



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Programa de Magíster en Salud Pública

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA:

**“FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO Y SINDROME DE
BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD”**

CANDIDATA A MAGISTER EN SALUD PÚBLICA:

María Sol Pastorino

PROFESORA GUÍA:

Rubén Alvarado

Diciembre 2007

*“Después de todo la imposibilidad del conocimiento no me
asusta”*

J. Lacan

Dedico este provisorio trabajo:

*“A todo aquellas personas que parten hacia otros horizontes,
se atreven y soportan experimentar lo extranjero de sí mismos
y de los otros”*

“Al compañero de mis días, mi amor Rodrigo”

I. INTRODUCCION	4
II. MARCO TEORICO	5
2.1 El estrés laboral y la salud	5
2.2 El estudio del estrés determinado por factores psicosociales en el trabajo	8
2.3 Instrumento para la medición de los estresores o factores psicosociales	9
2.4 El síndrome de Burnout y su relación con factores psicosociales	10
2.5 Síndrome de Burnout y modelos teóricos para su estudio	12
2.6 La medición del síndrome de Burnout	16
III. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Especificos	20
IV. HIPOTESIS DE INVESTIGACION	21
4.1 Hipótesis Principal.....	21
4.2 Hipótesis específicas.....	21
V. MATERIALES Y METODOS	22
5.1 Tipo de diseño	22
5.2 Universo y muestra.....	22
5.3 Variables	23
5.3.1 El síndrome de Burnout.....	23
5.3.2 Los factores psicosociales en el trabajo.....	24
5.3.3 Las variables control.....	25
VI. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	26
6.1 Escala de Efectos psíquicos del Burnout (EPB).....	26
6.2 El cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).....	26
6.3 Cuestionario para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo ISTAS versión española del COPSOQ (Moncada, et al 2002)	21 27
VII. ASPECTOS ETICOS	29
VIII. RECOLECCION DE LOS DATOS	30
IX. RESULTADOS.....	31
9.1 Análisis descriptivo de las variables.....	31
9.1.1 Variables Sociodemográficas	31
9.1.2 Factores Psicosociales de riesgo laboral.....	33
9.1.3 Síndrome de Burnout.....	36
9.2 Análisis bivariado	37
9.2.1 Variables sociodemográficas	37
9.2.2 Factores Psicosociales de Riesgo Laboral	38
9.3 Análisis Multivariado	39
9.3.1 Variables incluidas en el modelo.....	39
X. DISCUSION.....	43
XI. CONCLUSIONES	48
XII. BIBLIOGRAFIA	49
XIII. ANEXOS	54
13.1 Consentimiento informado	54
13.2 Cuestionario de factores psicosociales de riesgo laboral.....	55
13.3 Cuestionario de salud general GHQ-28.....	63
13.4 Escala de efectos psíquicos de Burnout.....	67

I. INTRODUCCION

Actualmente se ha dado mayor importancia a la organización del trabajo como determinante de los aspectos psicosociales del ambiente laboral. El Instituto para la Seguridad y la Salud Ocupacional de USA (NIOSH) ha reportado evidencia acerca de esta relación, especialmente con desórdenes músculo-esqueléticos, cardiovasculares y psicológicos.

Según investigaciones realizadas desde la década de los años setenta, la exposición a factores psicosociales en el trabajo, como la demanda o exigencias psicológicas del trabajo, el control sobre el trabajo y el apoyo social en el trabajo guardan relación con el estrés y su repercusión en la salud mental.

Algunas consecuencias del estrés en la salud, son la depresión, la ansiedad crónica, la desmotivación, los problemas del sueño y de fatiga, así como fenómenos novedosos como el Burnout, el Mobbing y el Karoshi.

Por lo anterior, y desde el punto de vista de la Salud Pública, el propósito de este trabajo es analizar la posible asociación entre los factores psicosociales nombrados y el Síndrome de Burnout, en un grupo de trabajadores de un hospital de la ciudad de Santiago Chile. Los resultados podrían contribuir con mas evidencias para el desarrollo de la salud ocupacional y para quienes se dediquen a establecer legislación y normas para la vigilancia y prevención de la salud mental de las personas que trabajan.

II. MARCO TEORICO

2.1 El estrés laboral y la salud

El estrés en el trabajo ha sido recientemente definido como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo” (Comisión Europea, 2000)

Desde que en los años 30 se publicaron los primeros trabajos de Canon y Seyle, la investigación ha aportado fuertes evidencias de la relación entre el estrés y diversos trastornos de la salud como: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias (hiperactividad bronquial, asma), trastornos de base inmunitaria (como la artritis reumatoide), gastrointestinales (dispepsia, úlcera péptica, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), dermatológicas, (psoriasis, neurodermitis), endocrinológicos, trastornos musculoesqueléticos, y trastornos de la salud mental. (Landsbergis, 2003)

Hace ya más de una década que la Organización Mundial de la Salud alertaba del posible impacto de tales cambios en la salud de la población, (World Health Organization [WHO], 1990) sobre todo en los países industrializados, especialmente relacionados con las nuevas tecnologías, el uso de nuevas sustancias químicas, la exposición a los factores psicosociales y el proceso de envejecimiento de la población. (WHO, 1995)

En las últimas décadas, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la importancia de los factores psicosociales como una de las causas relevantes de las enfermedades que constituyen la principal causa de muerte en el mundo industrializado. (European Heart Network, 1998)

“Los riesgos o "factores de riesgo" psicosociales se han definido por la OIT (1986) como "las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia".

El interés por los factores psicosociales relacionados con el trabajo se ha ido ampliando en el curso de los últimos años; las razones principales según Villalobos (2004) que están detrás de este desarrollo son:

- Se ha acumulado evidencia proveniente de estudios epidemiológicos que han demostrado que las condiciones psicosociales generan procesos de enfermedad. Resaltando de este modo, la estrecha relación que existe entre la salud y el trabajo.
- La pérdida en la calidad de vida, reportada en informes de organismos internacionales como la CEPAL, asociada a factores de riesgo laboral por el potencial dañino que producen sobre la salud y el bienestar. (Comisión Económica para América Latina, 2000)

Pese a lo anterior, la importancia de las enfermedades causadas por el estrés no se ha visto suficientemente reflejada en el desarrollo normativo de los países. Por ejemplo, en la Unión Europea y en Estados Unidos, si bien se observa una tendencia al reconocimiento de casos de Mobbing, Burnout, enfermedades mentales y algunas cardiovasculares, tales reconocimientos suelen hacerse luego que el trabajador ha interpuesto un proceso judicial y ha aportado pruebas suficientes para demostrar la presencia de condiciones de trabajo estresantes.

En España, y otros países como Alemania, Suecia, Finlandia y Noruega, es posible encontrar jurisprudencia que ejemplifica la nueva tendencia al reconocimiento del estrés laboral como causa de padecimientos.

En Japón, existe un término denominado “Karoshi”, para referirse a aquellos casos de enfermedad, suicidio o muertes inducidos por el estrés laboral que no resulta soportable para la constitución psíquica de un individuo. La legislación laboral y en especial la jurisprudencia de este país asiático ha incorporando algunos criterios que permiten el reconocimiento de indemnizaciones en favor de la familia del trabajador que fallece de esta manera.

En Australia, la legislación prevé definiciones genéricas de las enfermedades profesionales, contexto en el cual cualquier afección puede considerarse de origen profesional siempre que se establezca la relación con el trabajo; es así como las demandas por enfermedades causadas por el estrés en el trabajo representaron el 2,2% de las indemnizaciones pagadas a trabajadores entre 1998 y 1999.

En Chile, el reconocimiento de una enfermedad de tipo profesional está reglamentado en el Decreto Supremo 109 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del 7 de junio de 1969. La actualización del Decreto en el año 2006, numeral 13 del artículo 19, reconoce como posibles enfermedades mentales de origen ocupacional a los trastornos de adaptación, ansiedad, la depresión reactiva, y el trastorno por somatización y por dolor crónico.

La lista de enfermedades profesionales establecida en Colombia, está compuesta por más de cuarenta patologías que se han venido recopilando mediante resoluciones como la 1832 de 1994. El artículo 42 de la citada resolución establece la existencia de patologías causadas por estrés en el trabajo.

La decisión de incluir una enfermedad causada por estrés a una lista de enfermedades profesionales implica disponer de elementos científicos que respalden tal decisión y de un protocolo que facilite este proceso, tal como el publicado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2004)

Los organismos internacionales también han hecho su aporte al estudio de los factores psicosociales. (Roman, 1997) En 1950, la Primera Reunión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Medicina del Trabajo, señaló la importancia de los factores psicosociales. En 1982 se realiza un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre los factores psicosociales y la prevención de accidentes, y en 1984 se publica el documento "Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo", que reúne la experiencia y conocimientos adquiridos hasta ese momento acerca del reconocimiento, evaluación y efecto de los factores psicosociales, y sugiere acciones de promoción de la salud y/o el bienestar de los trabajadores.

La relación entre la organización del trabajo y la salud no parece tan evidente como la que existe con otros factores químico o físicos (por ej., el ruido y la sordera). Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, pudiendo existir diversos mecanismos a través de los cuales se afecta la salud.

Se trata de mecanismos emocionales, (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.) cognitivos, (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) conductuales, (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas) a los que, como se ha dicho, también denominamos

estrés, y que pueden ser precursores de enfermedad bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración, y ante la presencia o ausencia de otras interacciones (Levi, 1991). Estas interacciones están referidas a factores individuales como: la personalidad tipo A (que se caracteriza por altas exigencias, falta de autonomía, rigidez e introversión), mala condición física, falta de formación laboral, las aspiraciones, las expectativas y los valores. Como así también a factores que se refieren a la interacción de la persona con su entorno de trabajo, denominados estresores o factores psicosociales en el trabajo desarrollados en el siguiente apartado.

2.2 El estudio del estrés determinado por factores psicosociales en el trabajo

La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques. Cabe afirmar que se encuentran mayores desarrollos en modelos de aproximación al estrés que en concepciones mismas de los factores psicosociales. Entre éstos, se encuentra el de Robert Karasek quien formuló el denominado “modelo *demanda – control*” como una explicación del estrés laboral en función de dos variables: la demanda o exigencias psicológicas del trabajo, y el nivel de control sobre éstas. (Karasek, 1979)

En la formulación de Karasek (1981a) la demanda o exigencias psicológicas tienen una concepción esencialmente cuantitativa: volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde.

El control sobre el contenido del trabajo implica dos subdimensiones: oportunidad de desarrollar las habilidades propias (skill discretion) -en la doble vertiente de obtener y mejorar las capacidades suficientes para realizar las tareas y de hacer un trabajo en el que se tiene la posibilidad de dedicarse a aquello que mejor se sabe hacer (trabajos creativos y variados)- y autonomía, (decisión authority) capacidad de decisión sobre las propias tareas y sobre las de la unidad o departamento. Es también importante el control sobre las pausas y sobre el ritmo de trabajo.

Este modelo define cuatro grandes grupos de ocupaciones en función de los niveles de demanda psicológica y del control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta

tensión (alta demanda, bajo control). La situación más negativa para la salud, correspondería a este último grupo. (Karasek, et al 1981b)

Jonshon (1986) amplió el modelo de demanda/control añadiéndole una tercera dimensión: el apoyo social. La hipótesis básica, consiste en que los puestos de trabajo con grandes exigencias y escaso control junto a un escaso apoyo social en el trabajo (“iso-tensión” alta), son los que mayor riesgo de enfermedad presentan. Al añadir esta dimensión se reconoce claramente la necesidad de que cualquier teoría sobre el estrés en el trabajo evalúe las relaciones sociales en el lugar de trabajo (Karasek y Theorell, 1996; Jonshon y Hall, 1988a)

El apoyo social, tiene dos dimensiones: 1) la cantidad y la calidad de la relación social que el trabajo implica, y 2) el grado de apoyo instrumental que recibimos en el trabajo, o sea, hasta qué punto podemos contar con que compañeros y superiores nos ayuden para sacar el trabajo adelante.

El modelo ampliado que incluye el apoyo social, postula que el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social. El riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (por ejemplo, en trabajos aislados) y podría moderarse en situación de trabajo de alto apoyo, por ejemplo, trabajo en equipo. (Jonshon y Hall 1988b)

2.3 Instrumento para la medición de los estresores o factores psicosociales

En el año 2000, fue creado por un equipo de investigadores/as del Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI) un instrumento para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo: “El Copenhague Psicosocial Questionnaire.” (CoPsoQ)

Este cuestionario está diseñado para cualquier tipo de trabajo y ha sido utilizado en países como España, Reino Unido, Bélgica, Alemania, Brasil Países Bajos y Suecia entre otros.

La adaptación para el Estado español ha sido realizada por un grupo de trabajo constituido por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [(Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS], 2002)] Esta versión está disponible en tres formas: larga (para investigación), media (para evaluación de riesgos en empresas o servicios

con más de treinta trabajadores) y corta (para menos de 30 trabajadores y autoevaluación). Las versiones larga y media incluyen dos dimensiones adicionales. Estas dimensiones se refieren a la doble presencia y a la demanda psicológica de esconder emociones.

Comparado con instrumentos anteriores, el CoPsoQ supone un avance en términos de abarcar una mayor cantidad de dimensiones psicosociales, por ejemplo, incluye medidas de exigencias psicológicas emocionales y de ocultar emociones. Por otro lado, el CoPsoQ, permite unificar lenguaje e instrumentos de medida para investigadores y prevenciónistas, de igual forma que abre las posibilidades para comparaciones entre diversos ámbitos.

Las características psicométricas de este instrumento se mencionan en la sección material y métodos.

2.4 El síndrome de Burnout y su relación con factores psicosociales

Dentro de las diversas consecuencias del estrés laboral, el Síndrome de Burnout - síndrome de desgaste profesional, síndrome de agotamiento en el trabajo, o síndrome de quemarse por el trabajo, ha sido ampliamente estudiado inicialmente en países de habla inglesa, como Canadá y Gran Bretaña para luego extenderse al resto de Europa.

El término *burnout* fue propuesto en 1974 por Freudemberger, psicólogo que trabajaba como voluntario en un centro para atención de adictos a las drogas en New York, para hacer referencia a un conjunto de manifestaciones específicas y anómalas que se observaban en las personas que trabajaban en profesiones de ayuda o servicio a los demás (profesionales de la medicina, de la educación, de los servicios sociales, etc) Lo definía como “*el fracaso o desgaste producido por las demandas excesivas que recibe el profesional, las cuales sobrepasaban sus energías o recursos personales*” (Freudemberger, 1974)

Desde entonces se han sucedido los estudios sobre el tema y ha habido muy diversos intentos para delimitar teóricamente dicho constructo: su concepto, sus síntomas, los factores implicados en su desarrollo, sus consecuencias y relaciones con el estrés laboral.

También hay que señalar, cómo a partir de los trabajos realizados durante los últimos años, su aplicación se ha ido extendiendo a otras actividades profesionales que por sus características, podrían crear un nivel importante de tensión interpersonal.

En opinión de Muñoz (2006) podemos afirmar que actualmente no existe una única definición que sea plenamente aceptada, lo que supone dificultades importantes para su evaluación, tanto a nivel individual como en grupos profesionales.

De la gran cantidad de conceptos manejados en la literatura sobre este síndrome, se puede decir que actualmente al Síndrome de Burnout o de Quemarse por el Trabajo, se le reconoce como una “patología moderna” derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera continuada, por lo menos 6 meses. Este problema se observaría en los trabajadores que mantienen contacto directo con personas (pacientes, derechohabientes, clientes, alumnos, etc) y estaría caracterizado por tres dimensiones de acuerdo a la síntesis de Gil Monte y Peiró (1997, 2000):

El agotamiento emocional que está caracterizado por un cansancio físico y/o psicológico y se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales, y el sentimiento que embarga al trabajador de que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo.

La despersonalización es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo.

La baja realización personal en el trabajo, sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales, se refiere a la existencia de un sentimiento de ausencia de logros propios de las personas en las labores habituales, se presenta un rechazo de sí mismo.

De estas tres dimensiones, la dimensión Agotamiento Emocional es sobre la que hay más acuerdo en cuanto a considerarlo el punto clave del concepto porque las otras dimensiones pueden estar asociadas a rasgos de personalidad (Garden, 1989; Meier 1984)

Existen una serie de factores desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Burnout.

Los desencadenantes son aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral.

Peiró (1999) establece cuatro categorías para el análisis de éstos: a) ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral, b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales y d) fuentes extraorganizacionales como las relaciones trabajo-familia.

Con respecto al ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, se encuentran el nivel de ruido, el confort físico percibido por el sujeto en el lugar de trabajo, la sobrecarga laboral percibida, y la oportunidad del sujeto para usar las habilidades adquiridas.

Dentro de lo que es el estrés por desempeño de roles y relaciones interpersonales se destacan la importancia de la ambigüedad y el conflicto de rol, las relaciones que los profesionales establecen con sus compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes a los que atienden, y la seguridad en el puesto de trabajo.

Respecto de estresores relacionados con nuevas tecnologías se encuentran el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, aislamiento social, disfunciones en los roles. Respecto a aspectos organizacionales, la centralización, la complejidad y la formalización de las organizaciones, influyen como desencadenantes, junto a otras variables como el clima organizacional y sus principales características como son la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de autonomía y la falta de apoyo social por parte de la supervisión.

Los llamados facilitadores del Síndrome de Burnout, se refieren a variables de carácter personal que tienen función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. Se trata de variables demográficas como el sexo, la edad o el estado civil; variables de personalidad como tipo de personalidad A, el neuroticismo, la autoconfianza o la autoeficacia (Peiró, 1992a)

2.5 Síndrome de Burnout y modelos teóricos para su estudio

En relación a los modelos teóricos que explican el Síndrome de Burnout, P. Gil Monte y J. M. Peiró (1999a), hacen una clasificación en tres grandes grupos: el primer grupo,

incluye los modelos desarrollados en el marco de **la teoría sociocognitiva del yo**; el segundo es en relación a las **teorías del Intercambio Social**; el tercer grupo se apoya en **la teoría organizacional** para explicar las causas del síndrome. Existe un cuarto grupo que es **el modelo estructural** y que es un aporte de estos autores.

La teoría Socio- cognitiva del yo se basará fundamentalmente en los aportes de Albert Bandura, quien trabajó sobre las visiones que tienen las personas de sí mismas en cuanto a acciones y los roles que desempeñan, haciendo referencia a sus propias percepciones. Bandura señala (Gil- Monte y Peiró, 1997a) que las cogniciones de los individuos van a influir en sus percepciones y se modificarán en base a sus acciones, y de lo que se observa en los demás.

Dentro de esta teoría se incluyen tres modelos: 1) el modelo de competencia social desarrollado por Harrison (1983); 2) el modelo de Cherniss (1993) basado en Hall (1976) y 3) el modelo de autocontrol de Thompson y colaboradores (1993).

En general, los modelos socio-cognitivos, tienden a restar importancia a los estresores “objetivos” presentes en el lugar de trabajo, en contraste con el modelo demanda-control. Comparando estas teorías con ese modelo, cabe preguntarse qué sucedería con las “demandas” sociales y mentales del trabajo que no se traducen en carga de información, como tareas que requieren exigencias de organización social, conflictos, etc.

Las Teorías del intercambio social partirán de la teoría de la equidad, con el modelo de Comparación de Buunk y Schaufeli, o de la teoría de la conservación de recursos con el Modelo de Hobfoll y Fredy (Gil-Monte y Peiró, 1997b). En ambas teorías se entiende que el Burnout está estrechamente relacionado con la falta de equidad que desarrollan los profesionales, producto de las relaciones interpersonales propias de la profesión.

Del mismo modo que las teorías sociocognitivas, la teoría del intercambio social, además de variables cognitivas como las percepciones de falta de equidad o ganancia, pérdida de recursos, agrega constructos como la comparación social, entendiendo que las situaciones que exigen tomar muchas decisiones, o decisiones en relación a pacientes son muy estresoras y sobrecargan la capacidad de procesamiento del individuo, haciendo que éste se aisle. Esto se opone al modelo demanda-control, que predice una menor tensión en las situaciones de exigencia que

dejan margen para la libertad de decisión, como sería posible en profesiones como enfermería.

Respecto de los recursos, no se contemplan impulsos fisiológicos y emociones primitivas que suelen dominar respuestas ante situaciones de reto personal.

Respecto del apoyo social, señalan que su influencia en los sujetos, sería contraproducente por la amenaza de ser criticados por terceros. Lo que el modelo demanda-control reconoce. (Karasek y Theorell, 1990b; Johnson y Hall, 1988b)

Al añadirle el apoyo social, la perspectiva de demanda/control resulta más útil cuando se trata de remodelar los puestos de trabajo. Los cambios en las relaciones sociales entre los trabajadores (es decir, los grupos de trabajo autónomos) y los cambios en la latitud de toma de decisiones son casi inseparables en los procesos de rediseño del trabajo, sobre todo en los procesos "participativos" (House, 1981)

La teoría organizacional incluye como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del síndrome.

Cabe destacar la propuesta de *Cox, Kuk y Leiter (1993)*, donde se considera el Burnout como un episodio particular del estrés laboral específicamente orientado a las profesiones de servicios humanos. Según su propuesta, se desarrolla cuando las estrategias que utiliza el sujeto para afrontar el estrés laboral durante largo tiempo no resultan eficaces. Consideran la salud de la organización como una variable moduladora en una clara relación entre el estrés y el Burnout, y destacan el papel de la percepción por parte de los trabajadores de los sistemas psicosociales de la organización, puestas de manifiesto en su estructura, políticas y procedimientos.

Señalan que *"la experiencia de agotamiento emocional (para ellos la dimensión central del síndrome) está teórica y empíricamente relacionada con el sentirse gastado, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar"*. (Gil-Monte y Peiró, 1997c: 41)

Otro modelo incluido en esta teoría es el de Winnubst (1993) cuyo componente central es la estructura organizacional y su relación con otras variables que actuando conjuntamente pueden actuar como antecedentes del síndrome.

En general, los aportes de la teoría organizacional son incluidos, aunque no en su totalidad en el modelo demanda-control, como por ejemplo la sobrecarga laboral, la pobreza de rol, los sistemas de apoyo social. De todas maneras, éste no considera las capacidades de afrontamiento que los individuos pueden desarrollar y desplegar ante una situación de estrés. (Cox, Griffiths, y Rial-González, 2000)

El modelo estructural sobre etiología y proceso del síndrome considera variables cognitivas del yo relacionadas con el desempeño laboral (autoconfianza), el rol de variables del entorno organizacional, como son las disfunciones del rol (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (falta de apoyo social en el trabajo), y la importancia de las estrategias de afrontamiento (de carácter activo y de evitación). A partir de éstas, elaboran un modelo que aún no ha sido confirmado a través de estudios longitudinales. (G. Monte y Peiró, 1999b)

Como comentario de este aporte, el modelo estructural hace un esfuerzo por integrar niveles de análisis que abarcan desde lo cognitivo, las relaciones interpersonales y las estrategias de afrontamiento, pero no considera las características de organización social del trabajo.

Revisados los modelos teóricos clásicos para el estudio del Burnout a grandes rasgos, se nombran a continuación una serie de investigaciones recientes que vale la pena destacar ya que no sólo muestran la relación del Burnout con alguno de los factores psicosociales del trabajo sino que también estudian su relación con otros constructos que se discuten actualmente.

El estudio de Miró et al, (2007) en el cual estudian el Burnout y sus correlaciones con características de calidad del sueño y la tensión laboral con muestra de diversos trabajadores profesionales. El análisis que estos autores realizan muestra que tanto las características del sueño como la tensión laboral son predictores de algunos aspectos del Burnout.

En la línea de trabajo sobre la depresión, se ha encontrado evidencia con profesionales dentistas donde la principal conclusión es que la tensión laboral predispone al Burnout directamente y a través de la depresión. (Ahola y Hakanen, 2007).

Directamente relacionado con los factores psicosociales del trabajo se encuentra el trabajo reciente de Pisanti (2007) que ha estudiado en un grupo de enfermeras la relación entre las características del trabajo (demanda, control, apoyo social), el Síndrome de Burnout y quejas somáticas encontrando que el control y el apoyo social se combinan en diferentes patrones con la demanda o exigencias para explicar los resultados sobre determinadas condiciones de malestar psicológico.

Topa-Cantisano y Morales-Domínguez (2006) ha demostrado la relación entre el Burnout y el papel del apoyo social en el grupo. Aquellos trabajadores altamente identificados con su grupo muestran menores niveles de Burnout. Sin embargo, el apoyo social mediaría parcialmente entre la identificación grupal y el cansancio emocional.

Lindblom et al (2006) investigan la relación entre Burnout y factores psicosociales en trabajadores pero desagregando por distintas ocupaciones y destacan la importancia de tener en cuenta la edad y el género.

En síntesis, la investigación sobre Burnout, salud mental y consecuencias del estrés es un tema que se encuentra en constante investigación. Sin embargo, la investigación en el tema avanza en la medida que se utilizan diseños metodológicos más rigurosos y con mayor control de sesgos, y en trabajos que se detienen en abordar aspectos conceptuales y teóricos, como por ejemplo la profundización a través de análisis cualitativo de los constructos.

2.6 La medición del síndrome de Burnout

Desde los inicios del estudio del Síndrome de Burnout se han creado diversos instrumentos para su medición. Sólo los que se han usado con mayor frecuencia para estimar el síndrome y los que han generado mayor volumen de investigación se desarrollan en este apartado incluyendo el que se utilizará en esta investigación.

“El Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson, 1986a) Este instrumento, el más utilizado, explica el Burnout como un constructo tridimensional constituido por el agotamiento emocional (9 ítems), la despersonalización (5 ítems) y la realización personal en el trabajo (8 ítems), con un total de 22 ítems. El instrumento utiliza una escala de medición en la forma de frecuencia, por lo que el sujeto valora mediante un rango de 7 adjetivos que van desde “nunca” (0) a “todos los días” (6) con qué frecuencia experimenta las situaciones que plantean los ítems.

Los tres factores (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo) provienen de diversas muestras como maestros, profesionales de enfermería y personal sanitario, trabajadores sociales y farmacéuticos.

Entre las dificultades que presenta este instrumento, se encuentran: las puntuaciones en las diferentes escalas; los puntos de corte que no han sido valorados empíricamente ni tienen validez clínica desde el punto de vista diagnóstico.

También se discute la interrelación entre las tres dimensiones del MBI y el carácter de las variables que miden. Por ejemplo, hay autores que piensan que el MBI ofrece dos componentes: a) agotamiento emocional y despersonalización (entendiendo ésta última como una estrategia de afrontamiento al agotamiento emocional), y b) la falta de realización personal en el trabajo. También hay quienes consideran que el MBI tiene un componente emocional y otro componente actitudinal. (Gil- Monte y Peiró, 1997d)

“El staff Burnout scale for health professionals” (SBS-HP) (Jones, 1981) Este instrumento se utiliza específicamente en profesionales de la salud. Está formado por 30 ítems que son valorados con una escala de 6 grados en la que el sujeto indica en qué medida está de acuerdo con lo que se expresa en cada ítem. Esta escala tiene una visión más amplia del Síndrome que otros cuestionarios elaborados con posterioridad como el MBI. Incluye en las dimensiones del Síndrome variables como la insatisfacción laboral, tensión psicológica y problemas de salud.

“El Tedium Measure (TM) o “el Burnout Measure” (BM) (Pines y Aronson, 1988) Este cuestionario se basó inicialmente en el concepto de tedio el cual fue diferenciado del Burnout. Así, el TM se utilizó en profesiones que no trabajan en servicios de ayuda a personas y cuando se trataba de profesiones que son de servicios de ayuda a personas, se empleaba el Burnout Measure. Posteriormente, sus autores abandonaron

esta diferenciación entre tedio y Síndrome de Burnout y ampliaron éste último incluyendo el tedio.

Está integrado por 21 ítems divididos en tres subescalas : agotamiento físico (7 ítems), agotamiento emocional (7 ítems) y agotamiento mental (7 ítems). Los ítems se valoran con una escala de 7 grados que va de “Nunca” (1) a “Siempre” (7).

La crítica principal a este instrumento, es que es concebido como un cuestionario unidimensional (sólo evalúa el agotamiento emocional). Por lo tanto, el BM puede ser considerado como un instrumento de investigación fiable y válido que estima niveles de agotamiento experimentados por el sujeto, pero no las variables actitudinales del Síndrome.

La Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) (García Izquierdo, 1992a)

Es una escala construida en España y consta de 12 ítems, con respuestas valoradas según una escala likert de 7 puntos, variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre). Se ha utilizado en diversas investigaciones: (García Izquierdo, 1991, 1995; García Izquierdo y Velandrino, 1992; García Izquierdo, Castellón, Albadalejo y García, 1993) Sus autores definen el síndrome de Burnout como “un sentimiento de agotamiento, desgaste o fatiga psíquica, producida por un sobreesfuerzo laboral que se manifiesta en severas pérdidas de energía y en un descenso de la calidad y cantidad de rendimiento”. (Gil-Monte y Peiró, 1997e)

Este instrumento sólo mide agotamiento emocional ya que los autores parten del planteamiento de que es esta dimensión el núcleo principal que define el síndrome, quedando las otras dos dimensiones eliminadas, pues no se ha podido demostrar que tengan la misma capacidad explicativa que la otra.

En general podemos concluir acerca de los instrumentos para medir Burnout que:

1- El Maslach Burnout Inventory (MBI) es considerado el instrumento de medida más clásico de Burnout y sobre él se han desarrollado la mayoría de las investigaciones relacionadas con la medida del síndrome.

2- Entre los instrumentos alternativos al MBI que se han construido, el Tedium Measure, el Staff Burnout Scale for Health professionals han sido los más usados.

- 3- Es destacable la escala de Efectos Psíquicos del Burnout, construída en un medio cultural similar al nuestro y centrada exclusivamente en la dimensión agotamiento emocional para explicar el Síndrome.
- 4- Existe un gran desacuerdo aún que gira principalmente en torno a la diversidad de instrumentos de origen en diferentes países.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Estudiar la asociación del síndrome de Burnout con los factores psicosociales del modelo demanda-control-apoyo social en trabajadores de salud.

3.2 Objetivos Especificos

- Describir las características generales de la población de trabajadores/as que fue incorporado al estudio.
- Estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores del ámbito seleccionado.
- Describir la frecuencia y características de algunos factores del ambiente laboral (demandas o exigencias psicológicas, el control sobre las tareas y el apoyo social) de los trabajadores del sector en estudio.
- Establecer la posible asociación entre los diferentes factores psicosociales del ambiente laboral y la presencia del Síndrome de Burnout.

IV. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

4.1 Hipótesis Principal

El síndrome de Burnout se asocia a factores psicosociales que forman parte del modelo demanda-control-apoyo social, entre los trabajadores de salud.

4.2 Hipótesis específicas

- Los trabajadores que señalan tener un mayor nivel de demanda relacionada a su actual puesto de trabajo tienen una mayor prevalencia del síndrome de Burnout.
- Los trabajadores que señalan tener un menor nivel de control en el contenido de su actual puesto de trabajo tienen una mayor prevalencia del síndrome de Burnout.
- Los trabajadores que señalan tener un menor nivel de apoyo social en el trabajo tienen una mayor prevalencia del síndrome de Burnout.

V. MATERIALES Y METODOS

5.1 Tipo de diseño

Este estudio tiene un diseño observacional, de tipo transversal. Es transversal porque las variables de exposición y efecto estudiadas son medidas al mismo tiempo.

5.2 Universo y muestra

El universo está conformado por los 2259 trabajadores del Hospital San Borja Arriarán, entre los cuales 1695 corresponden al estamento administrativo (ley 18884), 160 corresponden al estamento profesionales médicos cirujanos, farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas (ley 15076) y 404 corresponden al estamento médico de 11, 22, 33 y 44 horas de trabajo (ley 19664).

La muestra fue de tipo no probabilística, donde los casos se obtuvieron por conveniencia. Los representantes de los distintos estamentos, repartieron las encuestas en cada unidad, a personal de apoyo clínico, auxiliares, enfermeros, médicos, hasta los funcionarios directivos; en horarios flexibles para cada grupo en particular, e hicieron un acompañamiento de supervisión para que la encuesta fuera respondida y entregada en el momento de su realización.

Cabe señalar que este estudio corresponde a un análisis secundario de datos, donde la definición del tipo de muestra fue hecha por el equipo investigador del proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana*”

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n es el tamaño muestral.

N es la población de 2259 trabajadores del Hospital.

Z es el valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha=0,05$

p es la prevalencia esperada. (utilizando prevalencia española de Burnout: 29,3%)

q 1-p (Si p=30%, q=70%) e **i** error de 4%, seguridad del 96%.

De esta forma se llegó a un n = 445.

La muestra encuestada en el proyecto original fue de 818 casos. De estos, 416 casos tuvieron respuestas completas para las variables relevantes de este estudio, lo que corresponde al 50,9% de la muestra que fue encuestada.

Para conocer el grado de representatividad de la muestra obtenida, se comparó su distribución por sexo y por edad, con la información correspondiente al universo, lo cual se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1
Comparación de la distribución por sexo y por edad,
entre la muestra obtenida y el universo

VARIABLE	MUESTRA	UNIVERSO	VALOR P <0.05
Sexo	77,2 % (Mujeres) 22,8% (Hombre)	68,1 % 31,9%	0,0002
Edad	40,5 ± 10,9	43 ± 12	0,0001

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007*”

Como se puede apreciar, la muestra obtenida contiene una proporción significativamente mayor de mujeres y es más joven respecto de la edad.

5.3 Variables

5.3.1 El síndrome de Burnout

En este estudio es considerado como variable efecto, definido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas a las que se brinda el servicio y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

La definición operacional del Burnout

Los casos de Burnout son definidos a través de un análisis de conglomerados, con base en las puntuaciones obtenida en la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) y en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), siguiendo el procedimiento utilizado por Muñoz (2006a). La finalidad de utilizar este método es evitar puntuar al alza ítems del EPB y establecer criterios de Burnout más restrictivos.

5.3.2 Los factores psicosociales en el trabajo

En este estudio corresponden a las variables de exposición y se corresponden de acuerdo a Moncada et al (2002) a:

Las exigencias psicológicas o demandas cuantitativas (cantidad de trabajo en relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y **cuantitativas** como el trabajo emocional que supone contacto con otras personas, trabajo cognitivo (procesar información y procesarla) o el trabajo sensorial (esfuerzo de los sentidos).

El control sobre el contenido del trabajo como oportunidad de desarrollar las habilidades propias (**skill discretion**) y autonomía (**decision authority**) es la capacidad de emplear habilidades en el trabajo junto a la autoridad disponible para tomar decisiones.

El apoyo social que es tanto la cantidad y la calidad de la **relación social** que el trabajo implica, y el grado de **apoyo instrumental** con el que se cuenta por parte de compañeros de trabajo y superiores.

La definición operacional de los factores psicosociales

Está dada por el total de los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones que se corresponden a los factores psicosociales medidas en el cuestionario para evaluación de riesgos psicosociales (Manual ISTAS). En el siguiente cuadro se

muestran las dimensiones con sus preguntas que se encuentran descriptas en el anexo.

Cuadro 1
Dimensiones y preguntas para los factores psicosociales

Dimensiones	Preguntas en Anexo
Demanda o exigencias psicológicas	B1-B16
Control sobre el trabajo	B17-B27, B31
Apoyo social	B51-B52; B54,B55

5.3.3 Las variables control

Serán incluidas como variables control **la edad, el sexo, el estado civil y los años de estudio.**

VI. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

6.1 Escala de Efectos psíquicos del Burnout (EPB) (García Izquierdo, 1992b)

Como ya se dijo la escala tiene 12 ítems, con respuestas valoradas según una escala tipo Likert de 7 puntos, variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre). Presenta una estructura factorial unidimensional que corresponde a la dimensión Agotamiento Emocional.

La **validez de contenido** se realizó a partir de la recolección de ítems seleccionados de la bibliografía y de diversos instrumentos de medida revisados. En la primera etapa se acumularon 98 ítems de los cuales luego se realizó una depuración mediante entrevistas con trabajadores para comprobar la comprensión de cada ítem. Finalmente quedó una escala de 12 ítems.

La **validez de constructo** fue determinada mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, que explicó a partir de dos factores la varianza total en un 64,7%.

El análisis de Fiabilidad de la escala resultó de 0.933 con el Coeficiente de Spearman-Brown y el de Guttman (rulon).

La **validez de criterio** se realizó a partir de comparar la correlación de las puntuaciones de la totalidad de la escala con los resultados obtenidos en escalas de satisfacción laboral y problemas físicos de origen psicológico. Para la satisfacción laboral se utilizaron dos escalas. (Van de Ven y Ferry, 1980; Meliá y Peiró, 1989). Para los problemas físicos de origen psicológico se utilizó una escala compuesta por trece problemas físicos asociados al estrés. (Golembiewski, et al 1984; Hock, 1988)

6.2 El cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)- versión española (Goldberg, 1996)

En este estudio fue incluido para detectar síntomas de ansiedad y depresión que habitualmente acompañan el Síndrome de Burnout.

Esta versión del GHQ de 28 preguntas está orientada a entregar información independiente en temas como depresión, ansiedad, disfunción social y síntomas somáticos. La valoración de los ítems se realiza en escala Likert puntuando en 0, 1, 2 y 3.

La validez convergente se ha estudiado respecto de otros cuestionarios que miden ansiedad o depresión, así como con entrevistas psiquiátricas estandarizadas, obteniendo cifras de correlación que varían entre +0,45 y +0,78.

Para el GHQ-28, sus autores han evaluado la consistencia interna a través del método split-half observando una cifra de 0,92. La fiabilidad test-retest fue de 0,77.

El punto de corte óptimo se estableció en 6/7 con una sensibilidad de 76,9% y una especificidad del 90,2%. La validez predictiva positiva es de 83,3% y la validez predictiva negativa de 85,9%.

6.3 Cuestionario para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo ISTAS 21 versión española del COPSQ (Moncada, et al 2002)

Su objetivo es la valoración de los factores psicosociales. Este instrumento está adaptado al español, y su versión original fue construida en Dinamarca. Está diseñado para cualquier tipo de trabajo e incluye 20 dimensiones psicosociales laborales.

La adaptación del cuestionario COPSQ fue realizada por autores españoles y daneses, quienes definieron los contenidos del cuestionario e identificaron diferencias sociodemográficas y de mercado de trabajo entre los respectivos países.

Luego de su traducción al castellano, se revisaron los ítems que mostraron algún problema y se añadieron dos escalas (doble presencia y estima) no contenidas en el original danés.

Esta versión de prueba fue administrada a un grupo de trabajadores/as de Cataluña y Navarra, seleccionadas por conveniencia (N=85), por monitores entrenados que registraron las dudas sobre el significado o sentido de cualquier palabra o ítem y midieron el tiempo de respuesta. La muestra estuvo compuesta por personas de perfiles contrapuestos en cuanto a edad (jóvenes y mayores), sexo (hombres y mujeres), calificación del trabajo (altamente calificados y no calificados), empleo (fijos y temporales) y exposición a exigencias psicológicas (emocionales, sensoriales y cognitivas).

La **validez de contenido** fue analizada por los autores daneses mediante el juicio de expertos y el contraste con la bibliografía y conocimientos previos.

Para la **validez de constructo** se realizó una encuesta representativa de la población trabajadora de la Comunidad Foral de Navarra (N=859), de la que se obtuvo la información referente a la totalidad de las escalas largas.

Se empleó el análisis factorial con rotación varimax para describir los factores que explicaban los datos y se calculó el alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de las escalas, el cual varió entre 0,66 y 0,88.

Para la **validez de criterio** los autores encontraron que las dimensiones psicosociales se asocian a puntuaciones de salud general y de salud mental.

En este trabajo se utilizó la versión media del instrumento, que fue sometida a una validación de contenido semántica a través del juicio de expertos.

VII. ASPECTOS ETICOS

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos, que a su vez fueron son contemplados en la investigación principal:

- Todas las personas que participaron en el estudio fueron informadas sobre este y se les solicitó que firmaran un consentimiento¹.
- El manejo de información de los datos de los trabajadores fue absolutamente confidencial y sólo se utilizaron para los fines de la investigación. Las carpetas con la información de los trabajadores fueron depositadas en una oficina de la Escuela de Salud Pública, en un lugar especialmente habilitado para estos fines.

¹ El consentimiento figura en el apartado Anexo

VIII. RECOLECCION DE LOS DATOS

Los datos para la realización de esta tesis fueron obtenidos de una investigación en curso financiada por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) denominada “Factores Psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental en trabajadores de servicios de la Región Metropolitana”. En esta investigación principal, se recolectaron datos de diversos ámbitos: educación (sector público), salud (sector público y privado), Comercio y Servicios Financieros.

Para la realización de esta tesis, tomé los datos del ámbito Salud-sector público- dado que fue donde se obtuvo la mayor cantidad de respuesta a las encuestas y a su vez eran más uniformes en cuanto a calidad.

El motivo por el cual se eligió el Hospital San Borja Arriarán fue porque los investigadores tuvieron facilidad de acceso a esta institución, con el apoyo de las autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Central. Las mismas organizaron actividades para sensibilizar a los trabajadores sobre la relación entre la salud mental y el trabajo, y tras sucesivas reuniones fueron entregando las encuestas a quienes quisieran participar.

Los trabajadores depositaron en una urna, la primera hoja de la encuesta que contenía el número de folio, junto al nombre y apellido de quienes contestaban. Esto se realizó con la finalidad de asegurar la confianza de los trabajadores en el anonimato de sus respuestas.

Finalmente, de un total de 2259 trabajadores se obtuvieron 818 respuestas.

Las encuestas fueron retiradas por el equipo de trabajo de campo del proyecto Fonis. Por un lado, se entregaron las encuestas, y por otro las hojas foliadas con nombre y apellido dentro de la urna.

IX. RESULTADOS

9.1 Análisis descriptivo de las variables

9.1.1 Variables Sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por 95 hombres (22,8%) y 321 mujeres (77,2 %). El promedio de edad fue de 40,5 años con una desviación estándar de 10,9 años; la mediana estuvo en 40 años y un rango de 19 a 72 años.

Respecto del Estado Civil, se resumen los resultados en la siguiente tabla, donde se puede observar que cerca del 80% del grupo se distribuye entre las categorías de “soltero” y “casado”.

Tabla 1
Distribución según estado civil de una muestra de trabajadores de la salud del Hospital San Borja – Arriarán (n= 415)

Estado Civil	N	%
Soltero	152	36,6
Casado	168	40,5
Conviviente	34	8,2
Separado	56	13,5
Viudo	5	1,2
Total	415	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007*”

En cuanto al nivel educacional, en la tabla 3 se muestra que más del 90% del grupo estudiado tiene enseñanza media o técnica completa, o universitaria.

Tabla 2
Distribución según estrato educacional de una muestra de trabajadores de la salud del Hospital San Borja - Arriarán (n=414)

Nivel Educacional	N	%
Sin instrucción	1	0,2
Enseñanza básica incompleta 1 ^o a 4 ^o	2	0,5
Enseñanza básica incompleta 4 ^o a 7 ^o	9	2,2
Enseñanza media incompleta	14	3,4
Enseñanza media completa	97	23,4
Enseñanza técnica superior	168	40,6
Enseñanza universitaria	123	29,7
Total	414	100,0

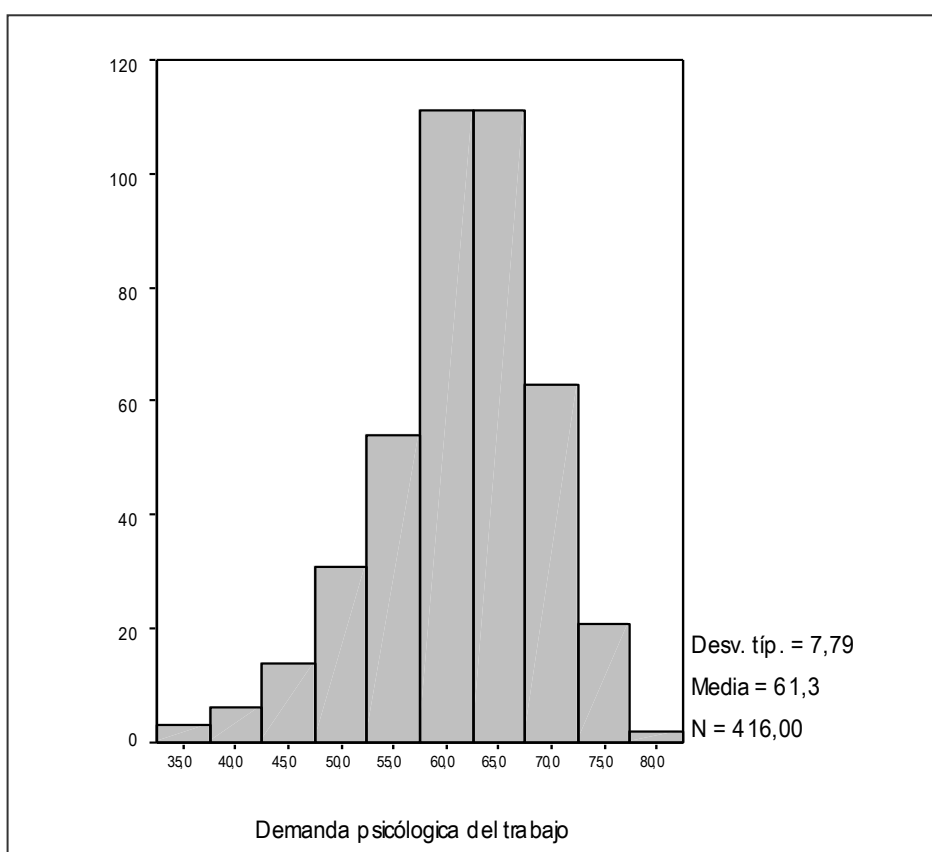
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007*”

9.1.2 Factores Psicosociales de riesgo laboral

Demanda o exigencias psicológicas

El promedio en la escala de demanda o exigencias psicológicas del ISTAS-21 fue de 61,3 puntos con una desviación estándar de 7,79; la mediana se ubicó en 62 puntos, con un rango que iba entre 35 y 78 puntos.

Gráfico 1
Distribución de puntajes en una muestra de trabajadores de la salud
en la variable demanda psicológica (n=416)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

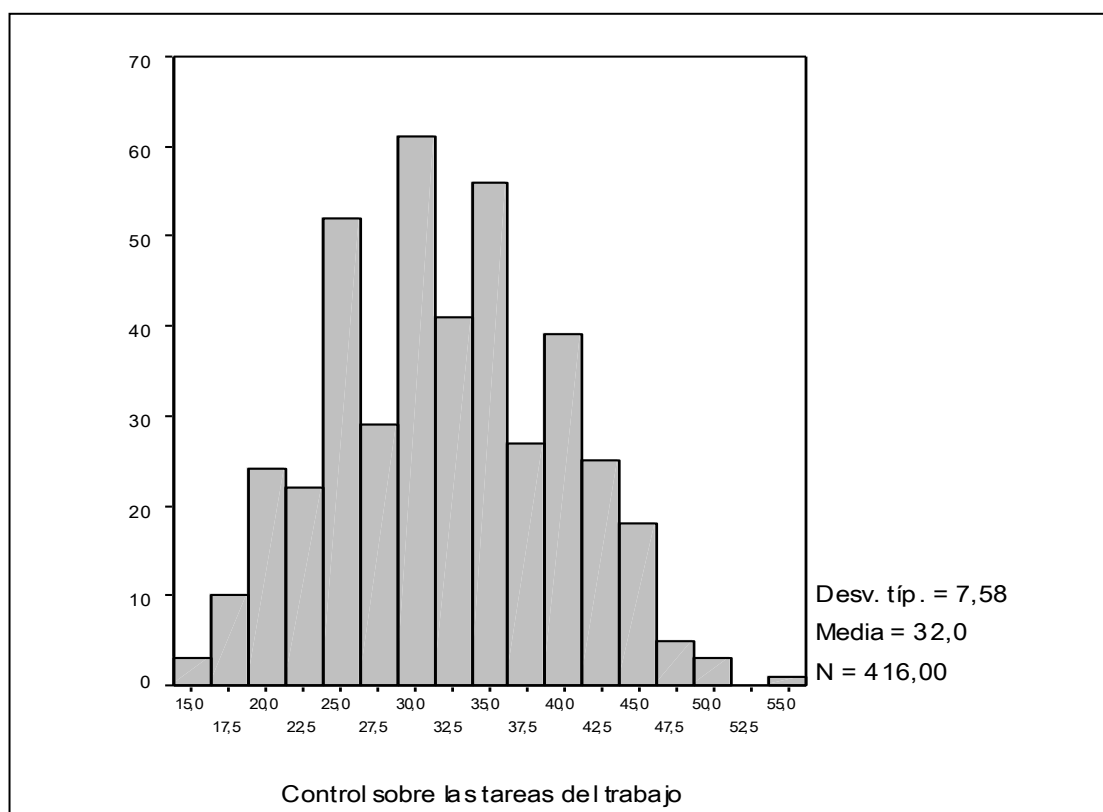
No se encontró una distribución normal de los casos para esta variable, lo que fue confirmado con la prueba de normalidad W de Shapiro y Wilks ($W = 0.977$, $p < 0.001$). Esto se puede apreciar en el gráfico 1, el cual muestra un histograma con la distribución de los casos respecto de esta variable.

Control sobre las tareas del trabajo

El promedio en la escala de control sobre la tarea del ISTAS-21 fue de 32 puntos con una desviación estándar de 7,58; la mediana se ubicó en 32 puntos, con un rango entre 15 y 55 puntos.

También en esta variable, no se encontró una distribución normal de casos ($W=0.990$, $p<0.001$). Esto se puede apreciar en el gráfico de Histograma que se expone a continuación.

Gráfico 2
Distribución de puntajes en una muestra de trabajadores de la salud en la variable control sobre las tareas del trabajo (n=416)

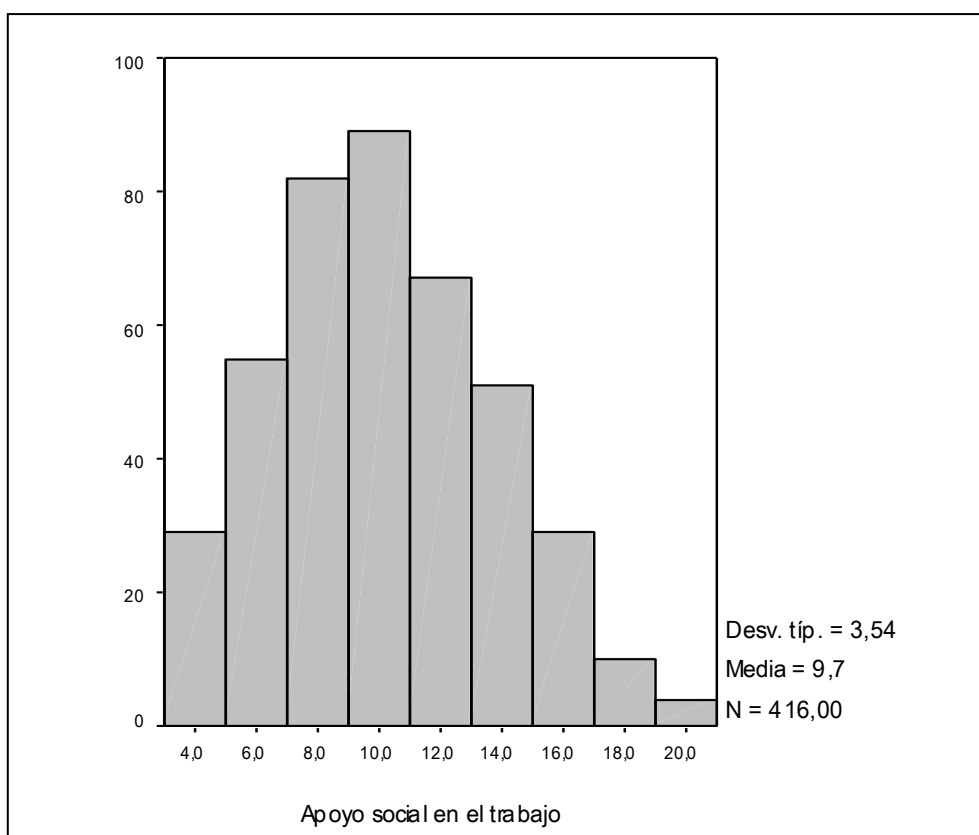


Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

Apoyo Social en el trabajo

El promedio en la escala de apoyo social del ISTAS-21 fue de 9.7 puntos con una desviación estándar de 3,5; la mediana se ubicó en 9,5 puntos, con un rango entre 4 y 20 puntos.

Gráfico 3
Distribución de puntajes en una muestra de trabajadores de la salud en la variable apoyo social en el trabajo (n= 416)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

La variable no presentó una distribución normal ($W= 0.972$, $p<0.001$) como se puede observar en el gráfico 3, al igual que las otras dos variables.

Para los análisis posteriores de estas variables se usaron métodos no paramétricos, dado que ninguna de las tres mostró tener una distribución normal.

9.1.3 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es la variable efecto, medida a través del puntaje en la escala EPB y el cuestionario GHQ-28, puntajes que posteriormente se sometieron a un análisis de conglomerados para clasificar los casos en dos grupos.

En la **escala EPB**, el promedio fue de 25,7 puntos con una desviación estándar de 13,8; la mediana se ubicó en 21 puntos, con un rango que va entre 12 y 84 puntos.

En el **cuestionario GHQ-28** el promedio fue de 5,7 puntos con una desviación estándar de 6,1; la mediana se ubicó en 4 puntos, y el rango fluctuó entre 0 y 27 puntos.

Los resultados del análisis de conglomerados se presentan en la tabla 4, donde se aprecia que un 25% de las personas fueron clasificadas como casos de Burnout.

Tabla 3
Clasificación de casos y no casos de Burnout utilizando la técnica de análisis de conglomerados con las puntuaciones en la EPB y el GHQ-28, en una muestra de trabajadores de la salud del Hospital San Borja - Arriarán (n= 416)

Clasificación de los casos	n	%
Casos	104	25,0
no casos	312	75,0
Total	416	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007*”

En la siguiente tabla, se resumen las principales medidas descriptivas de ambos instrumentos, de acuerdo a la clasificación de los casos.

Tabla 4
Comparación de puntajes del cuestionario GHQ-28 y la escala EPB en grupos de casos y no casos de Burnout en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Instrumentos	Grupos	n	prom ± de	Valor p
GHQ-28	caso Burnout	104	10,6 ± 6,4	< 0,0001
	no caso Burnout	312	4,1 ± 5,1	
EPB	caso Burnout	104	45,9 ± 11,4	< 0,0001
	no caso Burnout	312	19,0 ± 5,7	

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

El grupo de casos y no casos se diferencian significativamente en el puntaje obtenido en ambas escalas, siendo mucho mayor la puntuación para el grupo clasificado como caso Burnout.

9.2 Análisis bivariado

A continuación se realiza la comparación entre grupos (casos y no casos de Burnout) para cada una de las variables del estudio mediante pruebas no paramétricas.

9.2.1 Variables sociodemográficas

La distribución por sexo se muestra en la siguiente tabla. Los casos muestran una mayor proporción de mujeres (80%) respecto del grupo que no son casos (76%), diferencia que no es estadísticamente significativa ($p = 0,312$).

Tabla 5
Distribución de sexo entre casos y no casos de Burnout según sexo en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Sexo	Casos Burnout	%	No casos Burnout	%
varón	20	20	75	24
mujer	84	80	237	76
Total	104	100	312	100

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

En la tabla 6 se puede observar la distribución de Burnout según estado civil. Los casos de Burnout muestran un porcentaje más elevado de la condición de estar solos (sin pareja) (54,9%) respecto de lo que se observa entre los no casos (50,2%), diferencia que tampoco es estadísticamente significativa ($p= 0,412$)

Tabla 6
Distribución del estado civil entre casos y no casos de Burnout en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Estado Civil	Casos Burnout	%	No casos Burnout	%
sin pareja	57	54,9	156	50,2
con pareja	47	45,1	155	49,8
Total	104	100	311	100

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

La **edad** para los casos de Burnout tuvo una media de 40 años y una desviación estándar de 10,9 años; y para los no casos de Burnout la media fue de 40,7 años con una desviación estándar de 11,3 años. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p= 0, 560$).

Para la variable **años de estudio**, la media para los casos Burnout fue 13,2 con una desviación estándar de 4 años; y para los no casos la media fue de 13,4 con una desviación estándar de 3,8 años. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable ($p = 0,682$).

9.2.2 Factores Psicosociales de Riesgo Laboral

En la siguiente tabla se muestra la comparación de los dos grupos respecto de los puntajes obtenidos en las diferentes escalas de factores psicosociales.

Tabla 7
Promedio y desviación estándar para los tres factores psicosociales considerados según casos y no casos de Burnout en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Factor Psicosocial	Casos prom ± de	No casos prom ± de	Valor p
Demanda psicológica	64,3 ± 6,4	60,3 ± 7,9	0,001
Control sobre el trabajo	34,4 ± 8,4	31,1 ± 7,1	0,001
Apoyo Social	11,4 ± 3,7	9,1 ± 3,2	0,001

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

Para la variable demanda psicológica en los casos de Burnout se obtuvo una media de 64,3; con una desviación estándar de 6,4 puntos. Para los no casos Burnout, la media fue de 60,3; con una desviación estándar de 7,9 puntos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. ($p < 0,001$)

Para la variable control de las tareas del trabajo en los casos de Burnout se obtuvo una media de 34,4 y una desviación estándar de 8,4 puntos. Para los no casos de Burnout, la media fue de 31,1 con una desviación estándar de 7,1 puntos.

También en este caso la diferencia fue estadísticamente significativa. ($p < 0,001$)

Y para la variable apoyo social en los casos de Burnout se obtuvo una media de 11,4 con una desviación estándar de 3,7 puntos. Para los no casos de Burnout la media fue de 9,1 con una desviación estándar de 3,2 puntos. Las diferencias también fueron estadísticamente significativas para esta variable. ($p < 0,001$)

9.3 Análisis Multivariado

Se realizó un modelo de regresión logística en donde el Síndrome de Burnout fue la variable dependiente.

9.3.1 Variables incluidas en el modelo

Las variables independientes que se incluyeron en el modelo fueron: el sexo, la edad, el estado civil, años de estudio, demanda psicológica en el trabajo, control sobre las tareas del trabajo y apoyo social de los compañeros. Estas variables fueron dicotomizadas tal como se muestran en la tabla 8.

Tabla 8
Resumen de variables dicotomizadas y sus valores.

Variable dicotomizada	Condición de riesgo	
	0: menor riesgo	1: mayor riesgo
Sexo	varón	mujer
Edad	19 a 39 años	40 a 72 años
años de estudio	1 a 12 años	13 a 25 años
estado civil	acompañado/a	solo/a
demanda psicológica	35 a 61 puntos	62 a 78 puntos
Control en el trabajo	15 a 31 puntos	32 a 55 puntos
apoyo social	10 a 20 puntos	4 a 9 puntos

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

Además, se procedió a construir todas las variables de interacción posibles entre las variables independientes ya mencionadas.

Para conseguir el modelo parsimonioso, o sea aquel con el menor número de variables que se asocian con la variable de resultado, en primer lugar se fueron eliminando todas las interacciones que no mostraban una asociación significativa para luego proseguir con las variables independientes. De esta forma se llegó al modelo final formado por cuatro variables: los tres factores psicosociales (demanda psicológica, control y apoyo social) más una interacción entre el apoyo social y el control. Los valores del modelo se muestra nen la tabla 9 que se presenta a continuación:

Tabla 9
Modelo de regresión logística para el S. de Burnout y los factores psicosociales en trabajadores de la salud (n= 415)

	OR	error estándar	valor p	intervalo de confianza (95%)
Demanda psicológica	2,27	0,55	0,01	1,40 - 3,68
Control sobre las tareas	2,06	0,69	0,03	1,05 - 4,00
Apoyo social	0,79	0,29	0,53	0,38 - 1,62
Interacción control * apoyo social	0,29	0,15	0,02	0,10 - 0,84

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

A continuación se presentan los valores de los coeficientes β para las variables.

Tabla 10
Coeficientes de la función logística para el S. de Burnout y factores psicosociales en trabajadores de la salud (n= 415)

	Coeficientes	Error estándar	valor p	intervalo de confianza (95%)
demanda psicológica	0,82	0,24	0,01	0,34 - 1,30
Control sobre las tareas	0,72	33	0,03	0,05 - 1.38
Apoyo social	-0,22	0,36	0,53	-0,94 - 0,48
interacción control * apoyo social	-1,20	0,53	0,02	-2,50 - -0,16
Constante	-167	0,32	0,01	-2,30 - -1,04

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007”

Los resultados presentados anteriormente nos muestran que los mayores niveles de demanda psicológica se asocian con la presencia del síndrome de Burnout.

Para la interpretación de la interacción control - apoyo social, se procedió a estudiar la posible asociación entre la variable control sobre las tareas del trabajo y la presencia del síndrome de Burnout, segmentando la muestra en las dos categorías de apoyo social (alto y bajo).

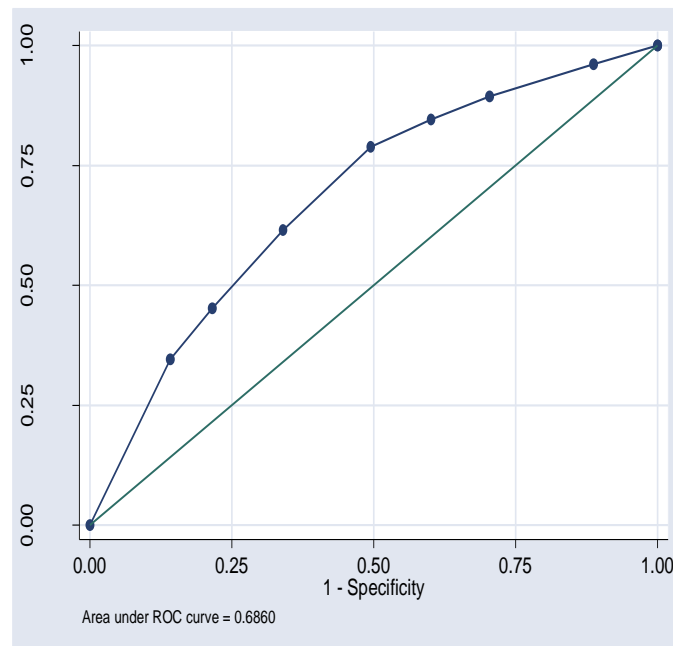
En el subgrupo que tiene alto apoyo social, la frecuencia de casos de Burnout entre los que tenían un bajo control fue de 38,7% y entre los que presentaban un alto control fue de 22,5%, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p=0,019$).

En cambio, en el subgrupo que tiene bajo apoyo social, la frecuencia de casos de Burnout entre los que tenían un bajo control fue de 12,8% y entre los que presentaban un alto control fue de 19,2%, diferencia que en este caso no fue estadísticamente significativa ($p=0,232$).

Por lo tanto, la asociación entre el control sobre las tareas del trabajo y la presencia de síndrome de Burnout se modifica en función de los niveles de apoyo social: cuando este es último es alto está presente esta asociación y cuando el apoyo social es bajo no se encuentra la asociación.

Por último, el modelo logra clasificar bien al 74,9% de la muestra. En el mismo sentido, en el gráfico 4 se muestra la curva ROC para este modelo de regresión logística, donde la proporción bajo la curva es de 0,6860.

Gráfico 4
Valores dentro del área de la curva ROC para el modelo de regresión logística del Síndrome de Burnout y los factores psicosociales asociados en trabajadores de la salud (n= 415)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de proyecto FONIS “*Factores psicosociales en el ambiente laboral y riesgo de desarrollar un trastorno mental, en trabajadores de empresas de servicios de la Región Metropolitana. 2007*”

X. DISCUSION

En el presente estudio se cumplieron los objetivos planteados y se estudiaron adecuadamente las hipótesis propuestas, generando desafíos para futuros estudios en este campo.

A continuación se plantean ciertas limitaciones que es importante reconocer para interpretar correctamente los resultados obtenidos.

En primer lugar, al ser un estudio transversal, no se puede establecer direccionalidad de las asociaciones encontradas. No obstante este tipo de diseño permite explorar con cierta flexibilidad la asociación entre un problema de salud de alta frecuencia como el síndrome de Burnout, y factores de riesgo laborales a los que los trabajadores pueden estar expuestos. (Hernandez y Velazco Mondragón, 2000)

En países latinoamericanos y en vías de desarrollo, no se hallaron antecedentes previos, siendo este el primer estudio que analiza la aplicación del modelo demanda –control - apoyo social al problema del síndrome de Burnout.

En segundo lugar, respecto a la muestra, se pensó que al ser no probabilística, pudiera existir algún sesgo, mas aún cuando la mitad de los trabajadores no respondió de forma completa la encuesta. Para tratar de minimizar este sesgo, se exploró si las características de sexo y edad eran similares a las del universo, lo que no fue así y por tanto no se puede asumir que la muestra es representativa del universo.

Por otra parte, hubiese sido ideal contar con una muestra probabilística estratificada por estamento, pero no se hizo de esta forma para mantener la confidencialidad de la información que entregaban los trabajadores, lo cual era un punto relevante para obtener una buena validez de esta información.

De todas maneras, se destaca la inclusión de todos los trabajadores del Hospital, incluyendo personal que no ejerce tareas asistenciales o de cuidado, como son los trabajadores administrativos o de apoyo clínico.

Por todo lo anterior, no se puede asumir que la muestra sea representativa de su universo y existe posibilidad de un sesgo de selección, sin embargo hay que considerar que se trata el primer estudio en su campo y por tanto, los resultados

deben considerarse como provisionarios y deberán ser nuevamente evaluados en futuros estudios.

Respecto a los instrumentos utilizados, como primera limitación es importante señalar que tanto la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) como el Cuestionario de evaluación de factores psicosociales (CoPsoQ- ISTAS 21) fueron utilizados por primera vez. Esto presenta la dificultad de no contar con otros estudios locales para comparar los resultados. Sin embargo, ambos han sido validados desde el punto de vista semántico y de su contenido para ser utilizados en el proyecto FONIS del cual se obtuvieron los datos.

En cambio, el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) es un instrumento más conocido y utilizado en nuestro medio.

Los tres instrumentos presentan índices de confiabilidad y validez idóneos (esta información fue entregada en el apartado de instrumentos).

Otra limitación estuvo dada por el modo en que se utilizaron estos instrumentos. Fueron de autoaplicación, por lo que se señalan posibles sesgos de información por datos incompletos, no participación o no respuesta de los individuos. Se señala que estos datos de valores perdidos representaron el 49,1% y se optó por eliminarlos en lugar de utilizar alguna técnica para manejar datos ausentes (como imputación de valores), debido a que se contaba con un tamaño de muestra adecuado para el análisis y a que la investigación en este campo es incipiente, por lo que se conoce poco el comportamiento de las variables.

La definición y establecimiento de caso de síndrome de Burnout es uno de los aspectos más importantes en esta tesis, dado que ha implicado, en primer lugar, diferenciar y seleccionar una de las tantas conceptualizaciones del síndrome de Burnout y en segundo lugar, diferenciar lo que es la medida del grado de intensidad del Burnout, de lo que se refiere exclusivamente a la probabilidad de ser un caso, condición necesaria para determinar prevalencia.

Respecto a la conceptualización, se entendió el síndrome de Burnout como una enfermedad cuyo núcleo central es el agotamiento emocional. Por lo tanto, la elección de su instrumento de evaluación responde a ese criterio teórico donde la escala utilizada es unidimensional.

En cambio, quienes entienden y conceptualizan al síndrome de Burnout a partir de los tres síntomas clásicos (agotamiento emocional, despersonalización y desrealización en el trabajo) se basan en la clásica escala utilizada (MBI). La principal desventaja de esta última opción es la variabilidad de la estructura factorial que presenta, y esto por sí solo dificulta precisar criterios para establecer la probabilidad de ser un caso de Burnout.

Por todo lo anterior, se consideró que para este estudio era preferible utilizar el EPB y el GHQ-28 como escalas dimensionales y clasificar los casos en base a la técnica de conglomerados por k – medias, siguiendo la experiencia de Muñoz (2006b), que es la única que ha estimado la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud, usando este método.

Así se llegó a establecer una prevalencia de 25% global de síndrome de Burnout sobre la muestra de un total de 416 trabajadores. La prevalencia encontrada es similar a la referida por Muñoz utilizando la misma técnica (Muñoz, 2006c)

Los estudios que han usado el MBI refieren cifras de prevalencia mucho mayores, tal como se observa en uno de los pocos estudios chilenos en trabajadores de la salud que ha sido publicado hasta ahora, realizado en el Hospital Roberto del Río (Ordenes, 2004) donde la prevalencia fue de 69%. Situación similar es la reportada por Muñoz (2006) cuando compara sus resultados con los descritos en el estudio de Molina et al (2003) dentro de España. Todo pareciera indicar que el uso de una u otra técnica para clasificar los casos es lo que determina las disparidades en los resultados de prevalencia, más que diferencia reales entre los diferentes grupos.

A continuación se revisan las hipótesis planteadas.

La primera hipótesis enunciaba que los trabajadores que señalan tener un mayor nivel de demanda relacionada a su actual puesto de trabajo tendrían una mayor prevalencia del síndrome de Burnout.

Los resultados de este estudio mostraron que las demandas están asociadas a la presencia del síndrome de Burnout. Esto coincide con la evidencia actual (Araujo, et al 2003) y ha sido encontrado tanto en estudios transversales como longitudinales. (Niedhammer, 1988).

Es importante destacar que las demandas no sólo se refieren al aspecto cognitivo o sensorial sino también al emocional. Esto último se destaca en relación al síndrome de Burnout y su núcleo precursor, el agotamiento emocional.

Karasek, et al (1988) enfatizan que condiciones de agotamiento emocional son inducidas cuando se produce convergencia entre alta demanda y bajo control y que no se produce lo mismo cuando ambas variables se estudian por separado. A partir de esto hay quienes apoyan el estudio de estas interdependencias en la predicción de la salud mental.

En la segunda hipótesis, los trabajadores que señalan tener un menor nivel de control en el contenido de su actual puesto de trabajo tendrían una mayor prevalencia del síndrome de Burnout y en la tercera hipótesis se postulaba que los trabajadores que señalaban tener un menor nivel de apoyo social en el trabajo tendrían una mayor prevalencia del síndrome de Burnout.

Los resultados mostraron que una interacción entre ambas variables era la que se asociaba con Burnout, de forma que la asociación entre el control sobre las tareas del trabajo y el síndrome de Burnout se veía afectada de acuerdo con los niveles de apoyo social. Por lo tanto, estos resultados ratifican el papel moderador o “buffering” del apoyo social, en este caso interactuando con el control.

Por último, respecto a la influencia de variables sociodemográficas – consideradas por Peiró (1992b) como facilitadores o inhibidores del síndrome - no mostraron asociación. Sin embargo, se observaron mayores porcentajes en el grupo de mujeres (80%) y en quienes se encontraban sin pareja (54,9%).

En síntesis, se ha estudiado el Síndrome de Burnout (a partir de una sola dimensión como es el agotamiento emocional) y su asociación con factores psicosociales del modelo demanda – control - apoyo social, encontrándose que está asociado con las tres variables, siendo en forma directa con la demanda y a través de una interacción entre el control sobre el contenido de las tareas del trabajo y el apoyo social.

En perspectiva futura, habría que ampliar el estudio del Síndrome teniendo en cuenta la interdependencia de las variables que pueden explicarlo, porque tal como se pudo ver en este trabajo, se pueden producir distintos tipo de combinaciones de patrones

que lo describen y que requieren otro tipo de diseños para su estudio como cualitativos y longitudinales.

Este trabajo buscó afirmar y destacar, el papel de algunos de los factores psicosociales del ambiente laboral en la producción del desgaste del trabajador de la salud de una institución pública, con el fin de aportar evidencias sobre su magnitud e interrelaciones asociadas, todo lo cual podría ser utilizado en estrategias de prevención o de manejo de estas condiciones para reducir el riesgo de generación de este problema.

Para lo cual es importante estudiar y profundizar estrategias encaminadas a intervenir de forma individual, grupal u organizacional de acuerdo al contexto de cada institución.

XI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores del Hospital San Borja Arriarán fue de 25%.
2. En el grupo de síndrome de Burnout fue mayor la proporción de mujeres y de las personas que se encontraban sin pareja, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.
3. El síndrome de Burnout está asociado a los tres factores psicosociales del modelo demanda-control-apoyo social.
4. El síndrome de Burnout está asociado en forma directa con una mayor demanda o exigencias psicológicas del trabajo.
5. La prevalencia del síndrome de Burnout fue significativamente más alta entre quienes tenían alto apoyo social y un bajo control en las tareas (38,7%) respecto de los que mostraban un alto apoyo social y con un alto control (22,5%).
6. Con bajo apoyo social no se encontró asociación entre control y síndrome de Burnout. Esto señala que existe una interacción entre las variables control y apoyo social respecto de la asociación con el síndrome. La presencia de esta interacción es novedosa en este campo y es una evidencia a seguir estudiando en el futuro.

XII. BIBLIOGRAFIA

Ahola, K.; Hakanen, J. (2007) Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord. Dec*; 104(1-3):103-10.

Araújo, T. M; Aquino, E; Menezes, G; Santos C. O; Aguiar, L. (2003) Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4):424-433.

Belcastro, P. A; Gold, R. S; Hays, L. C. (1983) Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53 (2), 364-366.

Cebria-Andreu, J. (2005, nov-dic) El síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria* [online]. vol.19, nº6. Recuperado 18 de octubre de 2006. Disponible en:

Cherniss, C. (1993) The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout En: Schaufeli, W. B; Maslach, C; Marek, T. (eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp 135-149). Washington DC: Hemisphere.

Cox T; Griffiths A; Rial-González, E. (2000) Research on work - related stress [online] Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Recuperado 18 de octubre de 2006. Disponible en [http://osha.eu.int./publications/reports/203/stress es.pdf](http://osha.eu.int./publications/reports/203/stress_es.pdf).

Cox, T; Kuk, G; Leiter, M (1993) Burnout health, work stress, and organizational healthiness". En Schaufeli, W. B; Maslach, C; Marek, T. (eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp 177-193) UK: Taylor & Francis.

Freudenberger, H. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30:159-165.

García Izquierdo, M; Velandrino, A. P. (1992) EPB: una escala para la evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología* 8, 1-2: 131-138.

García Izquierdo, M. (1995) Evaluación del Burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*; 1:219-229.

García Izquierdo, M. (1991) Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (18), 3-12.

García Izquierdo, M.; Castellón, M.; Albadalejo, B.; García, A. L (1993) Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 11(24), 17-26.

Gil Monte, P. R. (2000, coordinador). Aproximaciones psicossociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Número monográfico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*; 16 (2):101-2.

Garden, A. M. (1989) Burnout: the effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234

Gil Monte, P.; Peiró, J. M. (1999) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. [online] *Anales de psicología* vol 15, nº 2, 261-268. Recuperado 6 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.um.es/facpsi/analesps/v15/v15_2pdf/12v28_05Llag2.PDF

Gil-Monte, P. R.; Peiró-Silla, J. M (1997) *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª edición Madrid: Síntesis

Golberg, D.; Williams, P. (1996) Versiones en lengua española del GHQ. En: *General Health Questionnaire (GHQ)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. (163 pág). Barcelona. Ed. Masson.

Golembiewski, R. T.; Munzenrider, R.; Carter, D. (1983) Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD reserch and praxis. *Journal of Applied Bahavioral Science*, 19 (4), 461-481.

Harrison, W. D. (1983) A social competente model of burnout. En B. A. Farber (ed), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 2ª ed., pp 29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández, B; Velasco-Mondragón, H. E. (2000) Encuestas Transversales. *Revista de Salud Pública de México*. Vol 42, nro 5, septiembre-octubre.

Hock, R. R. (1988) Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17(2), 167-189.

House, J. (1981) *Work Stress and Social Support*. Reading, Massachussets: Addison-Wesley.

Iwanicki, E. F.; Schwap, R. L. (1981) A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1167-1174.

Jones, J. (1981) The staff burnout scale: A validity study. Paper presented at the Meeting of the Midwestern Psychological Association. St. Louis.

Johnson J.V, Hall, E. (1988) Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal Public Health* ; 78:1336-1342.

Johnson, J.V. (1986) The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in sweden. Tesis doctoral, Universidad Johns Hopkins.

Karasek, R.; Theorell, T. (1996) Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol*. [online] Jan;1(1):9-26. Recuperado el 17 de octubre de 2006. Disponible en: <http://content.apa.org/journals/ocp/1/1/9>

Karasek, R; Baker D; Marxer F; Ahlbom A.; Theorell, T. (1981) Job decission latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal Public Health [online]* vol 71, pag 694-705. Recuperado el 19 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/71/7/694?maxtoshow=&hits=10&hits=10&resultformat=&author1=karasek%2c+r&andorexactfulltext=and&searchid=1&firstindex=0&sortspec=relavance&volume=71&resourcetype=hwcit>

Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job re-design. *Administration Science Quarterly* [online] Vol. 24, Nº 2, 285-308. Recuperado 19 de octubre de 2006. Disponible en: [http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392\(197906\)24%3A2%3C285%3AJDJDLA%3E2.0.CO%3B2-D](http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392(197906)24%3A2%3C285%3AJDJDLA%3E2.0.CO%3B2-D)

Karasek, R.; Theorell, T.; Schwartz, J. E.; Schnall, P.C.; Pieper, C. F.; Michela J. L. (1988) Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health*; 78: 910–918.

Landsbergis, P. A. (2003) The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People: A Commentary. *Journal Occup Environ Med*. Vol 45, Nº1

Levi, L. (1991) Work, worker and wellbeing. An overview. En: AA.VV. A healthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. Proceedings of an international meeting.

Levi, L. (2000) Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo- ¿La sal de la vida o el beso de la muerte? Luxemburgo Oficina de Publicaciones Oficiales de las comunidades europeas.[online] Recuperado 18 de octubre de 2006. Disponible en: www.osha.eu/publications/magazine5/magazine5.es.pdf/at_download/file

Maslach, C.; Jackson, S. E. (1986) Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C. H.; Wilmar, B.; Schaufeli, M.; Leiter, P. (2001) Job Burnout. *Annu. Rev. Psychology* (52):397-422.

Meier, S. T. (1984) The construct validity of Burnout. *Journal Occupational Psychology*, 57, 211-219.

Meliá, J. L.; Peiró, J. M. (1989) El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de la psicología del Trabajo y las organizaciones*, 11 (4), 179-187.

Ministerio de la Protección Social de Colombia y Pontificia Universidad Javeriana. (2004) Protocolo para la determinación del origen de patologías derivadas del estrés. Colombia: Ministerio de la Protección Social de Colombia/ PUJ.

Miró, E.; Solanes, A.; Martínez, P.; Sánchez, A. I.; Rodríguez Marín, J. (2007) Relación entre Burnout, tensión laboral y características del sueño. *Revista Psicothema Aug*;19(3):388-94.

Molina, S. A; García Perez, M. A; Alonso, G. M; Cecilia, C. P.(2003) Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. *Rev Aten Primaria*; 31(9):564-571.

Moncada, S. LLorenz, C. Kristensen, T. S. (2002) Manual para la Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Método ISTAS 21. CoPsoQ. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Versión online.

Muñoz, P.; García Camba, J.; Jalvo, J.; Ancochea, R.; Soria, J. (2006) El Síndrome de Burnout en los médicos del área sanitaria 2 de Madrid: un estudio epidemiológico. Área de epidemiología, evaluación de servicios e investigación. Departamento de

Salud Mental. Comunidad de Madrid y Hospital Universitario de la Princesa. En Prensa.

Lindblom, K. M.; Linton, S.J.; Fedeli, C.; Bryngelsson, I. L (2006) Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*; 13(1):51-9.

Ordenes, D.; Nadia (2004) Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev. chil. pediatr.* [online]. oct. 2004, vol.75, no.5 [citado 05 Diciembre 2007], p.449-454. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106.

Organización Internacional del Trabajo (1986) Factores Psicosociales en el Trabajo. [online] Recuperado el 21 de octubre de 2006 Disponible en: <http://www.arearh.com/salud%20laboral/psicosociales1.htm>

Pines, A.; Aronson, E. (1988) Career burnout. Causes and cures. Nueva York: Free Press.

Pisanti, R (2007) "An empirical investigation of the demand-control-social support model: effects on burnout and on somatic complaints among nursing staff". *Gaceta Ital Med Lav Ergon*, 29 (1 suppl A): A30-6

Román, J. (1997) Factores Psicosociales y salud del trabajador. Revisión crítica y un modelo para su análisis. Tesis para optar por el título de especialista en Psicología de la Salud. La Habana, Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad "General Calixto García". En: Gloria H.; Villalobos F: Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Ciencia & Trabajo* Año nº 6, nº 14. Octubre/Diciembre 2004.

The European Heart Network (1998) Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union. Brussels: European Heart Network.

Thompson, M. S.; Page, S. L.; Cooper, C. L. (1993) "A test of Caver and Sheiers self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses". *Stress Medicine*, 9, 221-235.

Van de Ven, A. H.; Ferry, D. L. (1980) Measuring and assessing organizations. Nueva York: J. Willey.

Villalobos, G. (2004) Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Ciencia y Trabajo* Año nº 6, nro 14.

WHO. Global strategy on occupational health for all. The way of health at work. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres on occupational Health, 11-14 october 1994, Beijing, China. WHO, Geneva 1995.

WHO Occupational health in the 90's. A framework for change. European Occupational Health Series No 1. WHO: Copenhagen 1990.

Winnubst, J. A.; Buunk, B. P. y Marcelissen, F. H. (1993) "Social support and stress: Perspectives and Processes". En S. Fisher y J Reason (eds), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp 511-528). Chichester: John Wiley & Sons.

Niedhammer, I.; Goldberg, M.; Leclerc, A.; Bugel, I.; David, S. (1998) Psychosocial factors at work and subsequent symptoms in the Gasel cohort. *Scandinavian Journal of WorkEnvironmental Health* 24 (3):197-205.

XIII. ANEXOS

13.1 Consentimiento informado

Esta encuesta está diseñada para identificar y medir todas aquellas condiciones de trabajo del ámbito psicosocial que pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de las personas trabajadoras.

Está compuesto de dos partes. En la primera parte se pregunta sobre datos generales, así como la situación social y familiar. Y en la segunda parte se indaga sobre las condiciones de empleo y exigencias del trabajo. De esta forma, se podrá disponer de una base técnica objetiva para identificar aquellas condiciones de trabajo que pueden implicar un riesgo para la salud.

Este cuestionario es anónimo, por lo que no contiene códigos que permitan la identificación de la persona que lo responde. La información que contiene es confidencial y será analizada únicamente por el equipo de investigación, el cual está sometido a la norma del secreto profesional. Sus resultados serán utilizados sólo para los fines de este estudio.

La contestación del cuestionario es individual. Aunque el cuestionario es respondido por cada trabajador o trabajadora, el objetivo de éste no es la evaluación del trabajador(a) sino la organización del trabajo. No hay aparatos que puedan medir las características que puede tomar la organización del trabajo; quien mejor conoce estas condiciones es el propio trabajador(a). Por eso le pedimos que responda en forma sincera a cada una de las preguntas, sin previa consulta o debate con nadie.

La mayoría de las preguntas tienen varias opciones de respuesta, por eso le pedimos que marque con un círculo ("O") o una equis ("X") según corresponda, la respuesta que Ud. considera que describe mejor su propia situación. **Recuerde que sólo debe marcar una alternativa.**

Si tuviese más de un empleo o lugar de trabajo, le pedimos que responda solamente en relación con el lugar donde estamos realizando esta encuesta actualmente.

Muchas gracias por su colaboración.

13.2 Cuestionario de factores psicosociales de riesgo laboral

Por favor, elija una sola respuesta para cada pregunta. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Lo que nos interesa es su opinión sobre los contenidos y exigencias de su trabajo. Muchas gracias.

EDAD: años (cumplidos)

A.1. Estado civil actual:

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Conviviente
4. Separado(a) o anulado(a)
5. Viudo(a)

A.2. Nº total de hijos que viven actualmente con Ud.:

..... hijos

A.3. Nº de hijos que viven con Ud. y que tienen menos de 15 años:

..... hijos

A.4. Nº total de personas que viven con Ud, bajo el mismo techo (Ud. también debe incluirse en el número):

..... personas (incluyéndome a mi)

A.5. Nivel de escolaridad (considere el último año aprobado):

1. Sin instrucción
2. Ens. Básica Incompleta (1º a 4º)
3. Ens. Básica Incompleta (5º a 7º)
4. Ens. Básica Completa
5. Ens. Media Incompleta
6. Ens. Media Completa
7. Ens. Técnica Superior
8. Ens. Universitaria

A.6. Nº total de años que estudió (no considere los años que repitió):

..... años

E.1. Las siguientes preguntas tratan sobre cómo le parece a Ud. la relación entre la cantidad de trabajo que tiene y el tiempo del que dispone para este.

Le parece a Ud. que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B1	¿Tiene que trabajar muy rápido?	5	4	3	2	1
B2	¿La distribución de las tareas es irregular y esto hace que se me acumule trabajo?	5	4	3	2	1
B3	¿Tiene tiempo suficiente para estar al día en su trabajo?	1	2	3	4	5
B4	¿Tiene tiempo suficiente para hacer todo su trabajo?	1	2	3	4	5

E.2. Las siguientes preguntas tratan sobre cómo califica algunas características de su actual trabajo.

Considera Ud. que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B5	¿Su trabajo requiere un alto nivel de precisión?	5	4	3	2	1
B6	¿Su trabajo requiere preocuparse por los detalles?	5	4	3	2	1
B7	¿Su trabajo requiere mucha concentración?	5	4	3	2	1
B8	¿Su trabajo requiere memorizar muchas cosas?	5	4	3	2	1
B9	¿Su trabajo requiere que tome decisiones en forma rápida?	5	4	3	2	1
B10	¿Su trabajo requiere que tome decisiones difíciles?	5	4	3	2	1
B11	¿Su trabajo requiere que se guarde sus opiniones y no las exprese?	5	4	3	2	1
B12	¿Su trabajo requiere una constante atención?	5	4	3	2	1
B13	¿Su trabajo requiere que guarde sus emociones y no las exprese?	5	4	3	2	1
B14	¿Le cuesta olvidar los problemas de su trabajo?	5	4	3	2	1
B15	En general, ¿su trabajo es emocionalmente desgastador?	5	4	3	2	1
B16	¿Se producen en su trabajo situaciones emocionalmente difíciles o desgastadoras?	5	4	3	2	1

E.3. Las siguientes preguntas tratan sobre el margen de autonomía que Ud. tiene en su actual trabajo.

Le parece a Ud. que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B17	¿Tiene mucha influencia sobre las decisiones que afectan a su trabajo?	1	2	3	4	5
B18	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que le toca realizar?	1	2	3	4	5
B19	¿Puede decidir cuándo hacer un descanso dentro de su jornada laboral?	1	2	3	4	5
B20	¿Puede tomar vacaciones más o menos cuando Ud. lo quiere?	1	2	3	4	5
B21	¿Puede dejar su trabajo por un momento y hablar con algún compañero o compañera?	1	2	3	4	5
B22	Si tiene algún problema personal o familiar, ¿puede dejar su puesto de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial?	1	2	3	4	5
B23	¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas?	1	2	3	4	5
B24	¿Tiene influencia sobre el orden en que realiza sus diferentes tareas?	1	2	3	4	5

E.4 Las siguientes preguntas se refieren a cómo considera Ud. al contenido de su trabajo, las posibilidades de desarrollo y la integración dentro de la empresa.

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B25	¿Su trabajo requiere que Ud. tenga iniciativa?	1	2	3	4	5
B26	¿Su trabajo permite que Ud. aprenda cosas nuevas?	1	2	3	4	5
B27	¿La realización de su trabajo permite que aplique sus conocimientos y habilidades?	1	2	3	4	5
B28	¿Le parecen importantes las tareas que Ud. hace?	1	2	3	4	5
B29	¿Se siente comprometido con el trabajo que realiza?	1	2	3	4	5
B30	¿Considera que las tareas que realiza tienen sentido para Ud.?	1	2	3	4	5
B31	¿Su trabajo es variado?	1	2	3	4	5
B32	Para su trabajo, ¿requiere manejar muchos conocimientos?	1	2	3	4	5

B3 3	Cuando conversa con otras personas, ¿habla con entusiasmo de su lugar de trabajo?	1	2	3	4	5
B3 4	¿Le gustaría quedarse en este lugar (o empresa) para el resto de su vida laboral?	1	2	3	4	5

B3 5	¿Siente que los problemas de su empresa (o lugar de trabajo) son también suyos?	1	2	3	4	5
B3 6	¿Siente que su empresa (o lugar de trabajo) tiene una gran importancia para Ud.?	1	2	3	4	5

E.5. Queremos saber hasta qué punto le preocupan posibles cambios en sus actuales condiciones de trabajo.

Nº	Pregunta	<i>Estoy muy preocupado</i>	<i>Estoy bastante preocupado</i>	<i>Estoy más o menos preocupado</i>	<i>Estoy un poco preocupado</i>	<i>No estoy preocupado por esto</i>
B3 7	¿Le preocupa lo difícil que sería conseguir otro trabajo en el caso que se quedara cesante?	5	4	3	2	1
B3 8	¿Le preocupa que le puedan cambiar de tareas contra su voluntad?	5	4	3	2	1
B3 9	¿Le preocupa que le puedan cambiar el horario de trabajo (turnos, horas de entrada y salida, etc.) contra su voluntad?	5	4	3	2	1
B4 0	¿Le preocupa que le puedan cambiar su sueldo o remuneración (que lo bajen, que no lo reajusten, etc.)?	5	4	3	2	1

E.6. Las siguientes preguntas tratan sobre cómo considera Ud. el grado de definición de sus tareas y de los conflictos que puede suponer la realización de su actual trabajo.

Considera Ud. que:

Nº	Pregunta	<i>Siempre</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo unas pocas veces</i>	<i>Nunca</i>
B4 1	¿Sabe exactamente qué margen de autonomía tiene en su trabajo?	1	2	3	4	5
B4 2	¿Hace cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y por otras no?	5	4	3	2	1
B4 3	Su trabajo, ¿tiene objetivos claros?	1	2	3	4	5
B4 4	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?	1	2	3	4	5
B4 5	¿Se le exigen cosas contradictorias en su trabajo?	5	4	3	2	1

B4 6	¿Sabe exactamente lo que se espera de Ud. en el trabajo?	1	2	3	4	5
B4 7	¿Le toca hacer tareas que Ud. considera que deberían hacerse de otra manera?	5	4	3	2	1
B4 8	¿Se le informa con suficiente anticipación de los cambios que pudieran afectar su futuro?	1	2	3	4	5
B4 9	¿Recibe toda la información que necesita para realizar bien su trabajo?	1	2	3	4	5
B5 0	¿Tiene que realizar tareas que le parecen innecesarias?	5	4	3	2	1

E.7. Las siguientes preguntas se refieren a situaciones en las que necesita ayuda o apoyo en su actual trabajo.

Siente Ud. que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B5 1	¿Recibe ayuda y apoyo de sus compañeros y compañeras?	1	2	3	4	5
B5 2	Sus compañeros o compañeras, ¿están dispuestos a escuchar sus problemas en el trabajo?	1	2	3	4	5
B5 3	¿Habla con sus compañeros o compañeras sobre cómo lleva a cabo su trabajo?	1	2	3	4	5
B5 4	¿Recibe ayuda y apoyo de su jefe o supervisor?	1	2	3	4	5
B5 5	Su jefe o supervisor, ¿está dispuesto a escuchar sus problemas en el trabajo?	1	2	3	4	5
B5 6	¿Habla con su jefe o supervisor sobre cómo lleva a cabo su trabajo?	1	2	3	4	5

E.8. Las siguientes preguntas tratan de la relación con sus compañeros y/o compañeras de trabajo actualmente.

Ud. siente que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B5 7	¿Su puesto de trabajo se encuentra aislado del de sus compañeros(as)?	5	4	3	2	1
B5 8	¿Puede hablar con sus compañeros o compañeras mientras está trabajando?	1	2	3	4	5
B5 9	¿Hay un buen ambiente entre Ud. y sus compañeros(as) de trabajo?	1	2	3	4	5
B6 0	Entre los compañeros(as), ¿se ayudan en el trabajo?	1	2	3	4	5
B6 1	En el trabajo, ¿se siente formando parte de un equipo o un grupo de	1	2	3	4	5

trabajo?					
----------	--	--	--	--	--

E.9. Las siguientes preguntas tratan de la relación con sus jefes o supervisores inmediatos, en su actual trabajo.

Le parece a Ud. que:

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B6 2	¿Sus jefes inmediatos se aseguran de brindar buenas oportunidades de desarrollo profesional o laboral a los trabajadores?	1	2	3	4	5
B6 3	Sus jefes inmediatos, ¿planifican bien el trabajo?	1	2	3	4	5
B6 4	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?	1	2	3	4	5
B6 5	Sus jefes inmediatos, ¿se comunican bien con sus trabajadores?	1	2	3	4	5

E.10. En relación con su trabajo actual...

Nº	Pregunta	Estoy muy satisfecho	Estoy bastante satisfecho	Más o menos satisfecho	Estoy poco satisfecho	No estoy satisfecho
B6 6	¿Está satisfecho con sus perspectivas laborales?	1	2	3	4	5
B6 7	¿Está satisfecho con las condiciones del ambiente físico de tu trabajo? (ruido, espacio, ventilación, temperatura, iluminación, etc.)	1	2	3	4	5
B6 8	¿Está satisfecho con el grado en que se emplean sus capacidades?	1	2	3	4	5
B6 9	En general, ¿está satisfecho con su trabajo, tomando todo en consideración?	1	2	3	4	5

E.11. Finalmente...escoja la frase que mejor represente su sentir

Nº	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
B7 0	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.	1	2	3	4	5
B7 1	En el trabajo recibo el apoyo necesario cuando hay situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
B7 2	En mi trabajo me tratan injustamente.	5	4	3	2	1
B7	Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo	1	2	3	4	5

3	que he realizado, me parece adecuado el reconocimiento que recibo en mi trabajo					
---	---	--	--	--	--	--

E.12. Utilice este espacio para hacer los comentarios que crea conveniente

--

13.3 Cuestionario de salud general GHQ-28

NOS GUSTARIA SABER SI TIENE ALGUN PROBLEMA MEDICO Y COMO HA ESTADO DE SALUD, EN GENERAL, DURANTE LAS ULTIMAS SEMANAS. POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SUBRAYANDO SIMPLEMENTE LA RESPUESTA QUE, A SU JUICIO, MEJOR PUEDE APLICARSE A USTED. RECUERDE QUE SOLO DEBE RESPONDER SOBRE LOS PROBLEMAS RECIENTES Y LOS QUE TIENE AHORA, NO SOBRE LOS QUE TUVO EN EL PASADO.

ES IMPORTANTE QUE INTENTE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

ULTIMAMENTE:

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

1. Mejor que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Peor que lo habitual
4. Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

A.4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que va a estallar?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual

3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

1. No, en lo absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

1. No, en absoluto
2. No más de lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.4. ¿Se ha sentido con lo nervios a flor de piel y malhumorado?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

1. No, en lo absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

1. Más activo que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Bastante menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

1. Más rápido que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Más tiempo que lo habitual
4. Mucho peor que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

1. Mejor que lo habitual
2. Aproximadamente lo mismo que lo habitual
3. Peor que lo habitual
4. Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

1. Más satisfecho que lo habitual
2. Aproximadamente lo mismo que lo habitual
3. Menos satisfecho que lo habitual
4. Mucho menos satisfecho

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

1. Más tiempo que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos útil que lo habitual
4. Mucho menos útil que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

1. Más que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales cada día?

1. Más que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

1. No, en lo absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

1. No, en lo absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

1. Claramente, no
2. Me parece que no
3. Se me ha cruzado por la mente
4. Claramente lo he pensado

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

1. Claramente, no
2. Me parece que no
3. Se me ha cruzado por la mente
4. Claramente lo he pensado

A B C D TOTAL

13.4 Escala de efectos psíquicos de Burnout

FRECUENTEMENTE NUESTRO TRABAJO Y LOS DISTINTOS ASPECTOS DEL MISMO NOS PRODUCEN DIVERSOS EFECTOS. A CONTINUACION SE ENUMERAN ALGUNAS AFIRMACIONES SOBRE DICHOS EFECTOS. DESPUES DE LEER CADA FRASE CALIFIQUE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRODUCE CADA UNA DE ELLAS SEGÚN LA ESCALA SIGUIENTE

Nº	Pregunta	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Siempre (todos los días)
1	Mi trabajo me agota emocionalmente							
2	Siento desánimo acerca de mi profesión.							
3	Tengo un sentimiento de desesperanza sobre mi futuro en esta profesión							
4	Siento que puedo tener una crisis nerviosa si no dejo mi trabajo							
5	Mi trabajo afecta negativamente a mis relaciones personales.							
6	Mi trabajo afecta negativamente a mi salud							
7	Estoy harto de mi trabajo.							
8	Estoy irritado en el trabajo							
9	Estoy desilusionado con mi trabajo							
10	Me vienen ganas de dejar mi trabajo al momento.							
11	Mi trabajo me fastidia							
12	Mi trabajo me tiene hasta el cuello							