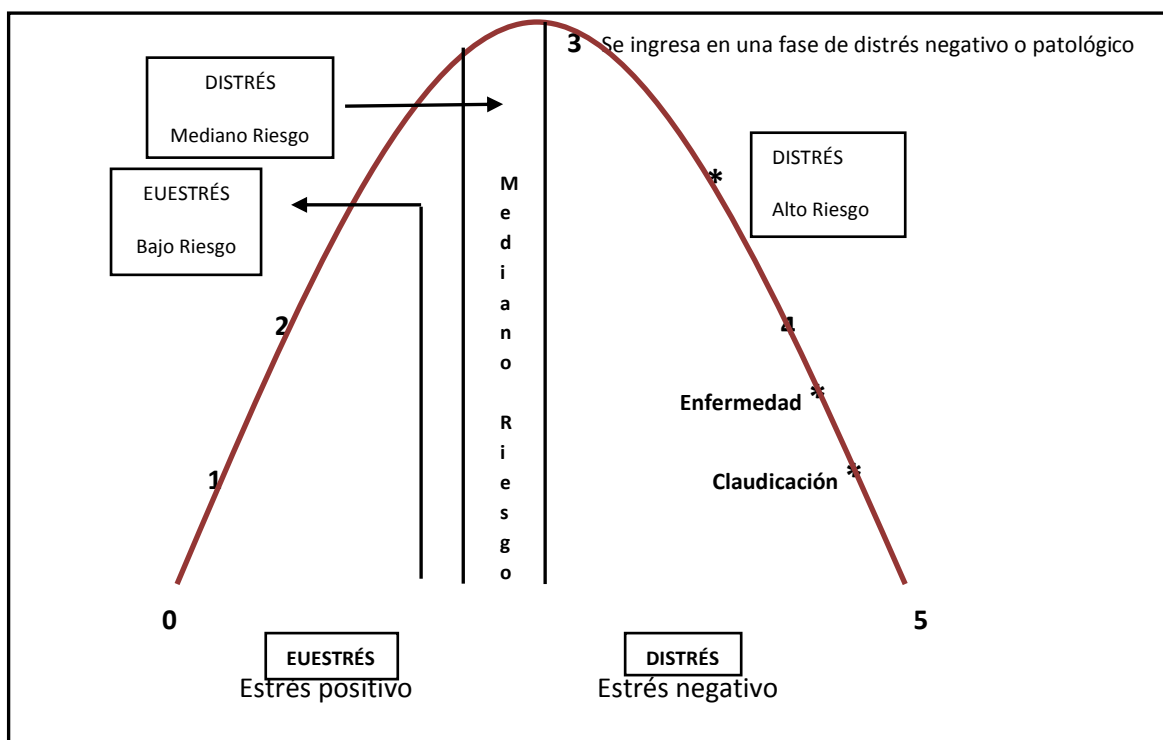
- Perspectiva de vulnerabilidad individual:

Selye (1978), define al estrés como la respuesta del cuerpo a cualquier demanda que se le hace. Hay estrés positivo (eustrés) asociado con sentimientos de alegría y realización, y estrés negativo (distrés) que puede tender a la cronicidad. Se conceptualiza al estrés como la transacción que se produce entre el organismo y su ambiente.

El estrés se explica a través de una curva. La cual es la representación gráfica de los cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia más o menos mantenida de un estímulo o situación estresantes. (Véase Imagen 2.4)

A continuación, se demostrara el gráfico de Curva de riesgo del estrés.

Cuadro 2.2 Curva de Riesgo de Estrés



Fuente Ré R., Bautista M. (2007); Vida Sin Distres 125 Preguntas y Respuestas; Buenos Aires, Argentina; ©San Pablo.

La primera parte de la curva, la zona de bajo riesgo, es donde el estrés es productivo y necesario (euestrés).

La segunda parte es de mediano riesgo. La derivación no es tan saludable. El estímulo/respuesta causa una respuesta tensional que puede volver a euestrés o transformarse en estrés malo (distrés).

La tercera parte, pasado el punto 3 de la curva, entra en una zona de alto riesgo, donde las demandas externas e internas superan las capacidades de respuesta dando comienzo al distrés. En éste estado se crean las condiciones desfavorables que dan lugar, con el tiempo, a la aparición de enfermedades y eventualmente, de un agotamiento psicofísico notable o claudicación, enfermedad y/o muerte<sup>12</sup>. En éste punto es donde se encuentra el estrés percibido en el síndrome de Burnout.

## 9. Consideraciones sobre otras variables

### 9.1. Variables socio-demográficas:

En el año 2008 se realizó un estudio en Sevilla denominado *“Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla”*.

En donde se evalúa la relación entre las variables sociodemográficas y el síndrome de quemarse por el trabajo, en una muestra compuesta por 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (el 93% de la población total).

Utilizando un Cuestionario de Variables Socio-demográficas que incluye las variables sexo, edad, tipo de convivencia, paternidad y número de hijos. Así mismo se recogió información sobre aspectos laborales, y que hacen relación al tipo de contrato, tiempo en la profesión, tiempo que lleva trabajando en esta organización, tiempo que lleva en este puesto de trabajo, titulación académica, puesto en el que trabaja actualmente y, por último,

---

<sup>12</sup> Roberto Re y Mateo Bautista, Nuestra salud mental. Psicoeducación, prevención y tratamiento, San Pablo, Buenos Aires, 2006.

centro en el que trabaja actualmente. Los datos suministrados por este cuestionario proporcionaron resultados importantes para investigar sobre los factores que podrían ser moduladores en la aparición del Síndrome de quemarse por el trabajo.

Los análisis muestran que los trabajadores que tenían un mayor nivel de contacto se mostraban significativamente menos satisfechos con su desempeño profesional y más despersonalizados que el resto, de la misma manera que los trabajadores adscritos al área de vigilancia en relación a los participantes asignados al área de tratamiento y servicios. *Se comprueba también que las mujeres y los que poseían un nivel de estudio universitario estaban menos despersonalizados. Así mismo, se muestra que los trabajadores que tenían un solo hijo estaban más despersonalizados y agotados emocionalmente que el resto de trabajadores.*

Los resultados arrojarán que la edad no solo es una barrera psicológica, sino que también se constituye en líneas generales reflejando tanto la mitad de la vida personal como la mitad de la vida laboral. *Al interpretar los análisis se pudo comprobar que la edad no muestra ninguna relación estadísticamente significativa con las escalas del MBI. Al analizar la variable tipo de convivencia no se observan tampoco relaciones significativas con las escalas del MBI.*

### 9.1.1 Apoyo Social

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar y tiene relaciones significativas con la depresión.

Es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional. El estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y el funcional en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo – percepción, recepción de apoyo y en las funciones

implicadas en esas conductas. Las redes sociales proporcionan el “marco estructural” y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un “marco funcional”. Los cuatro ejes que el conjunto de investigaciones ha permitido identificar como más importantes son los siguientes:

A- Para la gente es importante la ayuda disponible, tanto como la ayuda percibida como efectivamente recibida;

B- El apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas;

C- La ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma);

D- Desde el punto de vista del bienestar y la salud, tanto el apoyo cotidiano como el que se recibe en situaciones de crisis son importantes.

En relación al burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades, y que el apoyo social está negativamente asociado con burnout. También se ha encontrado que los compañeros de trabajo y el jefe inmediato constituyen fuentes de apoyo importantes, asociadas con una menor incidencia de burnout. En enfermeras chilenas existe alguna evidencia de que la relación con los pares está relacionada con el agotamiento emocional y la baja realización personal<sup>13</sup>.

En general, la literatura sobre apoyo social en el trabajo permite afirmar que éste ha sido el recurso más investigado en su relación al burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los

---

<sup>13</sup> Saavedra C. Carga laboral percibida y burnout en profesionales de Enfermería que trabajan en hospital y Centros de Salud Familiar de las comunas de Talcahuano y Hualpén, año 2005. [Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería]. Concepción, Chile: Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; 2006.

jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo.

Tomando en cuenta, los referentes teóricos presentados con anterioridad, se puede entrever que el Centro Psiquiátrico del Salvador propicia condiciones para incidir negativamente en la salud mental del trabajador, en donde existen posibilidades que el Síndrome de Burnout se presente en algunos casos.

Es pertinente realizar este estudio con el fin de poder entregar información fehaciente que sea de utilidad para el Hospital y lograr así, socioeducar a los funcionarios en la utilización de técnicas o estrategias de autocuidado, o bien generar instancias de tratamiento para casos más riesgosos.

# CAPITULO III

# MARCO METODOLOGICO

## **PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO**

Este capítulo da cuenta del trabajo de Diseño y Metodología ocupado por el Equipo Seminarista que permitió sustentar y orientar el presente desarrollo investigativo.

Del mismo se desprende las fundamentaciones, desde distintas perspectivas, que muestran los sustentos que sostienen el desarrollo del presente trabajo. Además, se presentan la formulación y delimitación del Problema de Investigación que a su vez permite la elaboración de los Objetivos de Investigaciones que finalmente guiaron el desarrollo del ejercicio de Seminario de Título.

Por otro lado, se presentan las características generales que tomó la investigación, en cuanto a su desarrollo metodológico en aspectos tales como: el tipo de investigación, delimitación, selección de muestra, técnicas de recolección de datos y el desarrollo del plan de análisis.

## METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

### **I. Definición y Fundamentación del Problema de Investigación.**

La presente investigación tiene como fin determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el equipo de trato directo de las unidades del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Por ello se determinará la incidencia del síndrome de Burnout en diversas dimensiones (laboral, apoyo social, psicosomática, socio demográfica).

La importancia de investigar el Síndrome de Burnout, se encuentra unida a la necesidad de estudiar los factores que inciden en el estrés laboral, dado el interés de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, por la calidad del ambiente de trabajo de los empleados, y a su vez por situaciones laborales disfuncionales como el ausentismo laboral, rotación de personal, aumento de licencias médicas y la disminución de la calidad de trabajo.

Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome se manifiesta en profesionales de servicios que prestan funciones asistenciales o sociales. El deterioro de su vida laboral tiene efecto sobre su vida personal y social. Lo cual se ha traducido en el *“creciente aumento en el país durante la última década, de instituciones de servicio del sector público en que la calidad de la atención es una variable crítica para el éxito de éstas instituciones”* (MIDEPLAN, 2000).

En Chile el sistema de Salud Público es de suma relevancia para el desarrollo del país, permitiendo que millones de personas se recuperen de sus enfermedades. Con el fin de entregar un mejor servicio a la comunidad, la modalidad de atención del sistema de salud nacional cambió de una biomédica a una biopsicosocial, surgiendo de esta forma los equipos multidisciplinarios, que según el Ministerio de Salud, deben brindar servicios en forma integral, continua y equitativa a todos los Chilenos.

Dada la relevancia de las funciones otorgadas a los equipos de trato directo, es de vital importancia la salud de los trabajadores, los que muchas

veces se ven sobrepasados con exigencias planteadas tanto por sus empleadores como por los usuarios del sistema.

Debido a que la atención en salud se caracteriza por una intensa y prolongada entrega de cuidados a personas que están en una situación de necesidad, el personal de salud, especialmente las personas que trabajan en salud mental, son un grupo muy susceptible de padecer el Síndrome de Burnout.

En Chile, hay escasos trabajos que evalúan la presencia de Estrés Laboral y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. Un estudio en trabajadores del sistema privado en esta área, evaluó a 250 funcionarios y encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout de 31%; además, pesquisó 38% de personas proclives a presentarlo, es decir 69% del personal manifestaba síntomas de desgaste laboral, siendo más importante en enfermeras y paramédicos.

Otro estudio sobre los niveles de Síndrome de Burnout realizado en los hospitales más relevantes de la región de Valparaíso, Hospital Van Buren, Hospital San Martín de Quillota y Hospital Psiquiátrico del Salvador, reveló los siguientes resultados.

En una muestra constituida por 153 profesionales de tres hospitales de la Región, entre Asistentes Sociales, Enfermeras, Matronas, Médicos, Odontólogos, Psicólogos y Psiquiatras. Se evaluó el síndrome a través del Cuestionario de Burnout para Profesionales Sanitarios (Filgueira Bouza, 1993), el que fue adaptado a la realidad sociocultural chilena. Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados manifiestan Burnout a través de las categorías “fuentes de tensión”, “insatisfacción laboral”, “agotamiento emocional” y “degradación de la autoimagen”.

Entre los resultados de la investigación se declara que las mujeres son más proclives que los hombres a manifestar el Síndrome de Burnout y que el porcentaje de Asistentes Sociales y de Psicólogos que manifiesta Burnout es más bajo que el de los demás profesionales en cada una de las categorías. Los porcentajes más altos de Enfermeras y Matronas se presentan en las categorías de “fuentes de tensión” e “insatisfacción laboral”. En los Médicos

presentan altos puntajes en las anteriores categorías, y además en “degradación de la autoimagen”. El 100% de los Psiquiatras manifiestan el síndrome en las categorías “fuentes de tensión” e “insatisfacción laboral”.

En la realidad específica del Hospital Psiquiátrico del Salvador, esta investigación realizada en 1995 descubrió que de una muestra de 30 profesionales, el 19% presentó el síndrome de Burnout, el 48% era proclive a manifestar el síndrome y el 33% no presentó el síndrome, siendo en su mayoría Psiquiatras, Enfermeras y Paramédicos los más afectados por el síndrome, lo cual tiene relación con el contacto permanente que mantienen con los usuarios, lo que significaría una carga psíquica del contenido opuesto, provocando en el personal de trato directo, una experiencia de angustia en contraposición con la necesidad de atender a los clientes o pacientes (Sociedad Argentina de Medicina del Estrés, SAMES, 2001).

Finalmente, el tema a abordar por el equipo seminarista, nace de la necesidad de investigar sobre una realidad nacional y regional que cada día afecta más a los trabajadores en un mundo globalizado, en donde los niveles de estrés laboral se incrementan día a día en la realidad mundial y siendo este un importante factor en el desarrollo del Síndrome de Burnout, la prevención y protección de los trabajadores encargados de cuidar de las personas, es vital para el buen funcionamiento del sistema de salud chileno.

A continuación se dan a conocer los objetivos en los cuales se enmarca la presente investigación.

## **II. Objetivos de Investigación.**

### Objetivo General 1:

*“Caracterizar al equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, en el ámbito socio-demográfico y laboral.”*

### Objetivos específicos:

*1.1.- Identificar la dimensión socio-demográfica que posee el equipo de trato directo del Hospital del Salvador de Valparaíso.*

Este objetivo tiene como fin, dar a conocer diversos datos de la persona encuestada, donde podemos encontrar, la edad, género, nivel de estudio y profesión que esta posee.

*1.2.- Describir el factor laboral en el equipo de trato directo del Hospital del Salvador de Valparaíso.*

El objetivo planteado anteriormente, da explicación a una gama de caracteres que explicaran la relación existente entre el encuestado y las condiciones laborales que se encuentran en el Hospital.

### Objetivo General 2:

*“Describir y explicar el Estado de Salud Mental, del equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, y conocer la relación con los factores Laboral, Socio-demográfico, y los Riesgos Psicosocial Laboral.”*

### Objetivos específicos:

*2.1.- Determinar qué factores psicosomáticos influyen principalmente en la manifestación del síndrome de Burnout en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.*

El área psicosomática da cuenta de tres sub-dimensiones: física, emocional y mental, las cuales son afectadas directamente al momento de

manifestar el Síndrome de Burnout; por lo tanto se considera fundamental conocer si el sujeto de investigación presenta diversos cambios en los factores anteriormente mencionados, para luego determinar si se encuentra la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra escogida.

*2.2.- Estudiar la incidencia del factor Socio-demográfico en el desarrollo del Síndrome de Burnout en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.*

El objetivo anteriormente planteado tiene el fin de conocer variables tales como edad, género, tipo de convivencia y número de hijos, con el fin de indagar la existencia entre dicho Factor y la presencia del Síndrome en el sujeto de estudio.

*2.3.- Determinar cuáles son los factores Laborales que inciden mayormente en el desarrollo del Síndrome en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.*

La finalidad de este es conocer la incidencia de los factores laborales caracterizados anteriormente y el desarrollo del Síndrome en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico Del Salvador De Valparaíso. Siendo el Burnout un síndrome provocado principalmente por factores de ámbito laboral, se torna importante conocer la apreciación del sujeto de estudio con la variable anteriormente mencionada.

*2.4.- Describir el Riesgo Psicosocial Laboral del equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.*

El Riesgo Psicosocial Laboral comprende diversas características en las cuales se encuentran las condiciones de trabajo y las organizaciones de trabajo que pueden resultar nocivas para la salud. Existen seis grupos de riesgos psicosociales: exigencia psicológica, trabajo activo y posibilidad de desarrollo, inseguridad laboral, apoyo social y calidad de liderazgo, doble presencia, estima.

*2.5.- Determinar la correlación existente entre el Síndrome de Burnout y el Riesgo Psicosocial Laboral, en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.*

Da cuenta de la necesidad de conocer la incidencia que producirían los factores de Riesgo Psicosocial Laboral en el desarrollo del Síndrome de Burnout del sujeto de estudio.

Preguntas de investigación:

En el equipo de trato directo, ¿existen niveles negativos en las dimensiones físicas, emocional y mental que incidan en el estado de Salud Mental?

¿Cuál es el nivel riesgo psicosocial laboral que presentarían el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador?

¿Existe una relación directa entre determinados factores socio-demográficos y el Estado de Salud Mental en el equipo de trato directo?

¿Qué factores laborales inciden mayormente en el Estado de Salud Mental en el equipo de trato directo?

### **III. Operacionalización de Variables.**

Existen dos variables a estudiar para la presente investigación, las cuales se desprenden de los objetivos planteados anteriormente. A continuación se entregaran sus definiciones, dimensiones y sub-dimensiones, para una posterior evaluación.

#### Variables a estudiar:

**Caracterización Socio demográfica - laboral:** *“Corresponden a las características de origen demográficas, sociales y laborales que entregan información relevante del Equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador.”*

**Estados de Salud Mental:** *“Agotamiento físico, mental y/o emocional provocado por condiciones Laborales altamente estresantes (Riesgo Psicosocial laboral) que afecta al personal y profesionales que se desempeñan en el área de servicios humanos en el Hospital Del Salvador de la Ciudad de Valparaíso”* (Definición creada por Equipo Seminarista)

**Riesgo Psicosocial Laboral:** *Corresponden a interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo*

Dichas variables se consideran como variables dependientes, pues estas dependerán de diversos factores que determinan la aparición del síndrome, entendidos como las dimensiones a estudiar (Variables Independientes).

A continuación se presenta en detalle la Operacionalización de las variables anteriormente descritas.

# **CAPITULO IV**

## **RESULTADOS Y ANALISIS**

## **PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO**

El capítulo que a continuación se presenta, detalla los resultados obtenidos a consecuencia de la investigación realizada y sus objetivos propuestos.

En este apartado se desarrolla el plan de análisis previsto por el equipo seminarista, y que da cuenta de los procesos de investigación desarrollados en los servicios del Hospital Psiquiátrico del Salvador para el abordaje del Síndrome de Burnout.

A su vez se exponen los principales resultados de la investigación, los cuales fueron obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos utilizados y que darán una mirada exhaustiva de la situación abordada.

Por otra parte, se darán a conocer hallazgos que no se encontraban considerados dentro de la estructura investigativa, que de igual forma poseen relevancia dentro del estudio.

## **I. Aplicación de los instrumentos y levantamiento de información**

Para comprobar la fiabilidad del documento se aplicaron pruebas pilotos a tres profesionales del área salud, con diferencias en características socio demográficas y laborales.

Si bien, se convocó a la totalidad del colectivo (ciento siete personas), la población efectiva resultó ser de setenta y cinco, dado que treinta y dos personas no estuvieron dispuestas y/o disponibles para contestar el instrumento entregado por el equipo seminarista.

El cuestionario utilizado fue de auto aplicación y se entregó personalmente a cada uno de los funcionarios, arrojando los resultados que posteriormente se ingresaron al programa computacional estadístico SPSS<sup>14</sup>.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos y la interpretación de estos.

---

<sup>14</sup> *Statistical Package for the Social Sciences. SPSS v15 español, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.*

## II. Análisis

1.- Caracterización del equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, en el ámbito socio-demográfico y laboral.

### 1.1 Identificación de la dimensión socio demográfica

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos en cada uno de los aspectos de la dimensión socio demográfica, de un total de 75 personas correspondientes al 100% de la población.

**Tabla 4.1 Factores Socio demográficos.**

Factores socio demográficos.	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 21 a 36 años.	37	49,3%
	De 37 a 62 años.	38	50,7%
Género del o la Profesional.	Femenino	46	61,3%
	Masculino	29	38,7%
Último nivel de preparación alcanzado.	Sin estudio.	0	0%
	Educación básica.	0	0%
	Educación media.	9	12%
	Técnico superior.	31	41,3%
	Universitario.	13	17,3%
	Especialidad.	4	5,4%
	Diplomado.	15	20%
	Magister.	3	4%
Profesión u Oficio.	Asistente Social.	8	10,7%
	Auxiliar.	5	6,7%
	Becado de Psiquiatría.	2	2,7%
	Enfermero(a).	14	18,7%
	Médico Psiquiatra.	5	6,7%
	Paramédico.	24	31%
	Sicólogo(a).	10	13,3%
	Secretaria.	3	4%
	Terapeuta Ocupacional.	2	2,7%
	Técnico en Rehabilitación.	2	2,7%

Fuente Equipo de Seminario, 2011

De la tabla anterior, cabe destacar que existe una predominancia en cuanto al género femenino dentro de los funcionarios de la institución, lo cual se encuentra en concomitancia con la realidad nacional, el personal femenino supera en un 50% al masculino.

## 1.2 Describir el Factor Laboral.

La tabla que a continuación se presenta contiene los datos en cuanto al factor laboral, de un total de 75 personas correspondientes al 100% de la población.

**Tabla 4.2 Factores Laborales.**

Factores Laborales	Categorías	Frecuencia	Porcentaje.
Años de experiencia Laboral.*	De 0 a 7 años.	32	42,7%
	De 8 a 14 años.	9	12%
	De 15 a 21 años.	13	17,3%
	De 22 a 28 años.	7	9,4%
	De 29 a 39 años.	13	17,3%
Años de Experiencia en Hospital.*	De 0 a 7 años.	44	58,7%
	De 8 a 14 años.	10	13,4%
	De 15 a 21 años.	5	6,7%
	De 22 a 28 años.	6	8%
	De 29 a 38 años.	9	12%
Remuneración.	De 0 a \$150.000.	2	2,7%
	De \$151.000 a \$250.000.	9	12%
	De \$251.000 a \$350.000.	15	20%
	De \$351.000 a \$450.000.	16	21,3%
	De \$451.000 a \$550.000.	7	9,3%
	Más de \$550.000.	26	34,7%
Turnos.	Diurno	43	57,3%
	Mixto	32	42,7%

Fuente Equipo de Seminario, 2011.

\* La cantidad de personas que contestaron válidamente en este apartado fueron 74 correspondiente a un 98,7% del total.

De la tabla anterior cabe destacar que, el 55,4% de la población presenta menos de 15 de experiencia laboral y el 73% de los mismos, menos de 15 años de experiencia laboral en el hospital, lo cual indica que en su mayoría los funcionarios encuestados poseen como única experiencia laboral su desempeño en el Hospital Psiquiátrico el Salvador.

Por otra parte, en los primeros años de experiencia laboral la remuneración percibida por los trabajadores es inferior a la obtenida conforme avanzan los años, en función a las profesiones y/o tareas realizadas.

Esto se ve reflejado en que el 65,3% de los individuos encuestados perciben menos de 550.000 pesos como remuneración líquida, lo cual se relaciona con los individuos que presentan menor cantidad de años de experiencia laboral en el hospital.

Unidades del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Tabla 4.3 Unidades del Hospital Psiquiátrico.

Unidades	Individuos que se trabajan en la Unidad.	Porcentaje.
Sala Azocar.	8	10,7%
Sala Valenzuela.	7	9,3%
Hospital día dependencia. (H.D.D.)	12	16%
Unidad de Fármaco Dependencia. (U.F.D.)	7	9,3%
Policlínico.	9	12%
Unidad de Cuidados Especiales. (U.C.E)	12	16%
Hospital Diurno Alcohol. (H.D.A.)	1	1,3%
Psiquiatría Forense. (P.F.)	2	2,7%
Trastorno Psicótico Severo. (T.P.S.)	4	5,3%
Unidad de Desintoxicación. (U.D.D.)	7	9,3%
Unidad Infante Juvenil. (U.I.J)	6	8%
Unidad de Mediana Estadía. (U.M.E.)	7	9,3%
Hospital Diurno Drogas. (H.d.d.)	2	2,7%

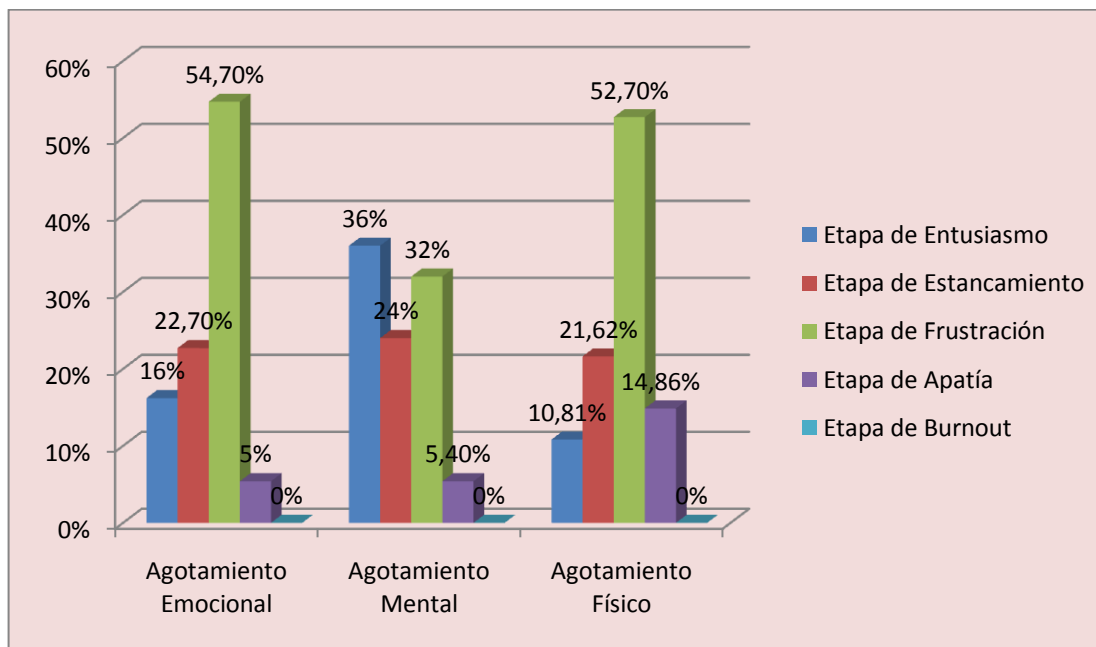
Fuente Equipo de Seminario, 2011

Es importante destacar que en la tabla anterior, el porcentaje total resultante es superior al 100%, esto debido a que hay funcionarios que trabajan en más de una unidad a la vez.

2. Descripción y explicación del estado de Salud Mental y resultados de las correlaciones con los factores laborales, socio demográficos y riesgos psicosocial laboral.

### 2.1 Factores psicosomáticos que influyen en el síndrome de Burnout.

**Grafico 4.1 Factores Sicosomáticos de Estado de Salud Mental.**

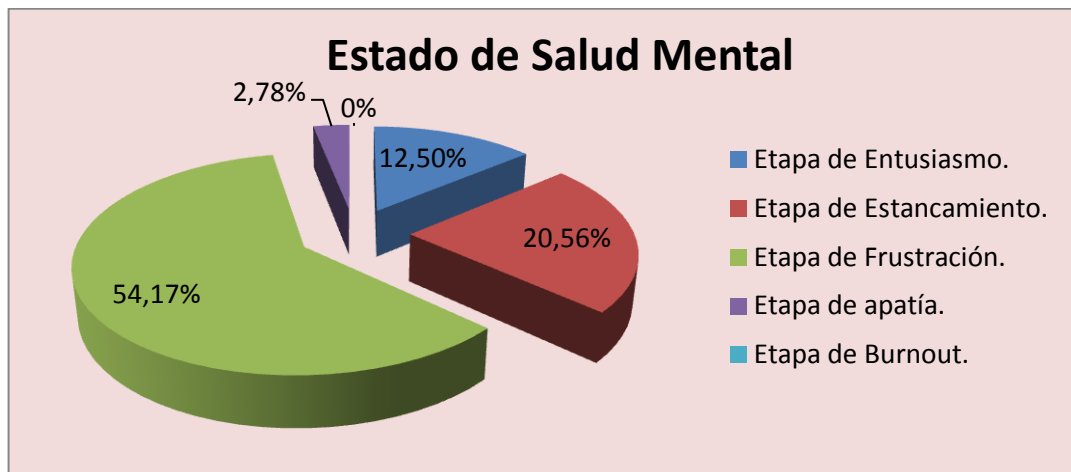


Fuente Equipo de Seminario, 2011.

El gráfico anteriormente presentado, muestra la cantidad de individuos que se encuentran en las etapas del síndrome de Burnout y al mismo tiempo permite evidenciar las diferencias entre los factores psicosomáticos que se presentan para describir el estado de salud mental de los individuos.

A partir de esto es posible evidenciar que tanto el agotamiento emocional, referente a la disminución y pérdida de recursos emocionales y el agotamiento físico, referente al cansancio y la pérdida de energía, son los factores que se manifiestan mayormente en individuos con niveles más riesgosos, siendo estos el nivel de frustración y el de apatía (sobre el 60% de los individuos encuestados).

Gráfico 4.2 Estado de Salud Mental.



Fuente Equipo de Seminario, 2011

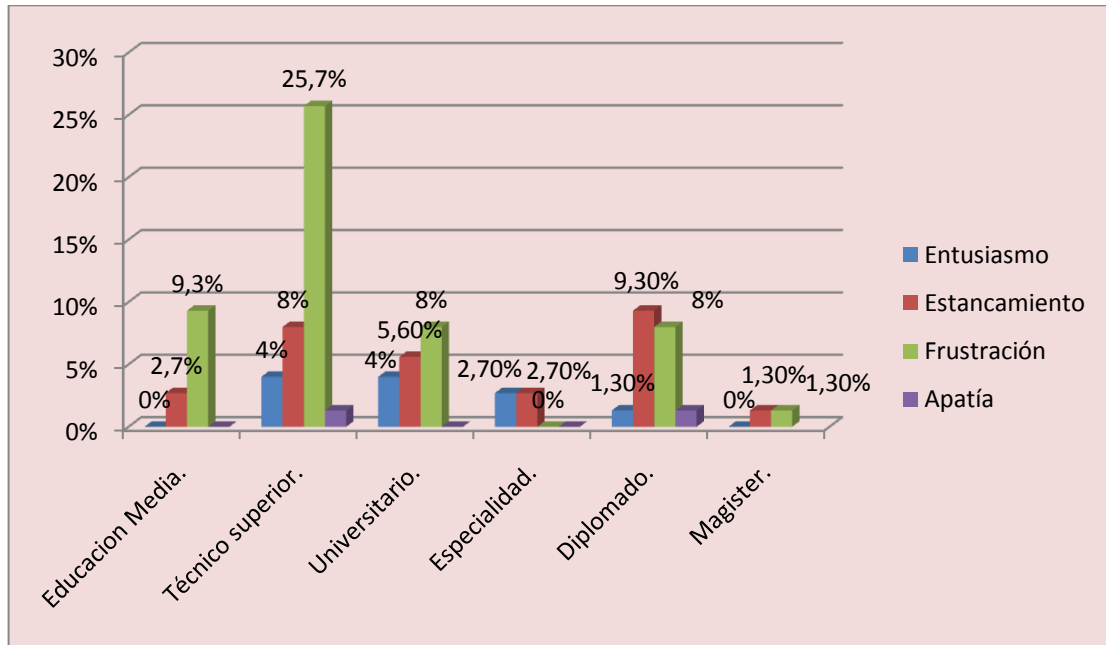
Si se observa el gráfico anteriormente propuesto, el cual representa el Estado de Salud Mental General, se puede apreciar que si bien la población objetivo no se encuentra en un nivel de Burnout evidente, más del 54% de la muestra se halla en la etapa de frustración, lo cual indica que se encuentran en el periodo de desilusión y de amotivación laboral, en donde brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales, viéndose reflejado en los factores psicosomáticos observados anteriormente, influyendo en el estado de Salud Mental, siendo el mayormente incidente el agotamiento emocional, seguido por el agotamiento físico y finalmente el agotamiento mental, respondiendo con esto al modelo evolutivo de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel del síndrome de Burnout, el cual señala que tanto el agotamiento emocional como el agotamiento físico (o baja realización en el trabajo) se dan prácticamente en forma simultánea. El evidenciar también que el agotamiento mental se encuentra en niveles riesgoso de las etapas de Burnout, hace posible poder proyectar a la población objetivo hacia la despersonalización y con esto a una etapa de apatía en cuanto a la imposibilidad de cambiar las cosas. El riesgo que tienen los individuos de sufrir el síndrome de Burnout es más del 64% en referencia a los factores de salud mental que influyen mayormente en el síndrome de Burnout.

## 2.2 Incidencia del factor socio demográfico en el Síndrome de Burnout.

El factor socio demográfico que más evidencia una incidencia en el desarrollo del síndrome de Burnout, es el factor de Nivel de preparación, a

continuación se presentará un gráfico que muestra la relación con las etapas del síndrome de Burnout.

**Grafico 4.3 Nivel de Preparación y Etapas de Síndrome Burnout.**



Fuente Equipo de Seminario, 2011.

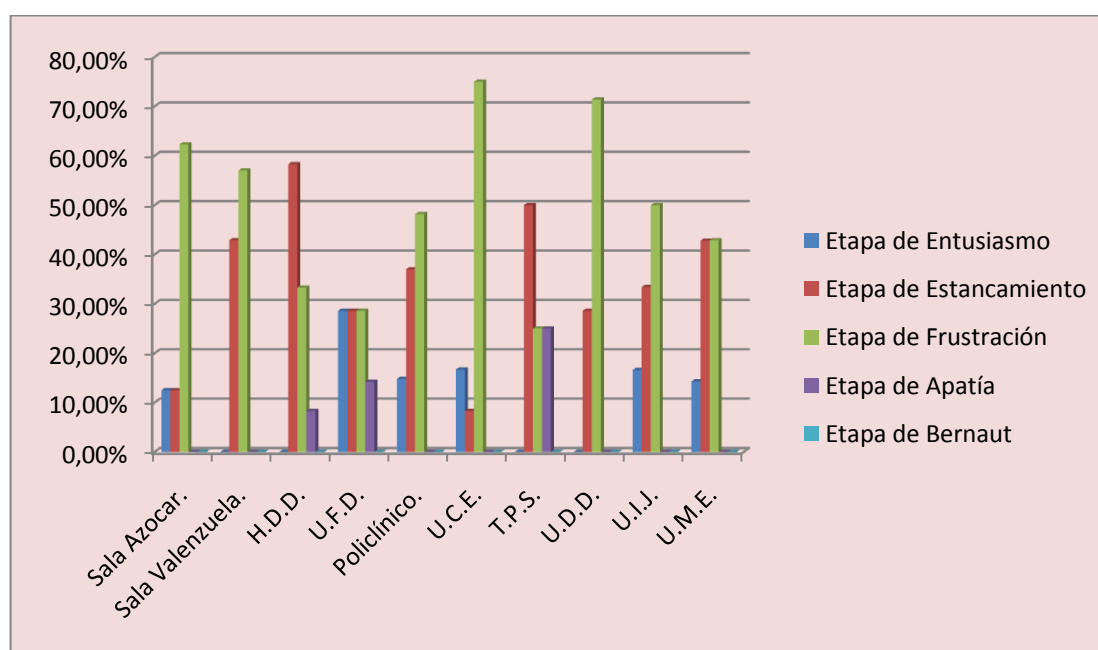
En el gráfico anterior es posible observar una diferencia notoria con respecto al nivel de frustración en que se encuentran los auxiliares, universitarios y paramédicos, siendo estos últimos los cuales abarcan el 49% de la población que se encuentra en frustración, esto se explicaría de acuerdo a dos ámbitos. En primer lugar el hecho de que el nivel técnico de educación superior no considera la prevención psicológica del profesional y/o técnicas de auto cuidado dentro de su malla curricular. Y en segundo lugar, que en su mayoría los profesionales que se encuentran en el nivel de técnico superior son Paramédicos, de los cuales un 41% se encuentran en la etapa de frustración, que en referencia a la carga laboral, junto a los auxiliares, son los profesionales que pasan mayor tiempo en contacto directo con los pacientes del Hospital Psiquiátrico, coincidiendo de esta forma con los factores que aumentan el riesgo de desarrollar el Burnout relacionados con las características del cargo y rol a desempeñar, los cargos que se caracterizan por interacciones con el paciente que son más directas, frecuentes y largas o con pacientes que poseen problemas crónicos, son asociados con niveles altos de Burnout. Esta constante se mantiene en todas los factores psicosomáticos del Estado de Salud Mental.

Cabe destacar que, en el nivel de preparación que se refiere al diplomado, se encuentran altos niveles de frustración y estancamiento, dando a entender que no necesariamente una persona instruida en el área, tal como el psicólogo (de los cuales un 50% se encuentra en etapa de frustración) y el asistente social (de los cuales un 50% se encuentran entre la etapa de frustración y apatía), es capaz de manejar las expectativas y desilusiones propias del medio laboral en que se encuentran.

### 2.3 Factores laborales que inciden en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

El factor laboral que más incide en el desarrollo del síndrome de Burnout es el tipo de Unidad en el que se desempeña, a continuación se presenta un gráfico que representa esta relevancia.

**Grafico 4.4 Factor laboral, Unidad y Estado de Salud Mental.**



Fuente Equipo de Seminario, 2011

\*En el gráfico las unidades están representadas por sus siglas antes mencionadas en los factores laborales.

\*\* Las unidades H.D.A; P.F; H.d.d; no fueron incluidas en el gráfico pues las personas encuestadas correspondientes a estas unidades no son representativas del total que trabaja en la unidad.

En el gráfico presentado anteriormente, podemos observar que 6 de 10 de las unidades, se encuentran con niveles de frustración sobre el 50%, en donde la segunda mayoría se encuentra en la etapa de estancamiento, la etapa de entusiasmo presenta un nivel crítico.

Esta tendencia que se muestra en el gráfico es posible explicarla debido a que las unidades que se hallan con mayores niveles de frustración son las salas en donde se atiende a los pacientes más críticos del hospital, por lo mismo los riesgos de padecer el síndrome de Burnout son mayores, debido a que las personas que prestan servicios y cumplen con un rol sobrecargado de responsabilidades, experimentan sensación de no ser lo suficientemente capaz para finalizarlo, o bien, no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas (Cordes y Dougherty, 1993) estarían en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización o Cinismo. También cabe destacar que estas salas (U.C.E; Valenzuela y Azocar) históricamente han tenido el menor apoyo de los familiares hacia los pacientes, por lo mismo los funcionarios deben lidiar no solo con los pacientes, si no que intentar hacer responsable al familiar, lo cual en muchas ocasiones resulta complejo por el choque de expectativas entre el familiar y el funcionario; y el historial, en donde los internos presentan características de alta agresividad, y el familiar pretende que los funcionarios se hagan cargo de situaciones riesgosas, y por otro lado los funcionarios solicitan mayor apoyo familiar para el control del paciente violento. A su vez, el hospital exige una confluencia entre el trabajador y los familiares, la cual en la mayoría de los casos no se presenta.

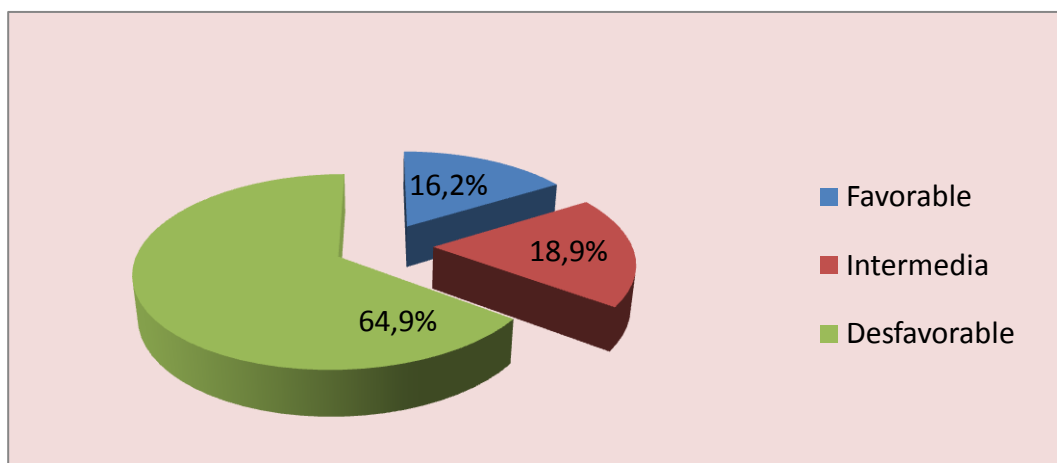
Es importante dejar en evidencia que más del 56% de los funcionarios del Hospital Psiquiátrico tienen menos de 7 años de experiencia laboral en el centro y de este porcentaje, el 70% tiene menos de 7 años de experiencia laboral en general, sin embargo a pesar de lo comúnmente pensado de acuerdo a la lógica, el desgaste laboral es menor debido a la escasa experiencia laboral, más del 50% se encuentra en etapa de frustración y solo un 14% en la etapa de Entusiasmo que es considerada lo ideal en el Estado de Salud Mental.

## 2.4 Interpretación de riesgo psicosocial laboral.

A continuación se presentarán los factores del riesgo psicosocial laboral de forma independiente.

### Factor de Exigencia Psicológica.

**Grafico 4.5 Exigencia Psicológica.**



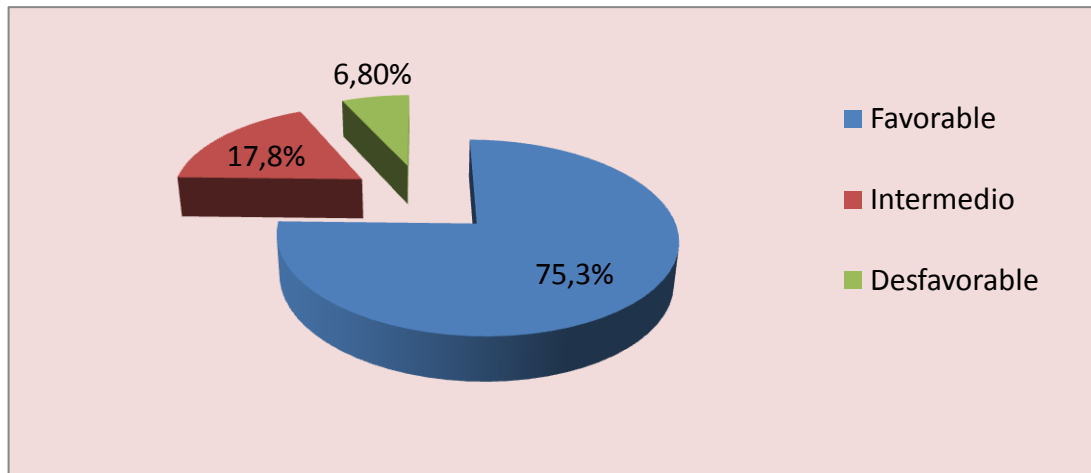
Fuente Equipo de Seminario, 2011

La representación gráfica, exhibida anteriormente, da cuenta de los niveles de exigencia Psicológica que perciben los encuestados dentro de la institución.

Se puede apreciar claramente la tendencia hacia niveles nocivos en esta categoría, en donde de un total de 75 sujetos encuestados validos, 48 de ellos hacen entrever, dificultades en ámbitos de desorganización en las tareas que se deben realizar, pues por una parte, existe una sobrecarga laboral, en tanto a un gran número de profesionales desempeñan tareas en más de una unidad dentro del centro hospitalario, lo cual conlleva a una distribución irregular de las funciones, no permitiendo que el trabajador tenga control absoluto en la cantidad y fluidez de su desempeño, exponiéndolo a factores que inciden en el desgaste biopsicosocial de este.

## Factor de Trabajo Activo y Posibilidades de Desarrollo.

Gráfico 4.6 Trabajo Activo y Capacidad de Desarrollo.



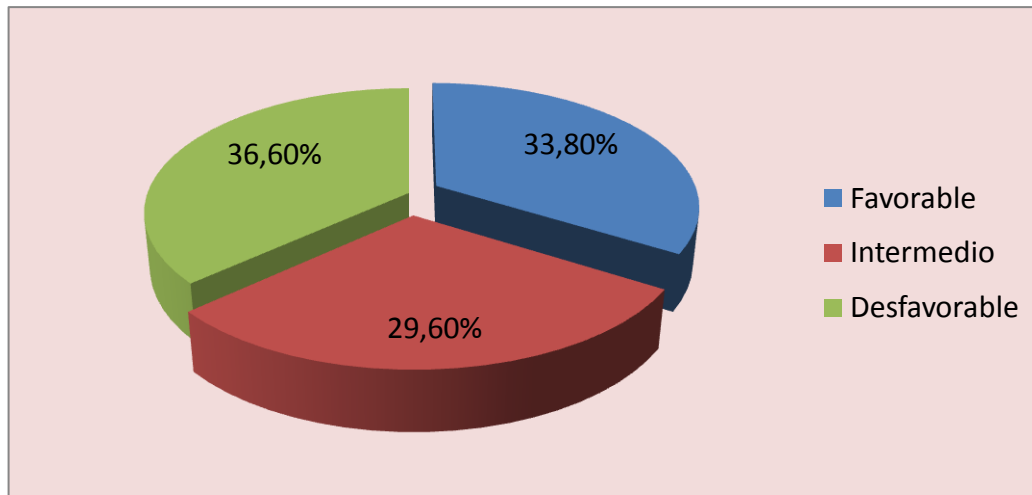
Fuente Equipo de Seminario, 2011

El gráfico anterior, presenta el ítem de Trabajo activo y posibilidad de desarrollo, lo cual se relaciona primordialmente con la autonomía del trabajador en cuanto a la aplicación de habilidades y conocimientos propios de su especialidad.

En este caso se presenta un alto nivel de conformidad, donde 55 individuos de 75 respondieron favorablemente, con respecto al apartado anterior, ocasionando que los niveles se contrapongan, debido a que, la institución permite el desarrollo laboral del trabajador, dentro de las limitantes propias de la naturaleza de su trabajo, apelando a la pro actividad e iniciativa del individuo en la institución.

## Factor de Inseguridad Laboral.

Grafico 4.7 Inseguridad Laboral.



Fuente Equipo de Seminario, 2011

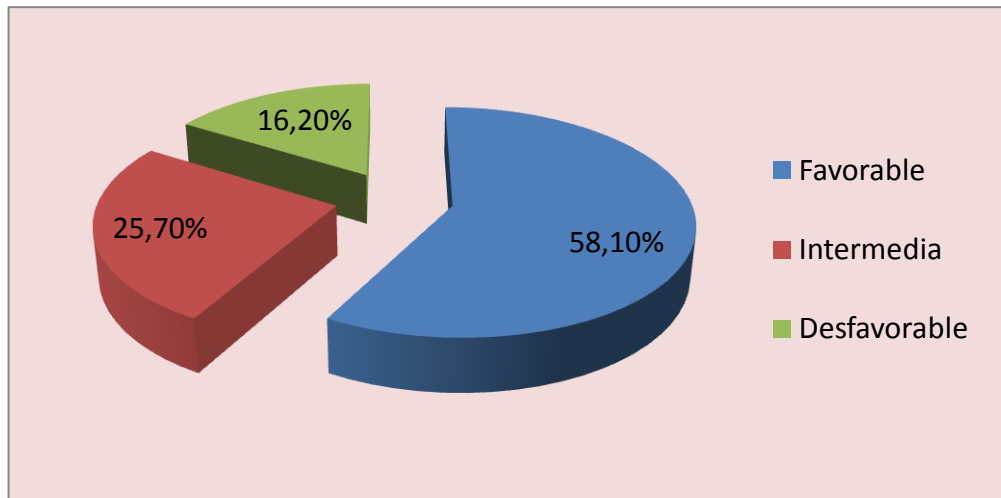
El gráfico presentado, muestra la variable Inseguridad laboral, la cual tiene relación con la seguridad en el puesto laboral, en ámbito salarial y contractual.

Si bien, los estándares presentan una homogeneidad, demostrando variaciones mínimas entre ellos, al adicionar el nivel intermedio con el desfavorable, se presenta un alto índice de inestabilidad y disconformidad, pues tan solo un 33.8 % se demuestra tranquilo en cuanto a las temáticas mencionadas anteriormente.

En lo que respecta a la dimensión mencionada con anterioridad, en conjunción con los índices desfavorables de exigencia psicológica, podrían influir negativamente en las labores activas del trabajador y capacidad de desarrollarse óptimamente en sus funciones.

## Factor Apoyo Social y Calidad de Liderazgo.

Grafico 4.8 Apoyo Social y Calidad de Liderazgo.



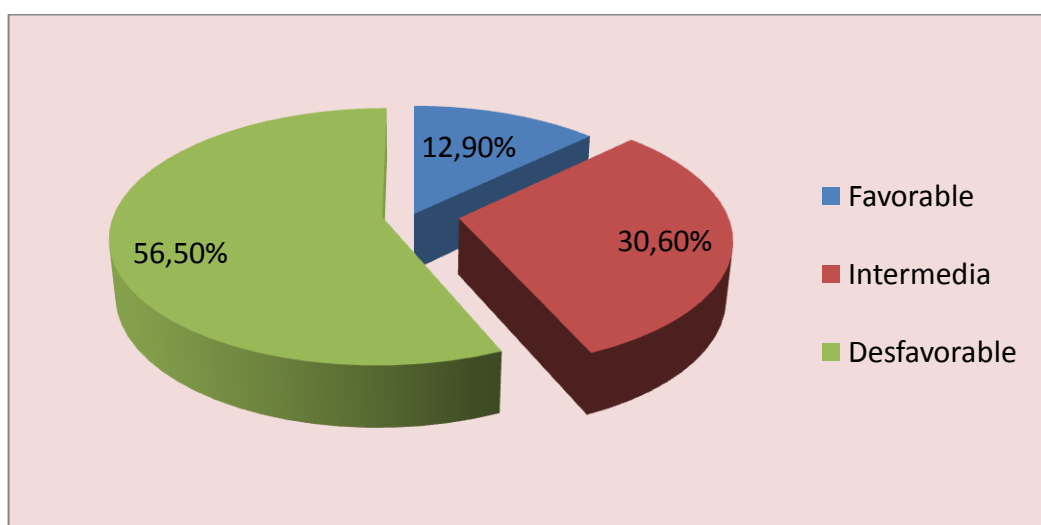
Fuente Equipo de Seminario, 2011

La tendencia en el gráfico anterior, apunta directamente a calidad de información y comunicación que el trabajador mantiene con sus supervisores y/o compañeros de trabajo.

Tal como queda demostrado, por la investigación expuesta, existen 43 personas que manifiestan, encontrarse en niveles favorables en cuanto a este ámbito, lo cual da indicios de una fluidez comunicacional óptima entre funcionarios, lo cual potencia la estabilidad organizacional.

## Factor Doble Presencia.

Grafico 4.9 Doble Presencia



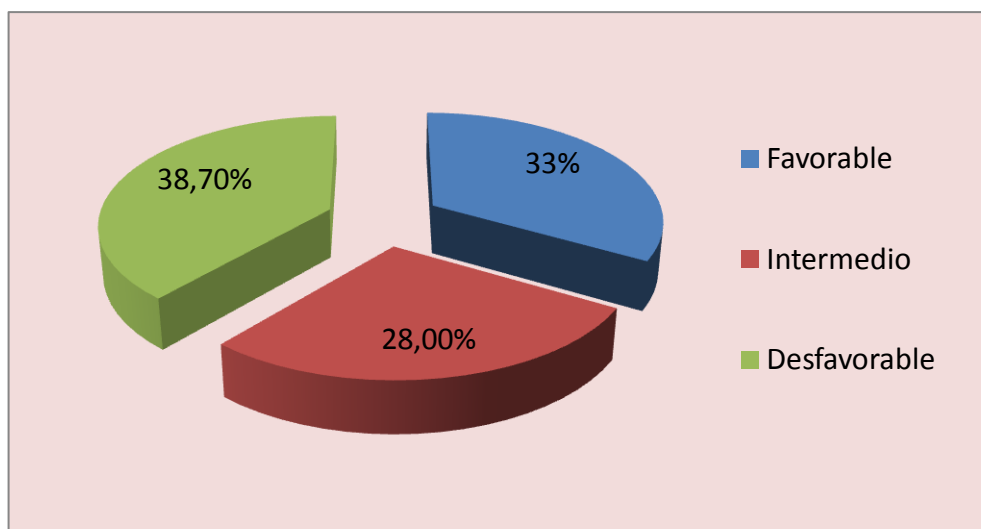
Fuente Equipo de Seminario, 2011

Los porcentajes presentados en el grafico anterior, dan cuenta de un marcado nivel desfavorable, en lo que respecta a doble presencia, haciendo referencia al tipo y cantidad de labores domesticas que el trabajador debe realizar.

Tan solo 8 de los 75 encuestados se encuentra en la categoría ideal en dicha dimensión, evidenciando de esta forma, que la gran mayoría de los funcionarios no logran desligarse de las tareas que deben realizar en su hogar. De esta forma a los estresores netamente laborales, se les adosa la carga hogareña, incrementando la posibilidad de desarrollar enfermedades laborales, como el estrés laboral, Síndrome de Burnout etc.

Factor Estima.

Grafico 4.10 Estima



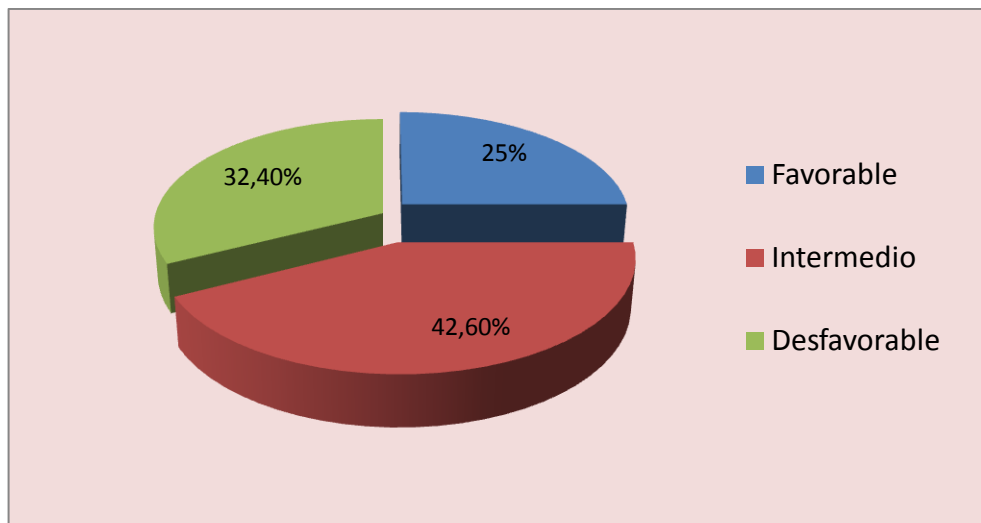
Fuente Equipo de Seminario, 2011

El reciente grafico presentado, demuestra los resultados arrojados por la categoría estima dentro de la investigación.

La información obtenida, no manifiesta una tendencia marcada incidentemente, pero cabe destacar de preferencia mayor, lo presenta el nivel desfavorable, de lo cual se puede desprender que existe, un nivel de disconformidad, en lo que respecta a ámbitos de convivencia, apoyo de los supervisores y los tratos recibidos. Lo cual propone un ambiente laboral tendiente a la desmotivación.

## Riesgo Psicosocial Laboral.

Gráfico 4.11 Riesgo Psicosocial Laboral



Fuente Equipo de Seminario, 2011

El presente gráfico da cuenta de los resultados obtenidos, como la sumatoria de las sub categorías anteriormente expuestas.

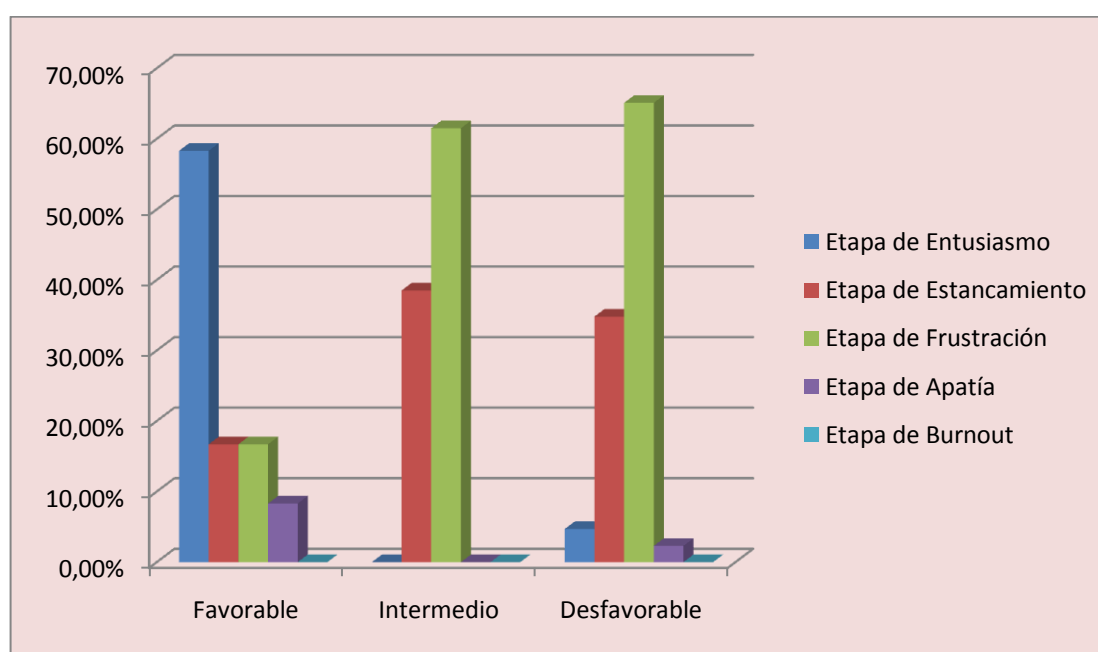
Demostrándose una tendencia intermedia en cuanto a los niveles generales de riesgo psicosociales laborales, no obstante cabe resaltar que un porcentaje, no menor de funcionarios se encuentra en el nivel más bajo, por ende se presenta un total de 46 personas que alcanzan el nivel óptimo de conformidad laboral, por ende existe presencia de diversos factores de riesgos, que afectan directamente a un porcentaje de trabajadores y que mantiene un grupo, como potencialmente afectado.

## 2.5 Factores del Riesgo Psicosocial Laboral que inciden en el Síndrome de Burnout.

Si bien todos los factores del riesgo psicosocial son relevantes a la hora de incidir en el Síndrome Burnout, aquí plantearemos los más importantes en un orden descendente.

En primer lugar el factor más influyente es el de Exigencia psicológica, esto se mostrará a continuación del gráfico.

**Grafico 4.12 Exigencia Psicológica y Estado de Salud Mental.**



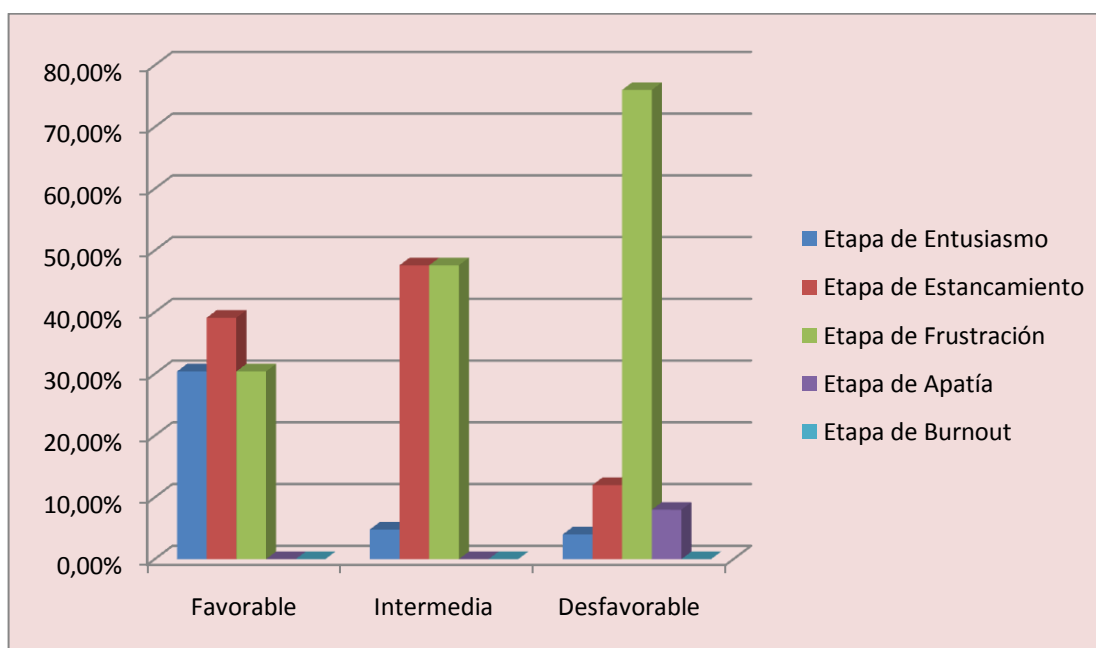
Fuente Equipo de Seminario, 2011

Al observar el gráfico es posible determinar una correlación directamente proporcional en cuanto a la exigencia psicológica y las etapas del Síndrome de Burnout, esto se hace más evidente aún cuando tenemos en cuenta que el 64,8% de la población total encuestada se encuentra en un nivel desfavorable en cuanto a la exigencia psicológica, lo cual como fue explicado en el punto anterior se debe principalmente a la imposibilidad de controlar, en su mayoría, el trabajo que se debe realizar y concluirlo a tiempo. Un trabajador que no realiza la labor encargada en el tiempo requerido, sufre una mella en su sentimiento de realización personal (Maslach y otros, 2010), lo cual incide directamente en el desarrollo del Burnout, pues es uno de los síntomas principales que evidencian el síndrome. Este síntoma se encuentra altamente reflejado en la categoría de agotamiento emocional, a la cual

afecta directamente, en cuanto a la desilusión, preocupación, desesperación y ansiedad; siendo que un 64,9% de la población se halla en un nivel desfavorable de exigencia psicológica, de este un 66,7% se encuentran en los niveles más altos de frustración y apatía. Lo relevante es que el agotamiento emocional es el segundo síntoma evidente del Síndrome de Burnout, significando con esto una proyección negativa para los individuos que se encuentran con altos niveles desfavorables de exigencia psicológica, esto de acuerdo a la evolución del síndrome de Burnout explicada por Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995).

En segundo lugar se encuentra el factor de Inseguridad Laboral, que si bien presenta resultados equilibrados en cuanto al porcentaje de cada uno de los niveles, estos muestran una relevancia al relacionarlos con las etapas del Síndrome de Burnout.

**Grafico 4.13 Inseguridad Laboral**

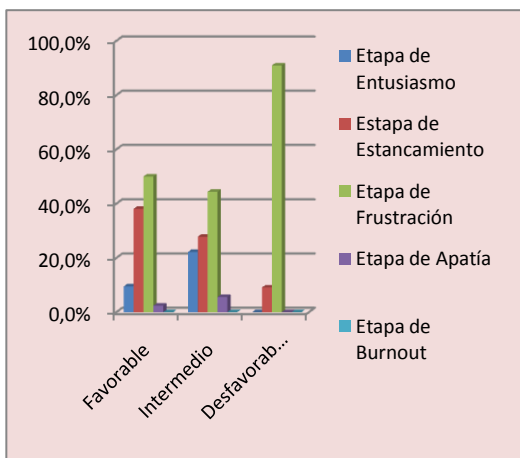


En el gráfico es posible observar que existe una constante en cuanto a que a mayor inseguridad laboral, mayor es el porcentaje en la etapa de frustración del Síndrome de Burnout, esto debido principalmente a que afecta directamente a la categoría de agotamiento emocional correspondiendo a que un 75% de la población que se encuentra en el nivel desfavorable, está en la etapa de frustración, afectando así el estado de salud mental general. Esto se debe principalmente a que la inseguridad laboral genera ansiedad, preocupación y desesperación en el individuo que la percibe. En este sentido

la proyección en cuanto a la posibilidad de disminuir los niveles de inseguridad es negativa, no solo porque afecta directamente a la autoestima de la persona disminuyéndola, lo cual dificulta cualquier progreso positivo; Si no más bien, porque la inestabilidad laboral es una constante en el mundo globalizado que se está desarrollando actualmente, la tendencia a los contratos de plazo fijo, “boleteo” o simplemente la persistente negativa a realizar contratos indefinidos, genera altos niveles de ansiedad y preocupación en la población chilena, la dirección del trabajo realizó a finales del 2008 una encuesta laboral, en la cual se consultó a empleadores y trabajadores de 2.113 empresas del país, *el sondeo arrojó que la mitad de los contratos de los trabajadores tenía duración indefinida, pero no duraban más de tres años en su empleo y una de cada cinco personas termina su contrato en el primer año de vigencia, lo que en la práctica evidenció poca estabilidad laboral* (Cooperativa, 2010). En cuanto a este factor la proyección del Síndrome de Burnout es ascendente.

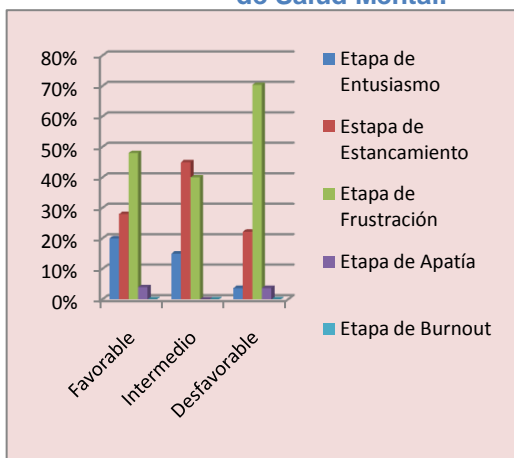
En tercer lugar, nos encontramos con tres factores protectores que no están ejerciendo una influencia positiva en cuanto a disminuir los porcentajes de las etapas del Síndrome de Burnout.

**Grafico 4.14 Apoyo Social y Calidad de Liderazgo Con Estado de Salud Mental.**



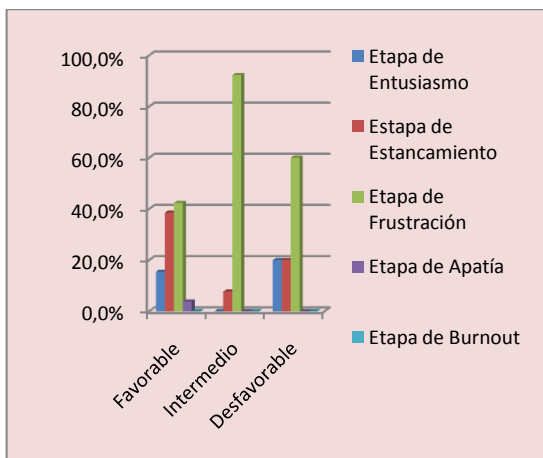
Fuente Equipo de Seminario, 2011

**Grafico 4.15 Estima y Estado de Salud Mental.**



Fuente Equipo de Seminario, 2011

**Grafico 4.16 Trabajo Activo y Posibilidades de Desarrollo con Estado de Salud Mental**



Fuente Equipo de Seminario, 2011

Estos tres factores de riesgo psicosocial se encuentran con altos porcentajes en el nivel favorable, siendo así que en el apoyo social y calidad de liderazgo el 59,2% de la población total esta en el nivel de favorable, por ende, más de la mitad de los funcionarios considera tener una buena relación con sus supervisores y compañeros de trabajo, a demás de sentirse apoyados por ellos, al igual que conocen a la perfección las tareas de su incumbencia. Sin embargo a pesar de que esto, podría considerarse un factor protector por la importancia que tiene sobre el agotamiento mental y emocional en las personas, no existe relación con las categorías de estado

de salud mental, pues podemos apreciar en el gráfico que las personas que se encuentran en un nivel favorable, un 50% se encuentra en la etapa de frustración.

La misma situación sucede en el factor de estima, aun cuando este factor se presenta más equilibrado en cuanto a la distribución entre los distintos niveles, un 31,7%, correspondiente a 25 personas, están en el nivel favorable, de los cuales, el 48% se encuentra en frustración, existe de esta forma una constante en cuanto a la situación anterior, puesto que independiente de lo apreciados y considerados que se perciban los individuos, no existe una disminución relevante en cuanto al agotamiento en estado de salud mental.

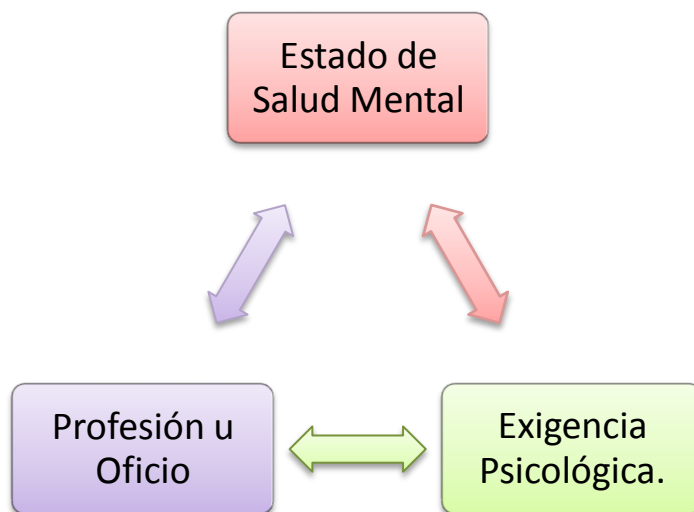
Es posible considerar que si bien los individuos perciben el apoyo social y la estima de parte de sus compañeros de trabajo y supervisores, estos no son capaces de internalizarlas de manera que actúen como factores protectores, esto se podría relacionar con los altos niveles de agotamiento emocional y físico que se presentan en los individuos, lo cual no les permitiría la apreciación completa de los factores mencionados.

En cuanto al trabajo activo y posibilidades de desarrollo, si bien se mantiene la constante, pues el 74,3% de la población considera tener control sobre su trabajo, iniciativa y la capacidad de aprender durante el desarrollo de su labor, más del 42% de estos se encuentran en la etapa de frustración. La respuesta a esta evidencia se vislumbraría en la contradicción de los límites impuestos por el sistema organizacional del hospital sobre el trabajo que se debe realizar, las habilidades y capacidades que poseen los distintos funcionarios del hospital, esto se refiere a que si bien los individuos consideran contar con aptitudes para aprender y desarrollarse en distintos ámbitos, la organización no les permite superar los límites propias de las funciones que idealmente están obligados a cumplir de acuerdo a cada profesión u oficio. Lo cual explicaría porque el trabajo activo y posibilidades de desarrollo no se pueden considerar como factor protector en relación a los resultados.

### III. Hallazgos Investigativos No Considerados del Proceso de Investigación

A continuación se presenta una triangulación encontrada en el proceso de investigación realizado, la cual no se contemplaba dentro de las relaciones establecidas para ser analizadas, sin embargo, resulta de alta importancia para el análisis desarrollado, para la consiguiente propuesta programática, pues demuestra que las etapas del Síndrome de Burnout en cuanto a la exigencia psicológica en que se encuentran los funcionarios del Hospital Psiquiátrico del Salvador, en relación a su profesión u oficio.

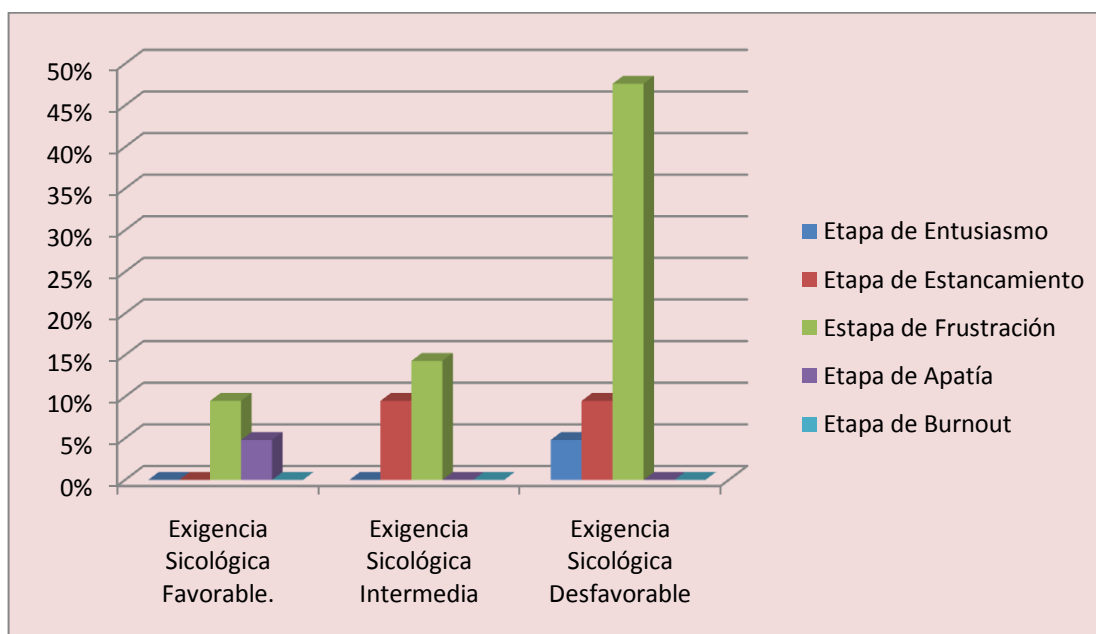
Esquema 4.1 Triangulación.



Fuente Equipo de Seminario, 2011

En el gráfico a continuación, se muestra la profesión de paramédico que en relevancia a su porcentaje de la población total y sus resultados en la triangulación, es la más destacable.

**Grafico 4.17 Triangulación**



Fuente Equipo de Seminario, 2011

En éste se puede observar que el porcentaje más importante se encuentra en nivel de exigencia psicológica desfavorable en la etapa de frustración, lo cual permite inferir que si bien los paramédicos se encuentran más de un 57% en etapa de frustración, cerca del 48% de estos tienen el riesgo psicosocial de exigencia psicológica en un nivel desfavorable. Siendo así los profesionales con mayor riesgo psicosocial laboral y al mismo tiempo los que se encuentran en la etapa más alta del Síndrome de Burnout.

Cabe destacar que dentro de las triangulaciones que se realizaron, los Asistentes Sociales y Psicólogos revelaron tener altos niveles desfavorables en el factor de exigencia psicológica y al mismo tiempo, encontrarse en más de un 70% en las etapas de frustración, apatía y estancamiento. Esto se hace relevante pues debido a la características de las carreras profesionales, es de suponer que los licenciados en esta área se encuentran mayormente preparados para enfrentar tanto los riesgos psicosociales como el Síndrome de Burnout, siendo estos mismos también los encargados de prestar ayuda a quienes se sienten afectados por el síndrome; o a desarrollar políticas,

proyectos y/o actividades encargadas de disminuir los Riesgos Psicosociales. En resumen se presenta una paradoja en cuanto a lo que el ejercicio de la profesión debe ser y la realidad de los profesionales que deben ejercerla.

Correspondiendo así a que los mayores niveles de vulnerabilidad en cuanto al Síndrome de Burnout se encontrarían en profesionales relacionados con la salud, la atención psicológica y asistencia social.

Por último es importante dar a conocer la realidad de los Auxiliares de Servicio del Hospital Psiquiátrico del Salvador, esto porque si bien solo un 6,7% de la población encuestada ejerce este oficio, de este porcentaje más de un 60% se encuentra en la etapa de frustración del Síndrome de Burnout y tiene una exigencia psicológica desfavorable, siendo que el 40% restante está en el nivel más cercano a estos. La escasa cantidad de Auxiliares de Servicio que accedieron a contestar el cuestionario, responde a que muchos de ellos decidieron no realizarlo pues creían que no se lograría un cambio relevante en cuanto a su situación actual, mostrando de esta forma una alienación laboral que mantiene una relación directa con la sintomatología del Síndrome de Burnout en una etapa avanzada.

De acuerdo a los estudio realizados anteriormente, podemos dar cuenta que existen factores en cuanto al Riesgo Psicosocial Laboral que inciden notablemente en el Estado de Salud Mental de los trabajadores, lo cual se manifiesta en diversas sintomatologías presentes en el sujeto – como fue arrojado en la investigación - lo cual se deriva directamente de las exigencias propias del trabajo, como por ejemplo el tipo de trabajo, la cantidad de trabajo, las escasas instancias de descanso, entre otras.

A pesar de lo anterior, los altos niveles de estima y apoyo social que presentan los trabajadores, funcionan como un factor protector dentro del desalentador escenario laboral. Por lo tanto, resulta de suma importancia la utilización de estos aspectos en virtud de una mejoría de las condiciones de trabajo, tornándose altamente necesario la creación y aplicación de aspectos programáticos que potencien y/o fomenten una calidad de vida óptima para el abordaje funcional de las exigencias del medio laboral.

# CAPITULO V

# PROPUESTA PROGRAMATICA

## **PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO**

De acuerdo al proceso metodológico establecido a lo largo del seminario de título, se presenta una Propuesta Programática, con el fin de entregar a la institución, técnicas y estrategias que permita atenuar los niveles de riesgo psicosocial laboral que inciden en la manifestación psicosomática del Síndrome de Burnout.

Por otra parte, se sugieren procedimientos para reforzar factores protectores con los que cuenta el colectivo estudiado, que permiten incidir positivamente en el afrontamiento de un medio laboral altamente agotador y crecidamente exigente.

Ahora bien, con respecto a las estrategias sugeridas en la propuesta programática, éstas se desprenden del análisis de la triangulación y del análisis FODA, futuramente presentado. (Ver Tabla 5.1)

### PROPUESTA PROGRAMÁTICA

La propuesta programática presentada a continuación es un instrumento diseñado y sugerido con el fin de disminuir los factores de riesgo psicosocial Laboral en funcionarios del Hospital Psiquiátrico del Salvador, de Valparaíso, desde la perspectiva individual – organizacional.

Propuesta elaborada, por otra parte, con el fin de potenciar factores positivos que se encuentran dentro del clima organizacional, pero que, por mayor prevalencia de agentes estresores del medio laboral, aminoran la capacidad del trabajador a desarrollarse en un ambiente laboral ideal afectando netamente la salud mental del sujeto.

Análisis FODA a la Organización con respecto a los resultados encontrados en el capítulo anterior.

**Tabla 5.1 Análisis FODA**

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los altos niveles favorables de Estima entre los trabajadores.</li> <li>• Los altos niveles favorables de Apoyo social entre los funcionarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La contradicción entre trabajo activo y posibilidades de desarrollo.</li> <li>• Altas limitaciones organizacionales, que no permite el desarrollo óptimo de los funcionarios.</li> <li>• Altos niveles de exigencia psicológica.</li> <li>• Alto porcentaje de funcionarios en la etapa de frustración o desencantamiento, en cuanto al Estado de salud Mental.</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La existencia de Instituciones protectoras del Estado como la SUSESO (Superintendencia de seguridad social).</li> <li>• Incorporación al listado de enfermedades profesionales, los trastornos mentales y del comportamiento.</li> <li>• Ley 16.744, como respaldo para un buen desarrollo laboral.</li> <li>• Instrumento de medición de los Riesgos psicosociales laborales utilizable en Chile, SUSESO ISTAS – 21.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La creciente demanda por atenciones en el ámbito psiquiátrico y psicológico, con relación al personal disponible para atender a esta demanda.</li> </ul>

Fuente Equipo de Seminario, 2011

## **I. Estrategias y Técnicas de Intervención frente al Síndrome de Burnout.**

### ***Estrategias orientadas al individuo:***

Las principales estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el nivel de estrés. La mayoría de los programas se concentran en revelar a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan la problemática, para que con ejercicios en aspectos específicos, logren reducir la ansiedad ante estresores y apliquen destrezas para su declive. Para tales efectos el equipo seminarista se basa en lo planteado por Poter y Grau que entregan estrategias para disminuir los niveles de estrés, tal como se indica a continuación: *“El aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. También recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión<sup>15</sup>”.*

Bajo esta lógica, y en concomitancia con lo planteado anteriormente en el análisis FODA se entregan a continuación las principales técnicas para, disminuir los niveles del Síndrome, y a su vez logren prevenir niveles mayores de estrés.

Las principales problemáticas encontradas en el equipo son:

1. *Los principales agentes riesgosos dentro del colectivo en cuestión se trata de creciente demanda por atenciones en el ámbito psiquiátrico y psicológico, con relación al personal disponible para atender a esta demanda, lo que genera una alta exigencia psicológica y mental en el individuo, que repercute en el ámbito físico.*

---

<sup>15</sup> Martínez, A. 2010. El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Página 31

Para lo anterior se sugiere las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son:

- *Organización personal*: Que el trabajador sea capaz de conocer con anterioridad su carga laboral, con el fin de distribuir su trabajo en función del tiempo realmente efectivo que posee.
- A su vez, que el trabajador no establezca planificación de *ocio y tiempo libre* o distracción extra laboral durante su jornada, para que de esta manera logre utilizar eficazmente el tiempo.
- Tomar *descansos y/o pausas en el trabajo*, cuando el extenuamiento físico exceda los estándares normales.
- También es recomendable el *manejo del humor* como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones, en situaciones de alta exigencias u horas de gran demanda.
- Se sugiere contar con instancias en donde el trabajador pueda realizar *ejercicio físico* (fuera del trabajo o dentro de éste) por su efecto tranquilizante y ansiolítico.
- *Técnicas de Relajación*, la distensión muscular induce a la relajación mental. Y el control de ritmo cardiaco, presión sanguínea y tensión muscular, reducen la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.

## 2. Altos niveles de exigencia psicológica.

Esta se presenta como una debilidad dentro del análisis realizado anteriormente, lo cual para poder aminorar los altos niveles arrojados en la presente investigación se sugiere:

- No generar falsas expectativas en cuanto a la capacidad laboral individual, pues el trabajador debe conocer sus reales actitudes y no generar expectativas inalcanzables, pues de esta forma aminora la auto exigencia (Pines, 1993, mencionado por Martínez, A. 2010).
- Entregar al trabajador técnicas en control emocional que aminoren la posibilidad de contraer estrés laboral, como relajación muscular, momentos de descanso, espacios de esparcimiento y compartir con sus compañero.

### ***Estrategias centradas en la organización***

#### *1. La contradicción entre trabajo activo y posibilidades de desarrollo.*

Para poder aminorar esta falencia, que se presenta como un estresor altamente influyente en el colectivo se sugiere:

Como mencionó un Auxiliar del recinto hospitalario:

- Que la institución pueda dar espacios de desarrollo personal a sus empleados, donde estos puedan demostrar los conocimientos que han aprendido a lo largo de su carrera, sin coartar sus iniciativas. Como por ejemplo, permitirles aplicar lo aprendido en talleres y capacitaciones que el mismo centro le ha entregado.

#### *2. Altas limitaciones organizacionales, que no permite el desarrollo óptimo de los funcionarios.*

Ya en el punto anterior se dio a conocer que la institución es percibida por los trabajadores, como el principal ente contradictor en cuestión de desarrollo profesional en la práctica profesional, en donde los funcionarios cumplen con sus labores de acuerdo a los límites y parámetros ya preestablecidos por la institución.

*“Dentro de las medidas sugeridas se encuentran (Mount, 1986; Spinetta y cols., 2000, Lederberg, 1998, Gatto, 2000 citados por Montoya 2002): Una adecuada selección y entrenamiento del personal, limitar y esclarecer las funciones de los miembros del equipo, clarificación del rol, revisión de la organización del equipo de trabajo, asegurar condiciones de trabajo favorables, retroalimentación, liderazgo efectivo<sup>16</sup>”.*

Bajo esta perspectiva se sugiere:

- Que los directivos de la institución creen instancias de retroalimentación con funcionarios, para que estos puedan dar su opinión en cuanto a las tareas y funcionamiento del Hospital, con el fin de poder conjuntamente dar respuesta a las principales problemáticas que los trabajadores perciben (Kreitner y Kinicki, 1997).

---

<sup>16</sup> Santamaria, N. 2011. Acciones o estrategias individuales, grupales e institucionales para manejar el estrés laboral.

- Informar debida y oportunamente al trabajador sobre cambios, tareas, horarios, entre otros, con el fin de que éste cuente con el tiempo necesario para poder organizar de acuerdo a sus posibilidades el trabajo que le compete, pues esto fomenta la tranquilidad del sujeto y a su vez le entrega un nivel mayor de autonomía en su puesto de trabajo, lo cual aminora la sensación de limitaciones de parte del hospital.
  - Crear espacios en donde los directivos puedan prestar apoyo efectivo a los funcionarios, ya sea apoyándoles en sus labores o bien entregando conocimiento que les permita un afrontamiento mejorado de su labor.
3. *Alto porcentaje de funcionarios en la etapa de frustración o desencantamiento, en cuanto al Estado de salud Mental.*
- La organización debe generar catastro de funcionarios que presentan niveles de estrés laboral alto, con el fin de poder aplicar medidas para que aminoren dicha sensación (Montoya, 2002).
  - Aplicar formas de administración correcta de las funciones y tareas de los funcionarios, pues existe gran porcentaje de trabajadores que presenta gran nivel de carga laboral, en comparación con otros funcionarios, que pueden apoyar dichas labores, fomentando la equidad de las tareas con respecto a la cantidad y naturaleza de la profesión.
  - Aplicar estrategias psicoeducativas de afrontamiento del estrés: discusión grupal sobre aspectos laborales, técnicas de relajación, ejercicios físicos y ergonomía, terapia ocupacional, organización del tiempo, con ayuda de los mismos funcionarios que cuenten con conocimiento de estas materias (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, etc).

Cabe destacar, que gran parte de las técnicas que se sugiere para el abordaje del Síndrome de Burnout a nivel organizacional, tratan de tareas grupales en virtud de los resultados altos en apoyo social y estima que arrojo

el estudio, lo cual es estipulado como un factor protector dentro del clima laboral.

Como lo indica la literatura, es de suma importancia abordar la problemática no solamente desde una perspectiva individual en donde se disminuyen los niveles personales en cuanto a las enfermedades laborales, sino que, debe existir programas orientados a la organización, pues el Síndrome de Burnout es de origen multicausal, y por ende debe ser intervenido como tal.

# CAPITULO VI

# CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

## **PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO**

El presente apartado tiene por objeto dar a conocer las reflexiones que el equipo seminarista concluye; a partir de la experiencia de la investigación diagnóstica del Síndrome de Burnout en el equipo de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Este capítulo pone término al proceso de estudio desarrollado y presenta las conclusiones relativas a la experiencia. Se ejecutara siguiendo un orden de las Competencias Profesionales, descritas por las Sra. Patricia Castañeda Meneses y Ana María Salamé Coulón.

## **I. Reflexiones acerca de las Competencias desde la perspectiva del Trabajo Social.**

### 1. Competencias Técnicas:

Para la realización de la investigación fue necesaria la adquisición de conocimiento teórico en cuanto a la temática en cuestión, por lo cual fue relevante la investigación sobre el Síndrome de Burnout, en cuanto a su evolución conceptual, factores de riesgo que inciden en su desarrollo, modelos explicativos, sintomatología, consecuencias, magnitud tanto a nivel local como universal, para luego poder plantear estrategias en cuanto a la prevención y tratamiento de este.

Lo anterior, es altamente necesario para poder extrapolarlo a la realidad particular del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, en donde dicho sustento teórico se adquirió de acuerdo a experiencias previas realizada por investigadores en diversas instituciones y experimentaciones con colectivos que presentaban ambientes laborales altamente estresantes.

### 2. Competencias Metodológicas:

De acuerdo al enfoque cuantitativo propio de la investigación, la orientación metodológica apunta netamente a técnicas de recolección de información, más bien estructuradas y precisas en donde la amplitud se limita a respuestas preestablecidas y de tipo Likert.

La integración de tres cuestionarios, es la técnica escogida para el levantamiento de información, de acuerdo con los objetivos investigativos planteados por el equipo de trabajo.

La naturaleza netamente diagnóstica del estudio permite la recolección imparcial de información, pues el tipo de respuesta necesaria, responde solamente a objetivos precisos, a la correlación entre variables y la medición de niveles, y no a la apreciación subjetiva de los sujetos de estudio.

Las estrategias utilizadas en la propuesta programática se obtienen de acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, y se elaboran de acuerdo a la realidad del colectivo estudiado, encontrándose una pertinencia y coherencia entre las técnicas propuestas y el universo.

### 3. Competencias Personales:

Durante la investigación el equipo Seminarista debió surtir una serie de dificultades en torno al proceso, por lo cual se necesitó de diversas habilidades sociales y personales para lograr a cabalidad el objetivo propuesto.

La primera de las dificultades surgió al momento de la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada, puesto que se apelaba netamente a la disposición de los encuestados, teniendo que solicitar y convencer al personal de contestar. En un gran número de ocasiones, este ejercicio se vio limitado o nulo, en donde no se logró la aplicación del cuestionario. Dicha situación, incrementa los niveles de ansiedad del equipo, pues no se consiguen las metas planteadas en primera instancia. A pesar de esto, se logró encuestar al 70% de la muestra convocada, permitiendo de esta forma contar con los sujetos necesarios para continuar con el estudio. Para aquello el equipo debió aplicar técnicas de persuasión y habilidades comunicacionales para lograr convencer a los funcionarios, de la factibilidad de la investigación.

En cuanto a las frustraciones propias del proceso, cabe destacar que, la inestabilidad referente a la situación educacional que atraviesa el país, influyó en el desarrollo del seminario de título, pues durante un lapso de tiempo no menor, el equipo se encontraba en la incertidumbre de qué ocurriría con su futuro y el proceso de seminario, pues en una primera instancia no existía claridad de la situación de los alumnos de últimos años, lo anterior, unido a la irregularidad y escasas oportunidades de supervisiones con el Profesor Guía, requirieron aplicar técnicas como la reprogramación, capacidad de sintetizar y optimizar tiempos con el fin de alcanzar objetivos en las fechas estipuladas en un principio. Bajo este ámbito la toma de decisiones también fue fundamental, al momento de reorganizar el trabajo.

A pesar de las dificultades que se presentaron, el equipo seminarista logro alcanzar por una parte los objetivos del proceso, como a su vez los objetivos personales.

## **II. Conclusiones Profesionales**

La profesión se construye continuamente como una disciplina cada vez con mayor acercamiento científico, en donde se afronta a un medio que presenta desafíos y dificultades. El actuar profesional y la intervención social, presentan cambios cada vez más exigentes, que imperiosamente plantean un escenario en donde se deben generar constantemente aprendizajes.

Por esta razón, la investigación social constituye un componente importante para poder producir conocimientos, al igual que la experiencia profesional de la disciplina, las competencias sociales y actitudes personales son imprescindibles para la intervención en los distintos marcos sociales.

Mediante la investigación realizada por el equipo seminarista se logró una aproximación en cuanto a la necesidad irrevocable de articulación que debe existir entre la investigación social y el quehacer profesional del Trabajador Social, especialmente, en su rol de investigador y los retos que debe enfrentar para superar las diversas formas de construcción social de su propio campo de acción, *la Realidad Social*.

Bajo esta perspectiva se puede concebir la investigación como práctica social que complementa el apoyo a la intervención social y fortalece la producción de conocimientos, los cuales pueden ser extrapolados a colectivos similares.

Por otra parte, la investigación realizada, permite vislumbrar que el Trabajador Social se encuentra facultado para explicar el modo en que se resuelven las tensiones entre la lógica de la acción institucional y la lógica de las acciones cotidianas de los trabajadores.

Ante esta realidad, el equipo seminarista requirió del dominio de las distintas alternativas epistemológicas adquirida durante los cinco años de formación profesional para poder realizar la lectura indicada de la realidad a

investigar, es decir, que permita abstraer la síntesis de sus dimensiones objetivas, como de la externalidad con las cuales se representa el Síndrome de Burnout.

Por lo tanto, el desarrollo de esta la última etapa de seminario de título demanda de la aplicación de la formación científico tecnológica que fue entregada en la aulas y que debe sustentarse teóricamente para así garantizar la factibilidad del estudio realizado.

La creación de criterios reflexivos y críticos fue de vital importancia en la preparación como futuros profesionales y la adquisición de campos metodológicos rigurosos implica la trascendencia al discurso meramente teórico. Por lo tanto, la aplicación de enfoques cuantitativos de investigación, en el quehacer profesional y en el ámbito microsociales, depende en un alto grado de la utilización de estos enfoques interpretativos. Bajo esta concepción de análisis, se contribuye a romper con la idea de una profesión que se sustenta principalmente en aspectos netamente fenomenológicos, que ha caracterizado a la profesión al momento de explicar conceptos, propuestas, modelos de intervención y teorías sociales.

### **III. Conclusiones en Torno a la Problemática.**

A partir del análisis realizado durante la investigación es posible determinar que la presencia del Síndrome de Burnout es incipiente, si bien no hay funcionarios que se encuentren en la etapa de Burnout propiamente tal, más del 83% de la población presenta altos niveles de desgaste laboral en relación a la pérdida de expectativas sobre el trabajo, amotivación laboral y resignación hacia la desilusión del trabajo que realiza.

Al relacionar estos resultados con los distintos factores presentados en la investigación se encuentran diferentes perspectivas sobre el problema.

Tal como esperaba el equipo seminarista, los mayores registros del Síndrome de Burnout se encontraron en los niveles de educación “Técnico Superior” y “Diplomado”, esto pues se presuponen bajos niveles de preparación en cuanto al auto cuidado que los profesionales capacitados obtienen de sus casas de estudio. Si bien existe una predominancia del género femenino en los/las funcionarios/as del Hospital Psiquiátrico del

Salvador, se ha encontrado que los resultados son equitativos a ambos géneros, no siendo determinantes en el desarrollo del Síndrome, al igual que la edad. Sin embargo se descubrió que los profesionales más afectados son los Paramédicos, Asistentes Sociales y Psicólogos; contradiciendo de esta forma a estudios anteriores, que señalaban, que el porcentaje de Asistentes Sociales y Psicólogos que manifiesta Burnout es más bajo que el de otros profesionales, pero al mismo tiempo coincidiendo con la premisa de que las profesiones con mayor contacto con los usuarios y/o pacientes presentan más posibilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout. Esto se explica debido a las características comunes de tales profesiones, como el tipo de relación de trato directo, dejando en un grado de mayor vulnerabilidad al profesional; y el desenvolvimiento de las personas en medios laborales extremadamente demandantes, por lo mismo se considera que es una necesidad más bien nacional, el que las Universidades e Institutos que imparten carreras del área de la salud, atención social y psicológica, entreguen a sus estudiantes competencias en cuanto al auto-cuidado que estos necesitan para desarrollar de manera eficiente sus labores profesionales.

En el ámbito de los Riesgos Psicosociales Laborales, los trabajadores del Hospital señalaron percibir el apoyo y ayuda de sus compañeros de trabajo, y sentirse estimados y reconocidos por estos, al igual que considerar que sus trabajos son activos y entregan posibilidades de desarrollo a quien los realiza. Estos factores se consideran protectores de la salud mental de las personas, sin embargo, no son suficientes para mitigar el alto porcentaje de frustración en los funcionarios, generado principalmente por un alto nivel de exigencias psicológicas en el desarrollo de las labores. Considerando que en los últimos años se ha acrecentado la cobertura del sistema de salud chileno, es de entender que ha aumentado la carga laboral de los profesionales, los cuales deben desarrollar sus funciones en el menor tiempo y con la mayor eficiencia posible, lo cual trae consigo un evidente desgaste profesional, dejando a los funcionarios vulnerables a contraer accidentes o enfermedades laborales. Lo cual se traduce también en un incremento de la inseguridad laboral, esto por el riesgo a ser despedidos o trasladados al incurrir en alguna negligencia en el desarrollo de sus labores.

En este sentido, la institución necesita poner énfasis en los Riesgos Psicosociales Laborales teniendo en cuenta las debilidades y potencialidades del sistema, apoyándose no sólo en las capacidades y habilidades de cada trabajador, sino que también en la legislación que se encarga de velar por un ambiente laboral libre de riesgos para los funcionarios, colaborando así con la Superintendencia de Seguridad Social, de manera de ampliar la cobertura que hoy en día existe con respecto a las enfermedades profesionales, en específicos las referentes a los trastornos mentales y del comportamiento.

#### **IV. Trabajo Social y Vinculación con la Problemática.**

Conforme avanza el tiempo, resulta inminente el constante crecimiento global de la sociedad, lo cual no solo despliega un abanico de oportunidades en el mundo laboral, en donde las posibilidades de desarrollo como profesional de la ciencias sociales es cada vez de mayor acceso, a su vez la globalización genera una amplitud en los campos de acción del Trabajador Social, creándose espacios en donde en décadas anteriores la disciplina no tenía cabida.

Por otra parte, y en virtud del crecimiento que ha ido experimentando la sociedad, también se han incrementado las problemáticas sociales y generándose “nuevos” problemas que anteriormente no eran consideradas como tal, puesto que los estándares y normativas básicas no existían o bien presentaban condiciones de precariedad.

Bajo esta lógica, las enfermedades laborales han ido mutando y afectando cada vez a mayor cantidad de trabajadores y trabajadoras, a lo largo del tiempo. El Síndrome de Burnout no es la excepción, esta patología, si bien presenta sus primeros acercamientos teóricos en la década de los 70, es una enfermedad laboral que socialmente carece de información globalizada y a su vez cuenta con escasas posibilidades de aplicar técnicas preventivas para evitar su desarrollo o bien tratamientos para su padecimiento.

Como profesión, el Trabajo Social, bajo la lógica multicausal del desarrollo de esta patología, puede intervenir de diversas formas, aplicando técnicas propias de la profesión, primeramente este se encuentra facultado

para detectar algunas sintomatologías presentes en los trabajadores afectados, para luego poder realizar la derivación a Profesionales que pueden entregar solución directa y efectiva a quien lo padece.

Por otra parte, este se encuentra preparado para poder realizar técnicas grupales tanto para la prevención y tratamiento en el ámbito organizacional e individual del Síndrome, aplicando técnicas grupales o individuales mediante estrategias socio-educativas, socio-reflexivas, socio-recreativas, etc.

La Salud Laboral, nos propone como profesionales integrales el abordaje de esta y otras enfermedades laboral, con el fin del fomento y protección de la optima calidad en la salud general del trabajador, y a su vez nos plantea como desafío trabajar en virtud de conseguir mejoras en cuanto a responsabilidad social en la salud laboral de todos y todas las trabajadores a nivel Nacional.

# CAPITULO VII

# BIBLIOGRAFIA

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Fuentes Primarias**

- Funcionarios de trato directo del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- Gonzales Katherine, Psicóloga de la Unidad de Desintoxicación y encargada del área de gestión docente, Hospital Psiquiátrico del Salvador.

### **Fuentes Secundarias**

#### **Libros**

- Ahumada P. (1989); Tópicos de evaluación en educación; Universidad Católica de Valparaíso, Chile; Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Briones G. (2002); Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Cs. Sociales; Bogotá, Colombia; ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Carvajal Y. (2001); Apuntes técnicos sobre enfermedades profesionales; Sub-departamento de Salud en el trabajo. Servicio de salud Metropolitano del ambiente. SESMA. Gobierno de Chile.
- Castañeda P. y Salamé A.M. (1996). Le systeme educatif et la formation des travailleurs sociaux au Chili. Centro de Formación Superior en Trabajo Social ANDESI Paris, Francia.
- Cherniss, C. (1980 b). Staff burnout: Job stress in the Human Services. Beverly Hills & London: Sage.
- Cox, T.; Kuk, G. y Leiter (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R.; Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Work presented at the "Seven European Congress on Work and Organisational Psychology", Gyor (Hungary).

- Gil Monte P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. *Anales de la Psicología*, 15-2, 261-268.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. En P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez, *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Golembiewski, R.T.; Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.
- INSHT (2006). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Karasek R y Theorell T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Book.
- Kristensen. (1995). TS. The Demand – Control – Support Model: Methodological Challenges for Future Research. *Stress Medicine*.
- Llaneza J. (2009); *Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*; España; Lex Nova S.A.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA. Addison-Wesley.
- Martínez A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112.
- Maslach & Jackson (1997); *Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon. En WS Paine (Ed). *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99113.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2006); Decreto 109 Aprueba el Reglamento para la Calificación y Evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 16.744, de primero de Febrero de 1968, que estableció el seguro social contra los riesgos por estos accidentes y enfermedades.

- Parra M. (2001). Salud Mental y Trabajo. Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Santiago de Chile.
- Parra M. (2003). Conceptos básicos en Salud Laboral. Oficina Internacional del Trabajo. Santiago. Chile.
- Pasten F. (1995); Metodología de la Investigación Social (Su aplicación en el Servicio Social y otras tecnologías); Valparaíso, Chile; EDEVAL.
- Quintana, C.G. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave [Versión electrónica]. Psykhe, 14(1), 55-68.
- Ré R., Bautista M. (2007); Vida Sin Distres 125 Preguntas y Respuestas; Buenos Aires, Argentina; ©San Pablo.
- Saavedra N; Fuentealba C; Pérez J. (2009); Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo; Unidad de comunicaciones y extensión, SUSESO; Gobierno de Chile.
- Saavedra N; Fuentealba C; Pérez J. (2009); SUSESO – ISTAS 21 Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo; Unidad de comunicaciones y extensión, SUSESO; Gobierno de Chile.
- Salinas D. (2010); ¿A cuántos y a quiénes preguntar? Una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional; Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile; Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Sampieri R., Fernandez C., Baptista P. (1997); Metodología de la Investigación; México; McGRAW - Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.
- Selye H. (1954); Stress; España, Editorial Científico Médica.
- Siegrist J. (1996); Adverse Health Effects of High Effort – Low Reward Conditions. J. Occup Health Psychol; 1:27- 41.
- Subsecretaría de Previsión Social (2010); Ord: 09.04.2010\*008932. Mat: Organización Internacional de Trabajo. Comunica aprobación de nuevo listado de enfermedades Profesionales. Instituto de Seguridad Laboral. Gobierno de Chile.
- Subsecretaría de Previsión Social (2008); Ley 16.744 Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Gobierno de Chile.

### Tesis

- Aguirre N., Castillo P., Fuentes. (2009); Estudio Descriptivo acerca de los Factores Socio – Familiares que influirían en la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto – Juvenil de Viña del Mar; Seminario de Título, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social.
- Esparza C., Guerra P., Martínez M. (1995); Determinación de los niveles de Burnout en Profesionales del área de la Salud de la Quinta Región; Memoria de Título, U.C. Valparaíso, Escuela de Psicología.
- Figueroa M., Gutiérrez A., 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; Memoria de Título, U.C. Valparaíso, Escuela de Psicología.

### Documento Electrónico

- Barría J. (2002); Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile; Psiquiatría Chile.  
<<http://es.scribd.com/doc/17008663/Burnout-Chile>>.
- Bresó E., Salanova M., Schaufeli W., Nogareda C. (2007); Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición; Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales España.  
<[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_732.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf)>.
- Buzzetti M. (2005); Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A. G. de Chile; Chile; Universidad de Chile, Carrera de Psicología.  
<[http://www.archivochile.com/tesis/09\\_tedulit/09tedulit0013.pdf](http://www.archivochile.com/tesis/09_tedulit/09tedulit0013.pdf)>.
- Chirinos H., Fuenmayor H., Galea S. (2008); Propuesta de Estrategias Organizacionales para el manejo del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud que laboran en las clínicas PDVSA, Distrito Oriente; Venezuela, Maturín Estado Monagas; Caribbean International University.

- <<http://es.scribd.com/doc/40861295/tesis-burnout-lista-ENERO-2009>>.
- Cooperativa, (2010); Encuesta laboral reveló serias deficiencias en los empleos de Chile. Disponible en: <[www.cooperativa.cl](http://www.cooperativa.cl)>
  - Dirección De Presupuestos Del Ministerio De Hacienda (2010); Estadísticas de Recurso Humano del Sector Público 2000 – 2009; Gobierno de Chile; Chile. Disponible en: <[www.dipres.gob.cl](http://www.dipres.gob.cl)>
  - Garcés E. (2006); Tesis sobre el Burnout; Monografías. <[http://www.wikilearning.com/monografia/tesis\\_sobre\\_el\\_burnout-definicion\\_de\\_burnout/16390-2](http://www.wikilearning.com/monografia/tesis_sobre_el_burnout-definicion_de_burnout/16390-2)>.
  - García-Huidobro D. (2008); Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud; Revista médica de Chile. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000600019](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600019)>.
  - Gil-Monte, P. (2000). Síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas, explicación y recomendaciones para su intervención. Documento elaborado para la OMS. Revista electrónica de Psicología científica. Disponible en: <[www.Psicologiacientifica.com](http://www.Psicologiacientifica.com)>.
  - Guzmán, L. (2006); Accidentes Laborales en Chile: 3 millones de días perdidos; Revista Ciencia & Trabajo; Chile; Disponible en: <<http://www.sigweb.cl/biblioteca/SeguridadLaboralChile.pdf>>
  - Instituto de Seguridad Laboral (2011); Disponible en: <[www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl)>.
  - López C., Cristina D. (2008); Comparación de tres instrumentos de medición para la evaluación del Burnout; México; Editorial Universal de Sonora. Capítulo 2. <<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/19054/Capitulo2.pdf>>.
  - Mansilla F. (2009); Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica; Madrid, España. Anexo 14 Burnout Measure. <<http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo14.shtml>>.
  - Maslach, C. (2001); Job burnout. Annual Review Psychology. Disponible: <[www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)>.
  - Maslach, C. Schaufeli, W. & Marek, T. (1993). Professional Burnout" Recent Development in Theory and Research. Taylor & Francis. Disponible: <[www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)>.

- Ministerio de Desarrollo y Planificación (2002). Disponible en: <[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)>
- Ordenes N. (2004); Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río; Revista médica de Chile. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000500006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006)>.
- Real Academia Española (2011); Disponible en: <[www.rae.es](http://www.rae.es)>.
- Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (SAMÉS) (2001); Una aproximación al Burnout: estudio comparativo del caso particular de los Asistentes Sociales del poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, con asiento en las ciudades de Mar del Plata y Bahía Blanca; Presentación al 1er congreso Argentino de Medicina del estrés; Buenos Aires. En Revista Newsletter “Estrés y Salud”, 2-6, Oct-Nov. Disponible en: <[www.Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com)>
- Subsecretaría de Previsión Social (2011); Disponible en: <[www.previsionsocial.gob.cl/](http://www.previsionsocial.gob.cl/)>.
- Superintendencia de Seguridad Social (2006); Disponible en: <[www.suseso.cl](http://www.suseso.cl)>.
- Trucco M., Valenzuela P., Trucco D. (1999); Estrés ocupacional en personal de Salud; Revista médica de Chile. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999001200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006)>.

# CAPITULO VIII

# ANEXOS

## Anexo 1

**Instrumento de medición para la presencia del Síndrome de Burnout**

El presente instrumento, tiene como fin de recoger información necesaria para identificar y medir la exposición a diversos factores preponderantes para el desarrollo del síndrome de Burnout. **El cuestionario es confidencial y de uso exclusivo del equipo seminarista.**

A su vez pretende, entregar resultados en cuanto a la presencia y niveles del síndrome en el equipo en cuestión.

Por favor, lea detenidamente todas las preguntas y conteste, con sinceridad cada una de ellas, considerando la respuesta más adecuada, de acuerdo a su experiencia y condición.

**Sección nº 1**

<b>1-Sexo</b>	<b>2- Edad</b>	<b>3- Profesión</b>	<b>4-Unidad donde trabaja</b>

**5- Marque el último nivel de preparación alcanzado por usted.**

<b>A. Sin estudios</b>	<b>B. Educación básica</b>	<b>C. Educación media</b>
<b>D. Técnico superior</b>	<b>E. Universitario</b>	<b>F. Especialidad</b>
<b>G. Diplomado</b>	<b>H. Magíster</b>	<b>I. Doctorado</b>

<b>6-Indique los años de experiencia laboral</b>	<b>7- Indique los años de experiencia en el Hospital</b>

**8- Indique el rango aproximado de su remuneración mensual.**

<b>A</b>	<b>0- 150.000 pesos</b>
<b>B</b>	<b>151.000 - 250.000 pesos</b>
<b>C</b>	<b>251.000 - 350.000 pesos</b>
<b>D</b>	<b>351.000 - 450.000 pesos</b>
<b>E</b>	<b>451.000 - 550.000 pesos</b>
<b>F</b>	<b>Más de 551.000 pesos</b>

**9- Indique el turno en el cual se desempeña en la institución.**

<b>A</b>	<b>Diurno</b>
<b>B</b>	<b>Vespertino</b>
<b>C</b>	<b>Mixto</b>

**Sesión nº 2:**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. No existen respuestas correctas o incorrectas. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

1. Nunca
2. Alguna vez al año
3. Una vez al mes
4. Algunas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Algunas veces por semana
7. Todos los días

<b>Agotamiento emocional</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
10. Me siento deprimido							
11. Estoy emocionalmente agotado							
12. Me siento consumido							
13. Me siento atrapado							
14. Estoy preocupado							
15. Me siento desesperado							
16. Me siento ansioso							
<b>Agotamiento mental</b>							
17. Soy feliz							
18. Soy infeliz							
19. Tengo un buen día							
20. Me siento inútil							
21. Me encuentro optimista							

22. Me siento desilusionado							
23. Me siento rechazado							
<b>Agotamiento físico</b>							
24. Me encuentro cansado							
25. Estoy agotado físicamente							
26. Me encuentro destrozado							
27. Me siento sin fuerzas							
28. Me encuentro desgastado							
29. Me siento débil							
30. Me siento enérgico							

**Sesión nº 3:**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. No existen respuestas correctas o incorrectas. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

4- SIEMPRE

3- MUCHAS VECES

2- AVECES

1- SOLO ALGUNA VEZ

0- NUNCA

Por favor, elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas:

<b>Exigencia psicológica</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
31. ¿Tiene que trabajar muy rápido?					
¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?					
33. ¿Tiene tiempo de llevar al día su trabajo?					
34. ¿Le cuesta olvidar los problemas del trabajo?					
35. ¿Su trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?					
36. ¿Su trabajo requiere que esconda sus emociones?					
<b>Trabajo activo y posibilidad de desarrollo</b>					
¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					

¿Se tiene en cuenta su opinión cuando le asignan las tareas?					
¿Tiene influencia sobre el orden en el que realiza las tareas?					
40. ¿Puede decidir cuándo hacer un descanso?					
Si tiene algún asunto personal o familiar, ¿puede dejar su lugar de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial?					
42. ¿Su trabajo requiere que tenga iniciativa?					
43. ¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?					
44. ¿Se siente comprometido con su profesión?					
45. ¿Tienen sentido sus tareas?					
46. ¿Habla con entusiasmo de su trabajo a otras personas?					

Por favor, elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas:

***En estos momentos ¿estás preocupado por...?***

<b>Inseguridad laboral</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
47. ¿Si le cambian las tareas contra su voluntad?					
¿Si le varían el salario (que no se lo actualicen, que se lo bajen, que introduzcan el salario variable, que le paguen en especie, etc.)?					
¿Lo difícil que sería encontrar otro empleo en el caso de que se quedara en paro?					
¿Si le cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra su voluntad?					

Por favor, elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas:

<b>Apoyo social y calidad de liderazgo</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Sabe exactamente qué margen de autonomía tiene en su trabajo?					
52. ¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?					
En su trabajo, ¿se le informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar su futuro?					
¿Recibe toda la información que necesita para hacer bien su trabajo?					
55. ¿Recibe ayuda y apoyo de sus compañeras o compañeros?					
56. ¿Recibe ayuda y apoyo de su superior inmediato/a?					
¿Su lugar de trabajo se encuentra aislado del de sus compañeros o compañeras?					
58. En el trabajo, ¿siente que forma parte de un grupo?					
59. ¿Sus jefes inmediatos planifican bien el trabajo?					
¿Sus jefes inmediatos se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?					

***Este apartado está diseñado para personas trabajadoras que conviven con alguien (pareja, hijos, padres...).***

Por favor, elige UNA SOLA RESPUESTA para la siguiente pregunta:

6 1. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico hace?

A	Soy el/la responsable principal y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas
B	Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas
C	Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas
D	Sólo hago tareas puntuales
E	No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas

Por favor, elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas:

<b>Doble presencia</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Si falta algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realiza se quedan sin hacer?					
Cuando está en el trabajo, ¿piensa en las tareas domésticas y familiares?					
¿Hay momentos en que necesitaría estar en el trabajo y en casa a la vez?					
<b>Estima</b>					
65. ¿Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco?					
¿En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario?					
67. ¿En el trabajo me tratan injustamente?					
Si pienso en todo el trabajo y el esfuerzo que he realizado, ¿el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado?					

**AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN**