

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**“SÍNDROME DE BURNOUT EN FUNCIONARIOS DE
UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA, UN
ENFOQUE DESDE LA SALUD OCUPACIONAL”.**

JORGE JAIRO ARRIAZA PUEYES

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**PROFESOR GUIA DE TESIS: LUIS ÁLVARO LEFIO CELEDÓN.
PROFESOR CO-TUTOR DE TESIS: RODRIGO IGNACIO TORRES ARELLANO**

Santiago, NOVIEMBRE 2023

“No te rindas, por favor no cedas, aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se esconda y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños...”

Mario Benedetti

DEDICADA A:

Marjorie Basualdo Peña.

Quien me ha permitido navegar a su lado y mirar otros horizontes, gracias por hacerme crecer.

Catalina y Gabriel.

Por el amor incondicional, por hacerme mejor cada día, propiciar el desafío constante y ser mis guías en este transitar.

Rosa, Jorge y Jhonny.

Por haber cimentado los inicios del camino y creer en mí.

A mí.

Por cerrar los ojos y arriesgarme.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos aquellos que formaron parte de este largo proceso de formación académica e investigación. En especial a:

Álvaro Lefio Celedón.

Por arriesgarse, instruirme, enseñar que a veces, menos es más, por entregarme tranquilidad en la tormenta.

Rodrigo Torres Arellano.

Por la eterna disposición, por enseñarme que la condición humana es lo realmente importante.

Cristian Bustamante Retamal

Por ser un referente, por confiar y estimular mi crecimiento profesional y humano, regalarme tranquilidad y luz. Por ayudarme a derribar un muro entre los temores y el intentarlo.

Carlos Ibáñez Piña

Por confiar y respaldarme desinteresadamente en este proceso.

Cristian López González.

Por tu generoso y desinteresado apoyo.

Sergio Chaigneu Orfanoz

Por haber despertado en mí, ya hace 20 años, el interés por la investigación y la inquietud científica.

Finalmente, a todas y todos quienes han formado parte de mi trayectoria como estudiante, muchas gracias.

CONTENIDO	
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	8
APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SINDROME DE BURNOUT	8
SÍNDROME DE BURNOUT	14
SÍNDROME DE BURNOUT Y PANDEMIA.....	16
INVESTIGACIÓN Y SÍNDROME BURNOUT EN SALUD.....	18
TRABAJO Y SALUD MENTAL.....	25
ROL DEL ESTADO FRENTE AL RIESGO DE ENFERMAR A CONSECUENCIA DEL TRABAJO.....	28
SÍNDROME DE BURNOUT, UN SINDROME DE RELEVANCIA OCUPACIONAL.....	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	32
OBJETIVOS.....	33
OBJETIVO GENERAL.....	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
MÉTODO	33
DISEÑO:.....	34
LUGAR DE ESTUDIO.....	34
MUESTRA:	34
MÉTODOS DE INVITACIÓN DE SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:.....	36
VARIABLES DE ESTUDIO:	38
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:.....	39
VARIABLE SÍNDROME DE BURNOUT:.....	39
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	41
CONDICIONES DE EMPLEO.....	42
CONDICIONES PSICOSOCIALES LABORALES.....	43
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
ANÁLISIS DE DATOS:.....	49
ANÁLISIS EXPLORATORIO.....	49
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	50
ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS	50
ASPECTOS ÉTICOS.....	51
RESULTADOS.....	52

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....	52
PREVALENCIA.....	55
PREVALENCIA DEL RIESGO ELEVADO DE PRESENTAR BURNOUT, POR SUBESCALA MBI, SEGREGADO POR SEXO.....	58
ANÁLISIS INFERENCIAL.....	63
ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN.....	63
REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADA.....	65
MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA GENERAL, UTILIZANDO LAS TRES SUBESCALAS.....	66
ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA GENERAL.....	68
ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA GENERAL.....	70
REGRESIÓN LOGÍSTICA POR SUBESCALA.....	72
MODELO REGRESIÓN LOGISTICA, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL.....	72
ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL.....	74
ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL.....	75
MODELO REGRESIÓN LOGISTICA, SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN.....	76
ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN.....	77
ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN.....	78
MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA SUBESCALA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL.....	79
ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA, SUBESCALA BAJA REALIZACION PERSONAL.....	81
ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, SUBESCALA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL.....	82
DISCUSIÓN.....	84
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	93
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	101
ANEXOS.....	108

RESUMEN.

El Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional, es una patología de salud mental, descrita en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11, bajo el código QD85, cuyo origen debe explicarse producto de la exposición laboral, presenta tres dimensiones principales de síntomas, “Cansancio Emocional”, “Despersonalización” y “Baja Realización Personal,” las prevalencias reportadas en la literatura son variadas, llegando a presentar valores internacionales superiores al 80%.

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una clínica psiquiátrica universitaria de la región Metropolitana, Chile, está orientado a determinar prevalencias de Burnout e identificar determinantes sociodemográficos, de condiciones de empleo y psicosociales laborales, relacionados a la presencia de Síndrome de Burnout en el lugar de estudio.

Se administró un cuestionario auto aplicado, voluntario y confidencial, a 102 trabajadores de una Clínica Psiquiátrica Universitaria, correspondiente al 73% de la población, la muestra fue variada en sexo, edad, profesión, nivel educacional, posición en el trabajo y antigüedad laboral.

Los resultados revelan una prevalencia de Burnout de 43%, siendo mayor en personal que realiza labores como jefatura, trabajo no-clínico y personal de enfermería, tens y auxiliar de enfermería.

La investigación muestra que al parecer los factores que mayor relación muestran con la presencia de Burnout, serían las condiciones psicosociales, principalmente compensaciones no monetarias, trabajo activo y desarrollo de habilidades, es decir, el reconocimiento y posibilidades de desarrollo personal en el trabajo parecieran ser prioritarios. Mientras que los grupos más afectados serían, quienes desarrollan funciones como jefatura y aquellos que realizan trabajo no clínico, por otra parte, los factores personales muestran escasa asociación con la presencia de Burnout.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional, es una patología descrita en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 11, puesto en vigencia a comienzos del año 2022, se incluye en el capítulo 24: “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud” dentro de la subcategoría de “problemas asociados con el empleo y el desempleo” siendo codificado como QD85 (1). Actualmente, pese a ser descrita con una génesis ocupacional en el ya señalado CIE 11, este diagnóstico no se encontraría incluido en la lista de enfermedades profesionales establecidos en el Reglamento para la Calificación y Evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, DS 109 (2), situación que dificultaría su calificación como posible enfermedad laboral, llevando a invisibilizar la patología y sus datos epidemiológicos, así como también dificultaría la toma de medidas preventivas eficientes desde la esfera de salud ocupacional, respecto a este último punto, el autor de la presente investigación enfocará sus esfuerzos, buscando ser un aporte en la optimización de las acciones preventivas que establece la especialidad de salud ocupacional.

La presente investigación busca contribuir con la generación de información relevante, confiable y útil para el desarrollo de una eficiente evaluación de riesgos de presentar Síndrome de Burnout en el lugar estudiado, facilitando a su vez la generación de sugerencias de gestión enfocadas a la prevención del síndrome. Para esto, a lo largo del presente marco teórico, se realizará un análisis introductorio a la problemática del Síndrome de Burnout, se definirá el Síndrome de Burnout según distintas teorías y se reflexionará respecto a este, bajo el contexto de pandemia por COVID-19, posteriormente se realizará una reflexión respecto al concepto de trabajo y salud mental, buscando dar cuenta de la relación intrínseca entre ambos, posteriormente se realizará un análisis respecto al rol del Estado frente al riesgos de enfermar a causa de la exposición laboral a un riesgo, buscando dar cuenta del Estado como garante de la salud y seguridad de los trabajadores, posteriormente se hará una revisión del estado del arte del Síndrome Burnout en el área de salud, para finalmente analizar el por qué, el Síndrome de Burnout resultaría de relevancia ocupacional.

Dicho lo anterior, el presente trabajo tiene entre sus propósitos visibilizar la importancia sanitaria del Síndrome de Burnout desde la perspectiva de salud ocupacional, busca contribuir científicamente con la generación de información relevante, confiable y útil para el desarrollo de una eficiente evaluación de riesgos del síndrome en el lugar estudiado, facilitando a su vez la generación de sugerencias de gestión enfocadas a la prevención de Burnout, buscando por una parte determinar con datos primarios, la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de una Clínica Psiquiátrica Universitaria, así también busca reconocer asociaciones estadísticamente significativas entre Síndrome de Burnout, factores psicosociales, condiciones de empleo y características sociodemográficas, con el fin de contribuir a orientar las medidas de control de riesgos laborales desde la disciplina salud ocupacional y su enfoque preventivo.

MARCO TEÓRICO

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SINDROME DE BURNOUT

Según refiere Canales, et al.(2016), el trabajo determina la posición social de una persona, otorga sentido de pertenencia e identidad y contribuye al desarrollo del autoconcepto, que da por resultado satisfacción y bienestar o por el contrario insatisfacción y aflicción (3). El estado de salud de cada individuo se ve afectado por la interacción que él/ella tiene con su entorno, por ello, el ambiente laboral en el que se desenvuelve pasa a ser de gran importancia en su salud física y mental señala Gutiérrez (4). Dicho lo anterior, pareciera que no da lo mismo el ambiente de trabajo en el que una persona se desempeña, resultando algunas actividades más seguras o riesgosas que otras.

Como refieren Canales et al.(2016), las condiciones laborales juegan un rol fundamental, pues se relacionan con aquellos factores físicos, sociales y administrativos que afectan el ambiente de trabajo y originan, cuando no son favorables, insatisfacción laboral y alteraciones físicas y psicológicas (3). Respecto a estas últimas alteraciones físicas y psicológicas, podemos señalar el estrés, respuesta psicofisiológica del organismo, cuya aparición en la persona por periodos breves de tiempo tiene un carácter funcional y adaptativo, sin embargo, en caso de exposición a niveles de ansiedad elevados de manera crónica, existiría alta probabilidad de generar efectos negativos en la salud.

Levi, 1991, citado por Pastorino, refiere que el estrés es un mecanismo a través de los cuales se afecta la salud. Se trataría de una serie 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, exposición a riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas) y que pueden ser precursores de enfermedad bajo ciertas condiciones de intensidad, frecuencia, duración, y la presencia o ausencia de otras interacciones (5). En este sentido, cuando el estrés se configura en una condición crónica, (mayor a 6 meses según establece Gil Monte y Peiró (1997,

2000), (5), genera un impacto negativo en la salud de la persona. Desde lo señalado anteriormente resultaría primordial entonces enfocar los esfuerzos en actividades preventivas con un marcado enfoque en salud ocupacional.

Como se dijo anteriormente, según CIE 11, es posible considerar el Síndrome de Burnout, como una respuesta al estrés laboral crónico (1), hace referencia a un conjunto de manifestaciones psicosociales específicas y anómalas de quienes lo padecen. Según Gutiérrez, a dicho síndrome se le han atribuido tres dimensiones: “Despersonalización, Baja Realización Personal en el trabajo y Agotamiento Emocional” (6). Simonetti expone que Maslach, señalaría que aunque las manifestaciones de Burnout son variadas, sus rasgos principales serían un agotamiento físico y psicológico que genera una actitud fría y despersonalizada en la relación a los demás y un sentimiento de “inadecuación” en las tareas que se han de realizar (7). Simonetti refiere además que los profesionales con Burnout se sienten sobrepasados, incapaces de hacer frente al trabajo y desmotivados, afectando su desempeño laboral (7).

El Síndrome de Burnout, según refiere Saborío e Hidalgo (2015) fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (8). Entendiendo que dicho síndrome tiene implicancias negativas en salud, y adoptando una postura con enfoque preventivo, cabe preguntar ¿El Síndrome de Burnout radica su origen en factores personales u organizacionales?, Simonetti refiere que los factores individuales, tales como la edad, el tiempo de experiencia, el sexo y el tipo de personalidad podrían asociarse a Burnout (7). Consistente con esto, Guic et al, (2006), refieren que hay características personales relativamente persistentes, como los estilos de afrontamiento, que median parcialmente el efecto de los estresores sobre la salud física y psicológica. Los mismos autores refieren que las personas que tienden a usar estrategias de evitación o negación de los problemas que se le presentan en el trabajo, tienen mayores niveles de estrés (9). Simonetti et al., refieren que la hipótesis genética del Burnout radica en factores personales, lo que habría llevado a abordar este problema mediante estrategias centradas en las personas más que

en las organizaciones (7), lo anterior, probablemente haya orientado las intervenciones en tratar síntomas sin abordar una causa de raíz. Por otro lado, al no ser modificables estas variables personales, sostiene Simonetti, el interés en dichos factores tendría una utilidad limitada (7). En este sentido, Guic et al (2006), refieren que, para abordar adecuadamente el problema del estrés en los establecimientos de salud, resulta importante evaluar no sólo factores organizacionales sino también personales, ya que los factores individuales ejercerían un efecto mediador sobre el estrés. Respecto a esto último, la evidencia sugiere que una intervención basada meramente en aspectos personales no permitiría una reducción significativa de los niveles de estrés en las personas (9). Es más, expone Pastorino, la evidencia apunta a la existencia de una estrecha relación entre la aparición del Síndrome de Burnout y las condiciones laborales a las que la persona ha estado expuesta (5). En este sentido, Gutiérrez, da cuenta que el Síndrome Burnout se vincularía a profesionales de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios (6), como son las áreas de la salud y de educación. Consistentemente, existen antecedentes al respecto como los expuestos por Simonetti, en que junto con las características propias de las tareas asistenciales o de cuidados a terceros, la emergencia del síndrome de Burnout se vincularía a las condiciones de trabajo y empleo, es decir, a la organización del trabajo, apoyo de la empresa, tipos de contrato, etc. (7). Castro en el año 2018, refiere que el trabajo, históricamente ha sido un riesgo para la salud de las personas, y destaca que las condiciones laborales, tales como la forma en que se organiza el trabajo y el contenido de la tarea, son factores psicosociales de riesgo que afectan la salud del trabajador (10). Según Simonetti, la evidencia generada valida la concepción de que el Burnout no es un problema cuyo origen radica en las personas, sino que su origen es de índole organizacional(7).

Contemplar ambas visiones resulta relevante, toda vez que considerar las características personales asociadas al estrés crónico o Burnout podría permitir la adopción de medidas preventivas más eficientes. Pero, por otra parte, considerar los componentes organizacionales en su origen, abriría la posibilidad de adoptar

medidas preventivas, entregando responsabilidades significativas a quienes estén vinculados a la seguridad y salud en el trabajo, este último aspecto resulta un punto neurálgico en la presente investigación.

Lo anterior, es de alta relevancia en lo que a salud ocupacional se refiere, puesto que una labor primordial de esta disciplina es identificar, medir y controlar las condiciones de riesgo presentes en los entornos de trabajo, a modo de guiar y orientar la gestión del riesgo respectivo, disminuyendo así la probabilidad de generación de accidentes laborales o enfermedades profesionales. En la página web del Instituto de Salud Pública, del Ministerio de Salud de Chile, se define la Salud Ocupacional, citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), como *“Una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes”* (11). Consistente con lo anterior, Jiménez refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS) expone en su sitio web que *“la salud ocupacional abarca todos los aspectos sobre salud y seguridad en el lugar de trabajo, enfocándose especialmente hacia la prevención primaria de los riesgos”* (12).

En cuanto al Síndrome de Burnout en trabajadores de salud, podemos señalar que, según una serie de estudios, la prevalencia de este cuadro en dicha población varía ostensiblemente según el contexto de ésta, oscilando entre un 20% y un 80%. Pastorino (5), Gutiérrez (6), Simonetti (7), Castañeda y aguilera (13), Cicchiti (14), García, (15) . Esto es que, en el mejor de los casos, uno de cada cinco trabajadores del área de salud padecería este síndrome, con los consecuentes costos derivados del ausentismo, emergencia de otras patologías concomitantes, costos económicos, etc. En relación a la prevalencia, Galván señala que la presencia del Síndrome de Burnout sería más frecuente en mujeres y en personas jóvenes en situación laboral precaria y baja experiencia laboral (16).

En síntesis, es posible señalar que las condiciones laborales a las que se expone un trabajador determinado, pueden elevar sus niveles de estrés, y si esto se vuelve crónico, podría emerger el Síndrome de Burnout, síndrome estrechamente relacionado con la situación laboral.

Cabe preguntarse ¿Cuál es la situación de un trabajador en Chile del que se sospecha, la presencia de un cuadro o síndrome de Burnout?

La situación de estos trabajadores es compleja; al ser en Burnout considerado un cuadro generado producto de la exposición ocupacional, debiera ser atendido con cargo al seguro de ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, sin embargo al no contar con el estatus de enfermedad reconocida en el CIE 10 (vigente hasta comienzos del año 2022, y cuyos diagnósticos, pese a la entrada en vigencia del CIE 11, aún se encuentran vigentes en las normativas nacionales de seguridad y salud ocupacional), no es tratado como enfermedad profesional, al menos bajo el diagnóstico de Síndrome de Burnout, expuesto lo anterior, nuevamente se hace necesario exponer la importancia de adoptar un enfoque preventivo. Volveremos a este tema más adelante en el documento.

En Chile, cuando un trabajador sospecha que está enfermo, y que esta presunta enfermedad se originaría producto de la exposición laboral, éste debe realizar una denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP), para que la presunta enfermedad sea estudiada según las normas y protocolos nacionales establecidos por el Ministerio de Salud de Chile (17). Las enfermedades de la esfera mental, no son la excepción y también requieren dicha denuncia para ser estudiadas y calificadas. Llama la atención que previo a la pandemia por COVID-19, en el Informe Anual de Estadísticas Sobre Seguridad y Salud en el Trabajo del año 2019, en el país, de las DIEP realizadas en las mutualidades, la segunda más frecuente (38% de las DIEP), serían por sospecha de patologías en la esfera de salud mental, solo superadas por los trastornos músculo-esqueléticos (18). Desde la mirada de la salud ocupacional, esto es evidencia sustantiva respecto de la necesidad de atender la salud física y mental del personal que se desempeña en salud, así como también que, promover ambientes laborales saludables y protectores de los trabajadores, es una necesidad vigente.

Actualmente, en Chile, disponer de una estimación de prevalencia más o menos precisa del Síndrome de Burnout, adoptar medidas preventivas eficientes y proporcionar la cobertura establecida en seguro ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a quienes padezcan Burnout, resulta complejo, toda

vez que respecto a dicho síndrome, pudiese existir una subestimación del problema, dado que las patologías mentales de origen laboral en el país se encuentran bajo los criterios diagnósticos del CIE 10 y si bien es cierto, actualmente el Síndrome de Burnout cumple una sintomatología particular definida que lo caracteriza, al no tener el estatus de enfermedad en el manual psiquiátrico CIE 10, no sería estudiada como enfermedad profesional, careciendo de registros epidemiológicos precisos al respecto, con la consecuente invisibilización de la problemática y la ausencia de vigilancia de la patología, con el riesgo ocupacional que esto conlleva. Así como también, evidenciando dificultad para orientar la toma de medidas preventivas desde la esfera de salud ocupacional, actualmente pese a la reciente entrada en vigencia del CIE 11, la situación del Síndrome de Burnout desde la esfera ocupacional aún no habría sido corregida, toda vez que en el DS 109, Reglamento Para La Calificación Y Evaluación De Los Accidentes Del Trabajo Y Enfermedades Profesionales, aún no es incluido el Síndrome de Burnout (2).

En síntesis, actualmente el libro de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 11, puesto en vigencia recientemente, reconoce el Burnout, y le atribuye a una génesis laboral, sin embargo, su aplicación práctica para calificar un enfermo que la padezca, como enfermo profesional aún no se habría materializado, tampoco se adoptarían medidas de vigilancia ni control ambiental al respecto. Probablemente una medida necesaria y fundamental sea incluir el diagnóstico en la próxima actualización del DS 109.

Por otra parte Simonetti et al., en una investigación con personal de salud, particularmente enfermeras, refiere que prestar atención a la problemática de Burnout es relevante dado que este síndrome impacta no solo en las enfermeras, sino también en los pacientes y en el desempeño global de las instituciones de salud (7). Los mismos autores refieren que para las instituciones de salud, tener profesionales con altos porcentajes de Burnout implica costos asociados a mayor ausentismo, mayor rotación de personal y disminución en la calidad del desempeño profesional, a esto se suman los altos costos en que se incurre cuando los resultados de los pacientes no son los esperados y se producen complicaciones (7).

En sintonía con lo expuesto en párrafos anteriores, la alta prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario y su impacto en la salud de los y las trabajadoras, su familia y entorno, los escasos datos epidemiológicos al respecto que dificulta la toma de medidas preventivas eficientes, además de los altos costos asociados al tratamiento, ausentismo y rotación, configurarían el síndrome de Burnout.

SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, fue declarado, el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud, como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre, Aceves (2006), citado por Saborío e Hidalgo 2015 (8).

El Síndrome de Burnout o de Quemarse por el Trabajo, ha sido definido como una “patología moderna” derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera continuada, por lo menos 6 meses. Gil Monte y Peiró (1997, 2000), citado por Pastorino (2007) (5).

Más allá de parecer un tema de moda, el llamado síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout se ha convertido en los últimos años en un problema que preocupa a muchos profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales y académicos interesados en el estudio del estrés laboral (19).

Pero ¿en qué consiste el síndrome de Burnout? , Según el CIE 11, el Síndrome de Desgaste Profesional se incluye en el capítulo 24: “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud” dentro de la subcategoría de “problemas asociados con el empleo y el desempleo” y es codificado como QD85: Síndrome de Desgaste Ocupacional (1).

El Síndrome de Burnout según señala Pastorino, ocurriría con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de dichas organizaciones, y estaría caracterizado por tres dimensiones de acuerdo a la síntesis de Gil Monte y Peiró (1997, 2000): “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. “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; “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, presentándose un rechazo de sí mismo (5).

Lo anterior, es consistente con lo referido por Gutiérrez 2004 (4), quien señala el Síndrome Burnout, se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal. Galván en un estudio realizado en Argentina refiere que se entiende como Burnout, citando a Freudenbrajer, al “agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. El mismo Galván, citando a Maslach y Jackson lo define como “una respuesta al estrés laboral crónico cuyos componentes son un síndrome de agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y una excesiva despersonalización” (16).

En síntesis, los autores coinciden en que dicho síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico, que se caracteriza por el impacto emocional en quien lo presenta, agrupando la sintomatología en tres áreas, agotamiento o cansancio emocional, disminución en la productividad y sensación de ausencia de logros o rechazo a sí mismo.

Vivas y Fonseca (20), exponen que este síndrome, no fue considerado una categoría de diagnóstico médico según el CIE 10, no obstante, en la última actualización CIE 11, de enero del año 2022, el Burnout es considerado un síndrome derivado del estrés laboral crónico que no es manejado adecuadamente, este fenómeno, según señala García, únicamente se presentaría en el contexto laboral y no se aplicaría para describir experiencias en otras áreas de la vida (15). El hecho que se haya integrado, como un fenómeno ocupacional en el CIE 11, debería facilitar la generación de diagnósticos oportunos, estadísticas precisas y condiciones que propicien la implementación de medidas efectivas para la

prevención, intervención y rehabilitación de este síndrome que deteriora la salud mental de los trabajadores y menoscaba la salud.

Finalmente, respecto a la génesis del Síndrome de Burnout, la evidencia generada da cuenta que las tareas de índole asistencial, presentan mayores probabilidades de presentar Síndrome de Burnout, pero el solo hecho de tener este tipo de trabajos no explicaría la aparición del cuadro, dado que las condiciones organizacionales también se vincularían a la aparición del síndrome, como así mismo lo harían ciertas condiciones de empleo y características personales de los trabajadores que las padecen. Pines y Aronson, refieren que el síndrome de Burnout no sería exclusivo de profesiones asistenciales, plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud) citado por Saborío e Hidalgo (8).

SÍNDROME DE BURNOUT Y PANDEMIA

El contexto en que suceden las cosas no resulta inocuo, y el caso del presente estudio no es la excepción, El trabajo de campo se realizó entre los meses junio y julio del año 2023, durante la vigencia del estado de emergencia sanitaria dado la pandemia por COVID-19. Cabe destacar que los participantes en la presente investigación, fueron parte de los agentes de respuesta sanitaria frente a dicha pandemia.

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), refería ya en el año 2020 como dato preocupante un importante aumento de las enfermedades de salud mental, las que representaban un 28,7% de licencias médicas en Chile... , refirió; *“Este aumento es alarmante, pues indica que la salud mental de los chilenos ha empeorado considerablemente en pandemia”* (21). Luego en un informe entregado en enero 2023, SUSESO señala que durante la pandemia se observó, un aumento licencias médicas por depresión y ansiedad. Destacando que el ranking de diagnósticos lo lideran los trastornos mentales con un 29,7%, del total de licencias médicas electrónicas (22). Esto llevó a mayores demandas y exigencias desde la población para recibir atención por parte de equipos de salud mental.

El aumento en los requerimientos de atención en salud mental por parte de la población y sus implicancias, habría incrementado los niveles de estrés en los equipos de trabajo sanitarios, la situación resultó aún más compleja en tiempos de pandemia, dado que en este contexto, según refiere Alvarado, los trabajadores sanitarios en general tuvieron mayores condiciones de riesgo para afectar su salud mental: Mayor riesgo de contagio, cambios en sus condiciones laborales (sobrecarga de tareas, cambio de funciones, toma de decisiones difíciles, etc.), las medidas de manejo poblacional de la emergencia sanitaria (cuarentenas, restricciones al desplazamiento, limitación de actividades, etc.), etc. Todo lo señalado habría contribuido al aumento de los niveles de estrés del personal sanitario, pudiendo afectar negativamente su salud mental durante el periodo epidémico y después de este (23).

Información similar aporta un estudio colaborativo entre la CUT y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, quienes destacan: “Junto con el miedo, otra vivencia dominante entre los trabajadores y trabajadoras participantes de su estudio, es el cansancio y agotamiento extremo producto de las nuevas exigencias en los turnos de trabajo. Las modificaciones de los sistemas de turno y la exigencia de cumplir con turnos de 24 horas, en el contexto previamente descrito, es una experiencia que impacta significativamente en la carga física y emocional asociada al trabajo...” (24), el mismo estudio refiere que la pandemia por COVID-19 vino a incrementar significativamente los niveles de estrés a los que se veía expuesto a diario el personal de salud. “Poniendo a los trabajadores sanitarios en la primera línea de contacto con la enfermedad, la muerte y el sufrimiento que emerge de este fenómeno socio-sanitario aún en curso” (Abedi et al., 2020; Martines et al., 2021) (24)

Respecto al agotamiento emocional y la pandemia por COVID-19, ha significado una enorme sobrecarga para el sistema sanitario y en especial para aquellos trabajadores que se encuentran en contacto directo con el paciente, asumiendo el riesgo de contagio. Olivares, en una clínica privada en la región Metropolitana, observó un aumento de la prevalencia de niveles altos de agotamiento emocional durante la pandemia en algunas ocupaciones laborales, en comparación con

mediciones obtenidas en períodos anteriores al COVID-19. También se encontró que la prevalencia de niveles de realización personal disminuyó (25).

Lo señalado anteriormente, configura al personal que se desempeña como agente de respuesta sanitario en salud mental, como un equipo que ha visto incrementado sus factores estresores y requiere intervención particular en la esfera de salud mental, dando sostén a su elección como objeto de estudio de la presente investigación.

INVESTIGACIÓN Y SÍNDROME BURNOUT EN SALUD.

Simonetti refiere que respecto a las investigaciones en temáticas de salud mental en el trabajo, particularmente en Síndrome de Burnout, estas investigaciones datan de la década del 70, reconociendo desde entonces su vinculación a las profesiones asistenciales que realizan cuidados de personas, como es el caso de docentes y personal de salud(7), Pines y Aronson, refieren que el Síndrome de Burnout no sería exclusivo de profesiones asistenciales, plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas, citado por Saborío e Hidalgo (8).

Si bien es cierto, inicialmente la condición de “trabajo asistencial” caracterizaba la aparición del Síndrome de Burnout, se ha encontrado evidencia en que, junto con dicha condición, las características organizacionales también estarían vinculadas a la aparición del síndrome en cuestión. Guic 2006, refiere que los predictores significativos de síntomas psicológicos o físicos de estrés incluyeron: La presencia de un mayor conflicto de rol, menor apoyo de pares y de superiores, mientras que autonomía en el trabajo y claridad de rol fueron marginalmente significativos en su asociación con estrés laboral (9). Canales et al. (2016), realizaron un trabajo exhaustivo con el objetivo de identificar las condiciones de trabajo y las razones por las cuales enferman los profesionales de enfermería en Chile, concluyendo en dicha investigación que las principales problemáticas asociadas al trabajo llevado a cabo por el personal de enfermería corresponderían a riesgos psicosociales como estrés, fatiga y Burnout (3).

Consistente con lo anterior, un estudio realizado con enfermeras chilenas, da cuenta que el hecho de trabajar con personas, no parece ser un problema, más que la naturaleza misma del trabajo de enfermería, en este caso, según refieren los autores, la aparición de Burnout, se justificaría más por aquellos factores organizacionales (7), el mismo autor señala que en Chile, ha sido ampliamente documentado en estudios previos que, el Burnout en enfermeras, está significativamente asociado a la calidad del ambiente de trabajo y que en hospitales con buenos ambientes laborales las enfermeras sufren menos de Burnout (7), esta información es un aliciente para fortalecer la intervención preventiva orientada a mejorar las condiciones de empleo y trabajo.

Los datos de prevalencia de Burnout en trabajadores de salud general, son diversos según la población estudiada, el instrumento utilizado y los criterios para establecer presencia / Ausencia de Burnout, por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil, el año 2020, respecto al Síndrome de Burnout entre profesionales de la salud en unidades de cuidados intensivos, Miranda et al, (26), expone en su planteamiento teórico que aquellas investigaciones que usaron los criterios de Grunfeld (27), es decir, aquellos que utilizan el instrumento MBI para establecer la presencia del Síndrome de Burnout, y que consideraron como suficiente a lo menos contar con una de las tres subescalas del MBI en riesgo elevado, para ya ser considerado caso Burnout. La autora refiere que bajo esta metodología, se informarían tasas más altas de Burnout que aquellos que utilizaron criterio de Maslach, en el que se debe puntuar simultáneamente en alto en las tres subescalas del MBI (26). Miranda et al, utilizando en su investigación criterios de Maslach, encontraron una prevalencia de 0,41%, mientras que con el criterio de Grunfeld, encontraron una prevalencia de 36,9%.

Mendoza, el año 2021 (28), en Cartagena de Indias, realizó un estudio respecto a la prevalencia del Síndrome de Burnout en anestesiólogos durante la pandemia, reportando una prevalencia de Burnout de 50%. Grunfeld el año 2000 (27), realizó un estudio en trabajadores de atención oncológica en Ontario, buscando explorar la prevalencia del agotamiento, estrés laboral y satisfacción laboral,

reportó Alto nivel de agotamiento emocional 53,3%, despersonalización 22,1%, 48,4% realización personal.

Saavedra et al (29), en España 2019, llevaron a cabo una investigación respecto al grado de Burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica, utilizando como criterio para establecer caso de Burnout, cansancio emocional alto y/o despersonalización alto y bajo en realización personal, reportan que 50% de los residentes, presenta Burnout alto. En Argentina, Galván et al, han publicado cifras de desgaste profesional cercanas al 41% en oncólogos pediatras utilizando MBI (16). Castañeda y García también utilizando MBI, dan cuenta de una prevalencia del 40,2% en médicos cirujanos especialistas en México, (13). Mientras que Cicchitti et al, en un estudio realizado en Italia con personal de urgencia prehospitalario y hospitalario, dieron cuenta de una prevalencia superior al 60% de los encuestados (14). García et al (2022), estilizando la escala de desgaste emocional, EDO, encontraron en la localidad de Sonora México en una población de médicos residentes una prevalencia de 87% de Burnout (15).

Respecto a la prevalencia del síndrome de Burnout en Chile, Simonetti en una investigación realizada en hospitales públicos de Chile, utilizando solo la subescala desgaste emocional del MBI para determinar Burnout, señaló que la prevalencia en el país alcanzó cerca de un 34.7%, siendo significativamente mayor en Santiago que en regiones (7), Gutiérrez, utilizando MBI, reporta una prevalencia del 18% de Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la ciudad de Punta Arenas (6). Pastorino, utilizando como instrumento la escala de efectos psíquicos de Burnout, EPB encontró en una muestra de trabajadores del Hospital San Borja Arriaran, una prevalencia de síndrome del 25% (5), Por otra parte y bajo el contexto de pandemia, Olivares et al, el año 2022, reportó una prevalencia del síndrome de Burnout del 35,9% en profesionales de salud durante la pandemia de COVID-19 en una clínica privada de Chile, estos autores para definir clínicamente el síndrome Burnout, consideraron la presencia de Burnout cuando existe simultáneamente un nivel alto de agotamiento emocional y cualquier otro subdimensión que se encuentre en la categoría de riesgo. (25).

Respecto a la prevalencia de síndrome de Burnout en trabajadores de instituciones que prestan servicios de psiquiatría o salud mental, como es el interés de la presente investigación, En una investigación realizada por Basset et al, en México el año 2011, se abordó el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría, utilizando el instrumento MBI, en esta investigación, no se reporta una prevalencia general, si no separado en relación a las subescalas del MBI, sólo el 3.3% de la muestra, habría obtenido un nivel de la subescala agotamiento emocional del síndrome de Burnout alto (30). Mientras que en un estudio realizado por Avendaño et al, el año 2009, en Chile, se exploró el síndrome de Burnout y el apoyo social, en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público, utilizaron como instrumento el MBI para evaluar Burnout, obteniendo una prevalencia del 20% de riesgo Burnout (31). Por otra parte, Barria, el año 2005, realizó una investigación, evaluando el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en personal de dos clínicas psiquiátricas de Chile, el instrumento utilizando fue el MBI, encontraron una prevalencia de 31,7%, (32).

Respecto al mayor riesgo de presentar Síndrome de Burnout, Castro (2018), refiere que los profesionales que realizan su trabajo en el ámbito sanitario y educacional constituyen una población especialmente vulnerable a los riesgos derivados de su trabajo (10), por otra parte, señala Gutiérrez, profesionales que se desenvuelven en la atención primaria de salud presentaron menores niveles de Burnout en comparación con servicios de mayor complejidad (6).

Entendiendo que cualquier persona puede presentar Síndrome de Burnout, resulta razonable preguntarse si las características personales pudiesen estar asociadas al Síndrome de Burnout, o qué características pudiesen ser vinculadas a dicho cuadro clínico, investigaciones previas han explorado dichas asociaciones entre el Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas, condiciones psicosociales y condiciones de empleo, las investigaciones son variadas, a continuación, se realiza un resumen por eje temático de los hallazgos encontrados en los artículos revisados.

En cuanto a la variable sexo, en los estudios revisados, Saavedra, no encontró diferencias estadísticamente significativas (29), otros autores refieren que, pese a

no observarse diferencias estadísticamente significativas entre Burnout y sexo, si se observan algunas tendencias en las que se señala que las mujeres tenderían a presentar mayor proporción de riesgo elevado de Burnout. Nieto et al (33), Mendoza (28), Ruiz (34), Pastorino (5), Gutiérrez (6), Jiménez (12), Castañeda (13), Olivares (25), Ramírez (35) y Muñoz (36). Dos autores reportan información distinta, Melita (37), exponiendo que ser hombre, habría aumentado la sensación de una baja realización personal, mientras que García y Herrero (38) encontraron una relación estadísticamente significativa entre género y la escala despersonalización, en dicho estudio, las mujeres puntuaron significativamente más bajo que los hombres.

Por otra parte, en cuanto a edad, Pastorino (5), Saavedra (29) y García y Herrero (38), no encontraron relación entre síndrome de Burnout y edad, mientras que un número importante de los artículos revisados, tienden a mostrar una orientación en que tener menor edad o ser adulto joven, presentaría prevalencias más altas de Burnout, Miranda Et al (26), Mendoza (28), Barria (32), Lozano (39), Canales (3), Gutiérrez (6), Jiménez (12), Castañeda y Aguilera (13) y Melita (37).

En relación a estado civil, Nieto (33), Barria (32) y Canales (3), no reportan diferencias estadísticamente significativas entre presentar Burnout y dicha variable, mientras que Muñoz (36) y Pastorino (5), refiere no encontrar diferencias estadísticamente significativas pero sí mayor proporción de Burnout en aquellas personas que se encontraban sin pareja.

En cuanto a percibirse como jefe de hogar, Gutiérrez (6), señala que los profesionales que se reconocen como jefe de hogar, presentaron mayor Síndrome de Burnout.

Respecto a nivel educacional, esta variable, pareciera no ser inocuo, Miranda et al (26), García y Herrero (38), Lozano (39) y Galván (16) reportan que tener mayor nivel de formación académica, se encontraría asociada a menor riesgo de presentar Burnout.

Respecto a la profesión u ocupación, no es una variable que tiendan a explorar los investigadores, probablemente dado que las investigaciones incluyen en general poblaciones poco variadas, sin embargo Barria (32) refiere no observar diferencias significativas, pero reporta que en su investigación, el personal con mayor presencia

del Síndrome, ejercerían labores de auxiliares de enfermería y asistentes de enfermos, mientras que Olivares (25) reporta que kinesiología y enfermería serían las ocupaciones con mayor porcentaje de personas que padecían Burnout.

En relación a realizar deporte, Miranda et al (26), refiere que las enfermeras que no hacen ejercicios con regularidad, tienen más probabilidad de desarrollar agotamiento emocional y menos probabilidad de exhibir despersonalización, del mismo modo, Gutiérrez (6) refiere que el 83% de los sujetos que presenta síndrome de Burnout califica como escaso su tiempo disponible para actividades personales fuera de su trabajo.

Respecto a experiencia o antigüedad laboral, Barria (32), García y Herrero (38), Avendaño (31), Ruiz (34), Canales (3) y Melita (37), no encuentran diferencias estadísticamente significativas, entre presentar Burnout y experiencia laboral, sin embargo Miranda et al (26) Castañeda y Aguilera (13) y Galván (16), encuentran que a mayor experiencia laboral, menor sería el riesgo de presentar Burnout

El realizar trabajo no-clínico versus clínico, no parece ser objeto de estudio recurrente, entre la información recolectada, solo Gutiérrez (6) reporta que aquellos que presentan más Burnout ocupan cargo de tipo asistencial/clínico.

En cuanto a ingresos económicos, Barría (32), refiere que no encuentra diferencias significativas con la presencia de Burnout por nivel de ingreso, por otra parte, Ruiz(34), refiere que cuanto menor es la satisfacción salarial de los médicos evaluados, mayores son las manifestaciones de Burnout en profesionales de la salud.

Por otra parte, en relación al tipo de contrato, Barría (32), refiere no observar diferencias significativas entre el tipo de contrato y la presencia del Síndrome de Burnout, mientras que Gutiérrez (6) refiere que la mayoría de quienes presentan Burnout tiene un tipo de contrato a plazo fijo.

Respecto a desarrollar trabajos en sistema de turnos, al parecer no resulta inocuo frente a Burnout, Castañeda y aguilera (13) refiere que laborar en jornada nocturna estaría asociada como variables de riesgo con la presencia de Burnout. Olivares (25) y Canales (3) observaron una alta proporción de personas con alto agotamiento emocional entre las personas que realizan turnos nocturnos, por otra parte, Lozano

(39) señala que se observó que una mayor cantidad de turnos laborales nocturnos pueden aumentar el agotamiento emocional y la despersonalización, finalmente Avendaño et al (31) refiere haber observado una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación mayor de despersonalización entre quienes realizan turno.

Respecto a la cantidad de horas trabajadas, Barría (32), refiere que no existen diferencias significativas entre la cantidad de horas de trabajo según contrato y la presencia del Burnout.

Mientras que Lozano (39), refiere que en un estudio realizado en China utilizando la escala MBI a un total de 107 enfermeras de primera línea frente al COVID-19, reportó que las enfermeras con más horas de trabajo presentaron un mayor agotamiento emocional y despersonalización.

Por otra parte, respecto al multiempleo, Canales (3) señala que este fenómeno de trabajar en más de un lugar, mostró relación con la presencia de Burnout y sus subescalas, pero no refiere la direccionalidad de la asociación.

Respecto a la relación entre el síndrome de Burnout y tiempos de desplazamiento entre casa y trabajo y posición en el trabajo (jefatura, subalterno), no se encontraron datos al respecto en la bibliografía revisada.

Un eje temático importante a considerar cuando se intenta explorar el Síndrome de Burnout, son las condiciones psicosociales presentes en el puesto de trabajo. Respecto a esto, Pastorino estudió el Síndrome de Burnout, a partir de una sola dimensión como es el agotamiento emocional y su asociación con factores psicosociales, encontrando asociación estadísticamente significativa (5). Del mismo modo, Avendaño et al, refieren la existencia de asociación entre las condiciones psicosociales laborales y la emergencia de Burnout, concluyó que hay relaciones inversas y moderadas estadísticamente significativas entre todos los tipos de percepción de apoyo social recibido y la emergencia de Burnout, una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo ya sea de apoyo total como de los compañeros o de los superiores, influiría en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (31).

Por otra parte, Pastorino(5), refiere que mayores niveles de demanda o exigencia psicológica se asocian con la presencia del Síndrome de Burnout. Mientras que Gutiérrez(6), refiere que la mayoría de quienes presentan Burnout refieren que la cantidad de trabajo que realizan es excesiva, y también percibe un escaso apoyo institucional.

TRABAJO Y SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como referente mundial, define la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (40), en esta definición se destaca, los aspectos del “bienestar social y mental” como parte del estado de salud de una persona, estas dos dimensiones se ven fuertemente afectadas en quienes padecen alteraciones en salud mental.

La estrecha relación existente entre el trabajo y la salud mental es intrínseca e innegable, pese a esto, durante años, los principales esfuerzos en temas de seguridad y salud ocupacional habrían estado puestos en reconocer y controlar los riesgos físicos, químicos y biológicos, viendo postergado o desplazados el cuidado de la salud mental. Lo anterior en Chile ha tendido a ser corregido en los últimos años, realizando orientaciones políticas y normativas a nivel país destinadas a reconocer y controlar los riesgos psicosociales presentes en el puesto de trabajo. Ejemplo de estos esfuerzos son la generación del protocolo de control de riesgos psicosociales del Ministerio de Salud (41), la inclusión de la neurosis laboral en el Decreto Supremo 109 (2) y el compendio para la Evaluación y Calificación de Enfermedades de Salud Mental en el trabajo (17), que considera paso a paso el proceso de calificación frente a procesos evaluativos. Pese a los referidos avances en materia de salud mental laboral, los esfuerzos en el reconocimiento y control desde la salud ocupacional frente al “Síndrome de Burnout” en particular, aún resultarían insuficientes. Ejemplo de esto es que en el Decreto Supremo 109 (2), no se encuentra listado el Síndrome de Burnout, así como tampoco se poseen estadísticas precisas de su prevalencia nacional.

Respecto a la relación entre el trabajo y la salud laboral en Chile, considerando el potencial impacto de las condiciones laborales sobre la salud del trabajador, el código del trabajo, establece que el empleador estará obligado a adoptar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores (42). Frente a esto resulta importante destacar que Pastorino ya en el año 2007 (5), refería que la OMS habría advertido respecto al impacto en la salud de las nuevas tecnologías, la exposición a los factores psicosociales y el proceso de envejecimiento poblacional. Estos, podrían exponer a la población laboral a nuevos factores de riesgo impactando negativamente la salud poblacional. Castro el año 2018, refiere que el trabajo, históricamente ha sido un riesgo para la salud de las personas, y destaca que las condiciones laborales, tales como la forma en que se organiza el trabajo y el contenido de la tarea, son factores psicosociales de riesgo que afectan la salud del trabajador (10).

En este sentido, Pastorino, citando a Villalobos, refiere que se ha acumulado evidencia sobre que las condiciones psicosociales generan procesos de enfermedad (5), resaltando de este modo, la estrecha relación que existe entre la salud y el trabajo. Jiménez refiere que es muy probable que el estrés pueda considerarse el riesgo ocupacional número uno para los trabajadores (12).

En la introducción del manual, método ISTAS 21, se da cuenta que el estrés es la respuesta ante las exigencias y presiones laborales que son inadecuadas para el trabajador, lo que puede traducirse en enfermedades cardiovasculares, depresión, trastornos musculoesqueléticos, entre otras. En este sentido, el estrés es un mediador entre los riesgos psicosociales laborales y la patología. Existe evidencia consistente respecto a que las exigencias laborales excesivas, el bajo nivel de control de la tarea por el trabajador, las altas exigencias emocionales y el desbalance esfuerzo/recompensa son factores de riesgo para problemas de salud tanto somática como mental (41).

Ya se dijo en párrafos anteriores que la responsabilidad del cuidado de la salud y seguridad de los trabajadores recae sobre el empleador, pero concretamente en Chile ¿Cómo se ejecuta esto?. Toda empresa, según establece la ley 16.744, paga un seguro por cada trabajador contratado(43), dichos recursos van a fondos que

son administrados por instituciones sin fines de lucro, designadas para estos fines. Estas instituciones son llamadas administradores del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, conocidas popularmente como mutualidades, dichas instituciones tienen dos campos de acción principales muy marcados, una de índole curativo, con un fuerte protagonismo de la medicina del trabajo, en esta área se da tratamiento a aquellos trabajadores /as que han sufrido accidentes o cursan una enfermedad profesional.

El segundo campo, busca evitar que un trabajador se enferme o accidente producto de la exposición laboral, esta última función es menester de Salud Ocupacional, presenta un fuerte componente preventivo, encargado de medir y controlar riesgos presentes en el entorno laboral, reconocidos estos riesgos como condiciones de trabajo, es decir, las variables que definen la realización de cualquier tarea y el ambiente en que se desarrolla, que definen la salud de los trabajadores, en este aspecto cabe destacar que es el empleador quien debe reconocer, medir y controlar las condiciones de riesgo presentes en los lugares de trabajo y podrá para estos fines asesorarse con especialistas o asesores de la mutualidad correspondiente. Los principales tipos de riesgo en el lugar de trabajo, según expone la doctora Solar, incluyen los riesgos físicos, químicos, ergonómicos, biológicos y psicosociales (44). También es importante según refiere Solar, destacar cuando se hace referencia al trabajo y la salud en este, a las condiciones de empleo, estas son las condiciones o circunstancias en que una persona participa en un trabajo u ocupación, por ejemplo, existencia de un contrato laboral y sus tipos, respeto por los derechos laborales, nivel adecuado de remuneraciones, protección y seguridad social, extensión u organización de la jornada laboral, distribución de género de la tarea, doble jornada entre otras; como refiere la misma autora, todos estos aspectos tienen que ver con la calidad de vida y la salud, entonces cuando hablamos de salud ocupacional y por tanto de salud en el trabajo, no nos podemos olvidar de todos estos temas (44). Una frase de la autora refiere: “es importante destacar que el mecanismo por el cual las condiciones de empleo impactan en la salud de los trabajadores(as) no se reduce solo a las condiciones de trabajo” (44). Respecto a lo

anterior, la evidencia señalaría que las personas sin trabajo presentan un gran impacto en salud, lo mismo ocurriría con los trabajo inestables o precarios (44).

La OMS expone en su sitio web que la salud ocupacional abarca todos los aspectos sobre salud y seguridad en el lugar de trabajo, enfocándose especialmente hacia la prevención primaria de los riesgos. Jiménez y Pávez el año 2015 (12), refieren que los trabajadores de la salud se enfrentan a riesgos de accidentes o enfermedades a causa de su ocupación, pero además refieren como riesgos frecuentes e importante el estrés psíquico que genera el trato con personas enfermas, los mismos autores refieren que es muy probable que el estrés pueda considerarse el riesgo ocupacional número uno para los trabajadores (médicos, profesionales, técnicos y administrativos).

ROL DEL ESTADO FRENTE AL RIESGO DE ENFERMAR A CONSECUENCIA DEL TRABAJO.

El rol del Estado frente al riesgo de enfermar a consecuencia del trabajo es velar por la implementación de medidas preventivas orientadas a evitar que el trabajador se enferme o accidente producto de la ejecución de su trabajo, o en el caso que alguien ya haya enfermado producto del ejercicio de su profesión u oficio, velar porque reciba la cobertura clínica, pecuniaria y de rehabilitación a la patología, lo anterior no solo desde la salud física, sino que también desde la esfera mental. Para dar cumplimiento a dicho mandato, el 1° de mayo de 1968 en Chile se promulgó la Ley N.º 16.744 (43) , estableciendo un Seguro Social Obligatorio de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de carácter integral con espíritu preventivo. Esta ley obliga a los empleadores a asumir un rol activo y protagónico en el cuidado de la salud y seguridad de sus trabajadores, pero además establece que si un trabajador presenta una enfermedad provocada de manera directa por el ejercicio de su profesión u oficio debe recibir las prestaciones establecidas en dicha ley 16.744.

Es necesario tener presente que, para recibir estas prestaciones y cobertura de la ley 16.744, primero una patología debe ser reconocida como enfermedad laboral, y para esto, no es suficiente tener la patología o enfermedad por sí sola, sino que

además debe haber condiciones de riesgo en el puesto de trabajo y una exposición suficiente a dicho riesgo que explique la emergencia del cuadro. Ajustándose de esta forma a la definición de enfermedad profesional, según el artículo 7 de la ley 16.744, *“aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte”* (43). En relación a lo anterior, resulta importante destacar que, en el caso de aquellas patologías de salud mental, la medición del vínculo causal pudiese resultar compleja y ocasionalmente poco evidente, por lo que el Estado ha debido establecer procesos estandarizados de evaluación, señalados en el “Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, título III, respecto a calificación de enfermedades profesionales” (17). Este compendio define puntualmente paso a paso desde la forma de realizar la denuncia que da origen al proceso evaluativo, hasta la resolución de la calificación y los procesos subsiguientes en caso de ser considerada su génesis laboral o común.

Como se dijo antes, para determinar la génesis laboral de una patología, es necesario objetivar la lesión, en Chile existe un marco normativo, Decreto Supremo 109, que aprueba el Reglamento para la Calificación y Evaluación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (2). En este decreto, se encuentra una lista con las enfermedades profesionales, dicha lista se actualiza cada 3 años, éste listado es la base para definir que una enfermedad sea considerada laboral o no, hay que entender que esta lista no es cerrada, y que si se denuncia una enfermedad diferente a las señaladas en la lista del DS 109, se demuestra la objetividad en el diagnóstico, una exposición suficiente al riesgo y se establece la relación causal, pese a no estar en la lista, podría ser reconocida como enfermedad laboral. De esta manera, si estas enfermedades se vuelven recurrente en los procesos de evaluación, se agregan en la lista de enfermedades del Decreto Supremo 109, en la actualización correspondiente cada 3 años, pero cuando la sintomatología no cuenta con diagnóstico de enfermedad estandarizado formal, como aquellas que son listadas en el CIE-10, no podrían formar parte de la lista de enfermedades profesionales en el Decreto Supremo 109, toda vez que carecerían de estatus de enfermedad, por ende, no podrían ser atendidas como enfermedades profesionales,

salvo que se les otorgue un diagnóstico distinto, situación no adecuada, que pudiese llevar a un subregistro y estadísticas imprecisas.

Consistente con el apartado anterior, un trabajo realizado por Vivas y Fonseca en Colombia el año 2019, da cuenta de las brechas generadas dado la carencia de la categoría diagnóstica del síndrome de Burnout en el CIE 10 y el DSM-V, expresando que, con los criterios actuales (refiriéndose a CIE 10), dicho síndrome no ocupa un lugar en la realidad médica laboral. No se cuenta con criterios clínicos, lo que dificultaría que el facultativo pueda establecer un diagnóstico apropiado y por ende determinar su origen como laboral o común, pudiendo llevar a una sub notificación de casos, a un conocimiento de vigilancia epidemiológica impreciso y a una implementación de medidas de control insuficientes (20).

Recientemente, a comienzos del año 2022, se incluyó efectivamente el síndrome de Burnout en el CIE 11, con la descripción explícita *“es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización”* (1). Ahora el desafío está en que, lo escrito en el CIE 11, se materialice en realizar diagnósticos ocupacionales más precisos, garantizar cobertura según establece la ley 16.744 cuando corresponda, conocer datos epidemiológicos certeros y adoptar medidas de control y prevención eficientes.

El año 2007, en la actualización del DS 109, se incluyó la neurosis profesional incapacitante, como enfermedad profesional, pudiendo adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como trastorno de adaptación, trastornos de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y dolor crónico; sin embargo, como es evidente, no se encuentra el Síndrome Burnout entre las patologías listadas y actualmente aún no es agregada. Probablemente con la inclusión del diagnóstico en el CIE 11 y lo explícito de la génesis ocupacional que refiere, facilite su próxima y necesaria inclusión en la lista en cuestión del DS 109.

SÍNDROME DE BURNOUT, UN SÍNDROME DE RELEVANCIA OCUPACIONAL

Es conocido que un trabajador de cualquier profesión u ocupación puede estar sometido al riesgo de enfermar o sufrir un accidente relacionado con el trabajo que realiza. De estos problemas de salud se ocupa la llamada medicina ocupacional o salud ocupacional según refiere Jiménez (12). Dar cuenta del fenómeno de Burnout en Chile desde distintas miradas, particularmente desde salud ocupacional es necesario. El estado del arte en la ciencia y estudio de esta temática es nutrido, se han realizado múltiples investigaciones al respecto, pero el abordaje principal se centra en aportar datos epidemiológicos de prevalencia, y no en el enfoque de este síndrome como un fenómeno de gran relevancia ocupacional que requiere acciones preventivas.

Por otra parte, desde la esfera de salud ocupacional, al trabajar con el CIE 10, y no haber contado con una clasificación diagnóstica estándar internacional en el caso del Síndrome de Burnout, contribuyó a que los datos epidemiológicos existentes en los programas de vigilancia puedan ser imprecisos y lleven a intervenciones erróneas, resulta necesario entonces profundizar respecto a la necesidad de contar con el Síndrome de Burnout en la lista de enfermedades profesionales del DS 109, lo que aportaría a contar con información confiable.

Como refieren Vivas y Fonseca, la integración del síndrome de Burnout como categoría clínica, teóricamente daría lugar a diagnósticos oportunos y precisos, lo que permitiría visualizar la patología en la realidad laboral, avanzar en vigilancia epidemiológica y prevención al respecto; así mismo obligaría a los empleadores a implementar programas de medicina preventiva, de higiene y seguridad industrial (20). Considerando lo anterior, es importante señalar que contar en la actualidad con un CIE 11 que considera el Burnout como enfermedad con necesaria génesis laboral, es importante, pero no suficiente, si a esto se sumara la integración del Síndrome de Burnout en la actualización de la lista de enfermedades profesionales del DS 109, sería un segundo paso significativo, toda vez que pondría la patología en cuestión en los análisis de calificación de enfermedades profesionales, lo que estimularía a los empleadores a asumir un rol preventivo activo. Con toda seguridad, refiere Vivas y Fonseca (20), a partir del año 2022 se conocerán un buen número

de nuevos casos de Burnout, no que en la actualidad no existieran, sino que se encuentran subregistrados debido a la falta de un criterio diagnóstico que los médicos puedan utilizar de manera pertinente. Por otra parte, Jiménez señala que contando con datos precisos, se podrían enriquecer las medidas de prevención, evaluar su cumplimiento y los factores que puedan impedirlo, así como la eficacia y efectividad de medidas generales o específicas que puedan ser implementadas (12)

Desde el síndrome de Burnout como fenómeno de relevancia ocupacional, es necesario tener presente el resultado de una investigación realizada por Simonetti et al, en que refieren que en el caso de las enfermeras chilenas el hecho de trabajar con personas no parece ser un problema. Por lo cual, más que mirar a la naturaleza misma del trabajo de enfermería, se justifica el análisis de aquellos factores organizacionales que den cuenta del fenómeno del Burnout. (7), Simonetti además refiere que, en Chile, el Burnout en enfermeras está significativamente asociado a la calidad del ambiente de trabajo, asociación que ha sido ampliamente documentada en estudios previos, así como también refiere que la naturaleza misma del trabajo de enfermería al cuidado de personas no aparece como un factor crítico en esta problemática, su estudio, más bien, identifica factores organizacionales asociados. Entre éstos destaca, la calidad de los ambientes de trabajo, exponiendo en hospitales con buenos ambientes laborales las enfermeras sufren menos de Burnout (7).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones y magnitudes de asociación de los eventuales factores sociodemográficos, condiciones de empleo y factores psicosociales del ambiente laboral relacionados con la emergencia de síndrome de Burnout en los trabajadores de una Clínica Psiquiátrica universitaria?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las condiciones sociodemográficas, de empleo y psicosociales con la posibilidad de desarrollar Síndrome de Burnout.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población en estudio.
- b) Estimar la prevalencia de síndrome de Burnout en los trabajadores de la población estudiada.
- c) Establecer la asociación y fuerza de esta, entre los factores psicosociales, condiciones de empleo y condiciones sociodemográficas con la presencia del Síndrome de Burnout.
- d) Establecer a partir de los puntos anteriores sugerencias empíricamente fundamentadas, orientadas a disminuir el riesgo de ocurrencia del síndrome de Burnout en la población estudiada.

MÉTODO

El presente trabajo busca determinar el tamaño e importancia relativa de los efectos de cada variable en su “aporte” a la emergencia de cuadro de Burnout en el sentido dicotómico, es decir, presenta Burnout (SÍ/NO).

Los resultados de los análisis resultarán ser un insumo importante que se entregará a la organización, a modo que esta pueda distinguir, cuantificar y priorizar los aspectos más relevantes en la ocurrencia del cuadro estudiado, para que de esta manera, y considerando a su vez la factibilidad de las medidas, establezca acciones de gestión y políticas administrativas, destinadas a la prevención del problema estudiado, permitiendo así la reducción de los costos asociados y una mejora real del bienestar psíquico de los trabajadores de la salud que pretende representar la muestra, sin perjuicio de que estas medidas además puedan ser útiles también en

otros centros de atención de salud, considerando por cierto, las condiciones propias y realidades específicas de cada institución.

DISEÑO:

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con una muestra de trabajadores de una Clínica Psiquiátrica Universitaria, ubicado en la región metropolitana, Chile. Se realizó el trabajo de campo y levantamiento de datos primarios entre los meses de junio y Julio 2023, mediante la administración de encuestas autoaplicadas, voluntarias y confidenciales.

LUGAR DE ESTUDIO.

La investigación fue realizada con personal de una Clínica Psiquiátrica Universitaria, ubicada en la Región Metropolitana, Chile. La muestra está conformada tanto por personal que trabaja en la Clínica, así también por aquellos que prestan servicios en calidad de médicos en formación como especialistas en psiquiatría y otros profesionales también en formación.

La clínica psiquiátrica estudiada cuenta con atención abierta y cerrada, es decir, posee unidades ambulatorias y de internación, además cuenta con unidades clínicas y de apoyo tanto en trabajo administrativo como en alimentación y un número importante de personal en formación como especialistas en psiquiatría

MUESTRA:

La muestra del estudio fue no probabilística por conveniencia, dado que esta, fue conformada de acuerdo a la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra.

Resulta importante señalar que la organización al momento de aplicar el instrumento de levantamiento de información, contaba con un universo laboral de 168 miembros, incluyendo los ya señalados profesionales en formación, de estos 168 miembros, 8 se encontraban en modalidad de ad honorem, asistiendo solo de manera ocasional a la clínica, 19 se encontraban con licencia médica, 2 se encontraban con permiso sin goce de sueldo, mientras que 1 asistía solo ocasionalmente y distante en el

tiempo al centro en estudio. Por lo tanto, de la población original, finalmente 138 podían participar en la investigación. Cabe destacar como dato relevante, que, de las 19 personas con licencia médica, 15 pertenecerían a la misma unidad de trabajo. La muestra del estudio resulta heterogénea, considera distintas modalidades de relación contractual, ambos sexos, distinto nivel académico, ingresos, edades, nivel académico, profesiones u ocupaciones, etc.

De los 138 trabajadores susceptibles de participar en el estudio, 102 accedieron voluntariamente a responder la encuesta, representando un 73% de la población susceptible de participar. Obedece a una muestra no probabilística.

La muestra fue representativa de todos los estamentos, Psiquiatría 57%, psicólogos 44%, Terapeuta ocupacional 80%; personal de alimentación 100%, secretaria 100%, personal de ingreso y caja 75%; Becados 62%, pasantes 100%, auxiliar de enfermería 80%, Técnico en enfermería nivel superior Tens, 100% y enfermería 100%. Solo 1 persona se negó a participar, el resto de los no participantes, se encontraba alejado geográficamente del lugar de recolección de datos prestando atención en otros centros clínicos, o no asistieron a la clínica durante el tiempo de levantamiento de información.

El cálculo del tamaño muestral mínimo utilizando la fórmula para una población finita. considerando una población laboral en la organización de 138 trabajadores, un margen de error máximo del 10% y un nivel de confianza del 95%, arroja una muestra mínima de 58 participantes, sin embargo, como se dijo anteriormente la participación de los sujetos fue significativamente superior al mínimo antes señalado, prácticamente doblando la muestra mínima solicitada.

Calculo basando en la fórmula para una población finita expuesta a continuación

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

- n= Tamaño de la muestra.
- N= Tamaño de la población. (138)

- Z = Valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal, llamado también nivel de confianza. (en nuestro caso al 99% de confianza: 2.58.)
- S^2 = Varianza de la población en estudio que es el cuadrado de la desviación estándar, en nuestro caso, dado que aún no se ha realizado la encuesta, se optará por una desviación estándar de 0,5, que garantizará que el tamaño de la muestra sea suficientemente grande.
- d = Nivel de Precisión absoluta, referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio. En nuestro caso (0,1) equivalente al margen de error máximo admitido del 10%.

La unidad de análisis fueron los trabajadores que participan en el estudio.

MÉTODOS DE INVITACIÓN DE SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:

- a) El investigador realizó tres reuniones informativas respecto a los objetivos de la investigación a actores relevantes, incluyendo en esta, a jefaturas de recursos humanos, miembros del Comité Paritario, jefaturas de servicio y profesionales en general, este último grupo en contexto de la reunión clínica ampliada. El objetivo de las reuniones fue dar a conocer la investigación, resolver inquietudes y generar alianzas estratégicas que facilitaran la disposición de participar en el estudio.
- b) La Dirección de la Clínica, entregó una lista de los trabajadores de la institución, incluyendo becados, categorizada por estamento profesional, se evitó por parte de la organización, entregar información confidencial, esto para resguardar datos sensibles de los trabajadores.
- c) Dada la dinámica operacional de la Clínica y a modo de ajustarse a dicha dinámica, se usaron 3 espacios de aplicación de encuesta, siempre destacando la voluntariedad de la participación y confidencialidad de los datos. Respecto a esta última, confidencialidad, se controló con dos estrategias, la primera fue que la encuesta tenía un código de identificación

solo conocido por el investigador, además de manera complementaria, el acceso a los cuestionarios fue restringido, solo pudiendo acceder el investigador.

- a. El investigador, se presentó en las unidades de trabajo, luego previa coordinación con la jefatura de área, ingresó junto al posible participante a una sala o box propia de la unidad, dicha sala debía permitir el resguardo de la privacidad, se expuso detalladamente la investigación e hizo la invitación formal a participar. A aquellos que aceptaron, se les entregó el consentimiento informado (anexo 2), el cual fue leído y comprendido, luego firmado. Posteriormente se procedió a entregar el cuestionario de levantamiento de información, esperando que el participante lo respondiera de inmediato. Mientras que el investigador permaneció cercano a modo de responder inquietudes si fuese necesario. Se destaca que para que esta estrategia fuera exitosa, fue trascendental la alianza estratégica del investigador con la jefatura de unidad de enfermería y la secretaria de Dirección.
- b. Como segunda estrategia, la Dirección dispuso una sala privada que garantizaba mantener la confidencialidad de la información, en dicha sala, el personal cuyo horario de trabajo era dinámico, se presentó en virtud de la disposición de sus tiempos. En esta modalidad, también se expuso detalladamente la investigación y se hizo la invitación formal a participar. A aquellos que aceptaron, se les entregó el consentimiento informado, que fue leído y comprendido, luego de firmado este último, se procedió a entregar el cuestionario de levantamiento de información, esperando que la persona lo respondiera de inmediato. Nuevamente el investigador permaneció cercano a modo de responder inquietudes si fuese necesario. Para que esta estrategia fuera exitosa, fue trascendental la alianza estratégica y apoyo con la secretaria de Dirección.

- c. Como tercera estrategia, considerando la dispersión geográfica de los trabajadores de la Clínica y diversidad de horarios, se hizo una aplicación masiva de cuestionarios en el contexto de reunión clínica ampliada. Siguiendo el mismo orden expuesto en las estrategias anteriores, se explicó la investigación, se destacó la voluntariedad, se entregó el consentimiento informado, una vez leído, comprendido y firmado, se procedió a hacer entrega del cuestionario, esperando que se respondiera en el momento. El investigador permaneció en la sala a modo de responder inquietudes si fuese necesario. Para que esta estrategia de levantamiento de información, se pudiera implementar exitosamente, fue de gran ayuda el compromiso del director de la Clínica, quien expresó el apoyo al proyecto de investigación e invitó abiertamente a participar.

Por otra parte, solo 5 de los 102 participantes, entregaron al investigador con posterioridad el cuestionario, esto principalmente dado que expresaron su intención de participar en la investigación, pero la carencia de tiempo para hacerlo en el momento de la aplicación implicaba una barrera. En estos casos, también se resguardó la confidencialidad de la información, siendo manejado el cuestionario solo por personal del equipo de investigación.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable dependiente:

Presentar síndrome de Burnout. Variable categórica dicotómica (Si/No).

Variables independientes:

Condiciones sociodemográficas.

Condiciones de empleo.

Factores psicosociales:

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:

VARIABLE SÍNDROME DE BURNOUT:

En la presente investigación se ha elegido como instrumento para evaluar la presencia de Burnout, el cuestionario “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*”, Este instrumento fue elegido principalmente por cumplir tres características, primero, cuenta con una alta aceptación y valoración en el área de investigación, segundo al ser un instrumento ampliamente utilizado en investigación tanto a nivel nacional como internacional, posibilitando con esto poder explorar comparaciones con otras investigaciones en el área, y tercero, cuenta con una validación en Chile realizada por Olivares et al (45).

La versión del cuestionario utilizado, consta de 22 ítems de tipo Likert en forma de aseveraciones relacionadas con las actitudes, emociones y sentimientos personales del profesional en el trabajo y hacia las personas a las que necesita atender, por ejemplo “*Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo*”. Frente a esta afirmación, el o la participante puede responder en una escala discreta y ordinal con puntuaciones desde 0 a 6, de acuerdo con la frecuencia con la que experimenta la situación: (0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al mes o menos; 3 = Unas pocas veces al mes; 4 = Una vez a la semana; 5 = Unas pocas veces a la semana; 6 = Todos los días).

Los 22 ítems se agrupan en tres dimensiones o subescalas, derivadas de su factorización, y cada una evalúa uno de los tres rasgos o síntomas característicos que definen el síndrome de Burnout.

Luego la puntuación obtenida en cada pregunta se suma de manera algebraica con cada pregunta del factor, obteniendo un puntaje o “valor total” por factor. Es importante destacar que el MBI no entrega un puntaje general, sino que entrega puntajes separados por cada una de las tres subescalas.

Las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización están configuradas de tal manera que indican a mayor puntuación, mayor desgaste profesional o Burnout, mientras que la subescala baja realización personal, funciona en sentido inverso, indicando a menor puntaje, mayor desgaste profesional o Burnout.

En base a la puntuación obtenida por el/la participante, cada una de las escalas se categoriza como riesgo bajo, medio o alto. Los puntos de corte utilizados para categorizar, son Agotamiento Emocional riesgo alto ≥ 27 ; Despersonalización ≥ 10 ; Baja Realización Personal ≤ 33 . Estos criterios son los mismos utilizados por Mendoza (28), Saavedra et al (29), Simonetti (7), Castañeda y Aguilera (13) y Galván (16).

Cabe destacar que las tres subescalas del MBI, se comportan de manera independiente, pudiendo obtener puntajes elevados en una y bajos en las otras 2, o resultados bajos en los tres, las combinaciones son variadas.

Las preguntas del cuestionario MBI que conforman cada factor o sub escala se exponen a continuación:

Subescala MBI	Preguntas por Factor
Cansancio Emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20
Despersonalización	5-10-11-15-22
Realización Personal	4-7-9-12-17-18-19-21

Para categorizar riesgo bajo, medio o alto de burnout, el puntaje obtenido por cada participante, debe ser categorizado según la siguiente tabla.

Factor/subescala	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	40-48	34-39	0-33

DEFINICIÓN DE CASO BURNOUT

Es necesario señalar la dificultad que se presenta para establecer la prevalencia del síndrome de Burnout, según refiere Miranda et al, no existe consenso para diagnosticar el Síndrome de Burnout utilizando los valores obtenidos en el MBI, por lo tanto, la mayoría de los autores solo describen los resultados porcentuales, la media o las desviaciones (26).

En el presente estudio, como estrategia para definir un caso como Burnout, será suficiente que a lo menos una de las 3 subescalas del MBI esté en riesgo elevado, para determinar de esta manera que el participante presenta Burnout. Esta estrategia de clasificación, ha sido utilizada en diversos estudios, entre los que encontramos Mendoza (28), Grunfeld (27), Saavedra et al (29) y Galván (16).

Además, de manera adicional, se estimará la prevalencia utilizando los criterios sugeridos por Maslach, es decir que, para que un participante sea considerado con presencia de burnout, el participante de manera simultánea debe presentar las tres subescalas de MBI en riesgo alto (26).

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dado que la evidencia refiere que las características personales pudiesen predisponer a una persona a presentar Síndrome de Burnout, se incluirá un cuestionario de elaboración propia orientado a definir las variables sociodemográficas de la población en estudio.

La operativización de esta variable, se realizará mediante un cuestionario individual en la que se consulte:

- a) Sexo.
- b) Edad.
- c) Estado civil.
- d) Rol de Cuidador/a de terceros.
- e) Profesión u Ocupación.
- f) Nivel de estudio.

- g) Años de experiencia laboral en el trabajo actual.
- h) Años de experiencia laboral General.
- i) Autopercepción como jefe de hogar.

CONDICIONES DE EMPLEO.

En este estudio las condiciones de empleo, son consideradas variables de exposición. Entenderemos como condiciones de empleo, la definición entregada por la Dra. Orielle Solar (44), es decir, *“condiciones o circunstancias en que una persona participa en un trabajo u ocupación, como por ejemplo, la existencia de un contrato laboral y su tipo, el respeto por los derechos laborales, nivel adecuado de remuneraciones, protección y seguridad social, extensión u organización de la jornada laboral, doble jornada, entre otras”*.

La operacionalización de esta variable será mediante un cuestionario de elaboración propia que considera las condiciones principales descritas en la literatura sobre condiciones de empleo que se asocian a la precarización de la condición laboral, será confeccionado en base a preguntas de la “Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile” (ENETS 2009 – 2010) (46):

Ejes temáticos de condiciones de empleo consultados:

- a) Tipo de contrato.
- b) Clasificación del trabajo realizado como clínico.
- c) Posición en el trabajo como jefatura o subalterno.
- d) Acceso a seguridad social.
 - Acceso a licencia médica.
 - Acceso a licencia médica maternal / paternal.
 - Acceso a licencia médica para hijo menor de un año.
 - Facilidades para acceder a permiso cuando se requiere ir al médico.
 - Acceder a indemnización en caso de despido.

- e) Descansos
 - Hacer uso de vacaciones sin problemas.
 - Hacer uso de días feriado sin problemas.
 - Solicitar día libre por razones personales sin problemas.
- f) Posibilidad de organizarse con otros trabajadores mediante participación en organización gremial, colegios profesionales o sindicatos.
- g) Ingresos
 - Ingresos percibidos.
 - Percepción del nivel de ingreso como suficiente para satisfacer sus necesidades.
- h) Cantidad de horas trabajadas
 - Desarrollar trabajos remunerados adicionales complementarios.
 - Cantidad de horas trabajadas.
- i) Realizar turnos.
- j) Desarrollar actividades de ocio o deportivas.
- k) Tiempos de traslado
 - Hacia el trabajo.
 - De retorno al hogar.

CONDICIONES PSICOSOCIALES LABORALES

Los Factores de Riesgo Psicosocial son las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, las condiciones de organización, el contenido del trabajo, las capacidades y necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral, estos poseen el potencial para provocar un daño somático o psíquico en el trabajador (41). La operacionalización de esta variable será mediante la aplicación del cuestionario SUSES/ISTAS 21, versión breve, dicho cuestionario es un instrumento de medición que permite la evaluación y medición de los riesgos psicosociales en el trabajo (41).

El cuestionario es la adaptación y validación en Chile del cuestionario COPSOQ-ISTAS21, que a su vez es la traducción y validación que realizó el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de Barcelona (ISTAS) del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), desarrollado por el Instituto de Salud y Ambiente Laboral de Dinamarca. Ver Red Internacional COPSOQ (41)

En la presente investigación, se usará la versión breve del cuestionario, solo contiene 20 preguntas (una por subdimensión) agrupadas en las mismas 5 dimensiones del cuestionario completo.

- 1) Exigencias psicológicas en el trabajo: Representa esencialmente el concepto de “demanda” del modelo demanda-control- apoyo social. Una alta prevalencia de personas en riesgo alto, significa que las exigencias sobre los trabajadores son elevadas, o que el esfuerzo que realizan es alto, pero también que las exigencias emocionales son elevadas.(41)
- 2) Trabajo activo y desarrollo de habilidades: “Trabajo activo” es un trabajo donde es posible desarrollarse como persona, principalmente a través de la autonomía y las posibilidades de aprendizaje que tienen los trabajadores, Una alta prevalencia de personas en riesgo alto puede significar que los trabajadores tienen escaso control sobre sus tareas, o que estas son irrelevantes, y por lo mismo son escasas las posibilidades de aprendizaje. (41)
- 3) Apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo: Esta dimensión evalúa principalmente el liderazgo, una alta prevalencia de personas en riesgo alto, puede significar que los estilos de liderazgo son inapropiados (41).
- 4) Compensaciones: Representa principalmente el reconocimiento que recibe el trabajador por el esfuerzo realizado, también mide la estabilidad del trabajo. Una alta prevalencia de personas en riesgo elevado, puede significar que sienten escaso reconocimiento por su labor, o que su trabajo es inestable (41).
- 5) Doble Presencia: Representa las exigencias sincrónicas o simultáneas del ámbito laboral y familiar del trabajador/a. Una alta prevalencia de personas “riesgo alto” puede indicar que los/las trabajadores/ as tienen exigencias

incompatibles en los dos ámbitos (por ejemplo, por horarios de trabajo extensos o incompatibles)(41)

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un levantamiento de datos primarios entre los meses de junio y Julio 2023. El trabajo de campo, se realizó de manera presencial, siguiendo los pasos ya expuestos en el apartado de método de la presente investigación.

El instrumento para la recolección de datos, fue una encuesta confidencial conformada por 4 secciones:

Contenido de la encuesta auto administrada:

- 1) Cuestionario Inventario de Burnout de Maslach (MBI).
- 2) Cuestionario Istras 21 Versión Breve.
- 3) Cuestionario Sociodemográfico de elaboración propia.
- 4) Cuestionario condiciones de empleo de elaboración propia.

Uso escala MBI.

Una vez recolectados los datos, la puntuación obtenida en el cuestionario Maslach Burnout Inventory – MBI. Se categorizó cada subescala según riesgo “bajo”, “medio” o “alto” de Burnout. Con los datos anteriormente señalados, se determinó casos Burnout SI/ NO, esta variable fue considerada variable dependiente.

Uso escala Cuestionario Istras 21.

Una vez recolectados los datos, la puntuación obtenida en el cuestionario Istras 21 versión breve. Se categorizó en cada una de sus 5 dimensiones como “nivel de riesgo “alto”, “medio”, “bajo”. Esta variable fue considerada variable Independiente.

Respecto a las condiciones sociodemográficas (SD): Variables independientes

- **SD Género:** (variable nominal categórica) 1 “Hombre”; 2 “Mujer”; 3 “Otro”.
- **SD.1 Estado civil:** (variable nominal categórica) 1 “Soltero (a) sin pareja”; 2 “Pololeando sin convivencia”; 3 “Conviviente”; 4 “Unión Civil”; 5 “Casado (a)”; 6 “Anulado (a)”; 7 “Separado (a)”; 8 “Divorciado (a)”, 9 “Viudo (a)”.
- **SD.2 Nivel educacional:** (variable ordinal categórica) 1 “Media Completa”; 2 “Instituto Profesional Completa”; 3 “Universitaria completa”; 4 “Universitaria de postgrado”.
- **SD.3 Usted es jefe de Hogar:** 1 “Sí”; 2 “No”.
- **SD.4 Antigüedad en el puesto laboral actual:** 1 “Entre 6 meses y menos de un año”, 2 “Entre 1 año y menos de 3 años”, 3 “Entre 3 años y menos de 5 años”; 4 “Entre 5 años y menos de 10 años”; 5 “10 años o más”.
- **SD.5 experiencia laboral general:** (Variable Ordinal Categórico) Se consultó como variable numérica continua, luego categorizó. 1: menor de 3 años; entre 3 y 10 años y 3; más de 10 años.
- **SD.6 ¿tiene a su cargo el cuidado de niños pequeños, adultos mayores, enfermos minusválidos o crónicos?** (Variable nominal Categórico), 1 “Sí, como único cuidador”, 2 “Sí, pero compartido con otro”; 3 “Ocasionalmente”, 4 “No, no tiene nadie a su cargo”.

Respecto a las condiciones de empleo (CE):

- **CE.1 Formalidad del contrato de trabajo:** (variable nominal categórica) 1 “Sí”; 2 “No”
- **CE.2 Plazo/tipo del contrato de trabajo:** (variable nominal categórica) 1 “Indefinido”; 2 “a Plazo Fijo”; 3 “Prestación de servicios a honorario”; 4 “Otro”.
- **CE.3 Jornada de trabajo / Turnicidad:** (variable nominal categórica) 1 “Sólo diurno (de día)”; 2 “Sólo nocturno (de noche)”; 3 “En turnos

(rotativos sólo de día”); 4 “En turnos (rotativos día-noche)”. 5 “En turnos por ciclos (Días de trabajo y descanso, trabaja 10 x 5 de descanso, 7x7, 4x4, 20x10), dado el tamaño reducido de algunos grupos, esta variable se hizo nominal categórica dicotómica, Realiza sistema de turno, Sí / No.

- **CE.4 Posición en la organización:** (variable nominal categórica) 1 “Una posición directiva”; 2 “jefe, supervisor (con responsabilidad de jefatura y dirección, pero depende de otra”; 3 “Una posición subordinada (tiene un jefe y no tiene personas a cargo)”. Dado el tamaño de los grupos, esta variable se hizo dicotómica, (variable nominal categórica) jefatura / subalterno.
- **CE.5 Además del trabajo principal, realiza otro trabajo remunerado:** (variable nominal categórica) 1” Sí, de manera habitual”; 2 “Sí, pero sólo ocasionalmente”, 3 “Sí, trabajo de temporada”; 4 “No, no tengo otros trabajos” Dado el tamaño de los grupos, esta variable se hizo dicotómica, realiza otros trabajos remunerados complementarios Si / No.
- **CE.6 Horas de trabajo durante la última semana:** Esta variable fue continua y se categorizó de manera politómica, (variable ordinal categórica) 1: “45 horas o menos”; 2: “entre 45 y 55 horas a la semana” y 3; “más de 55 horas a la semana”.
- **CE.7 Ingreso liquido mensual:** esta variable fue continua y se categorizó de manera politómica (variable ordinal categórica) 1: “menos de 1.000.000”, 2: “entre 1.000.000 y 2.500.000” y 3; “más de 2.500.000”
- **CE.8 ¿Su salario o ingresos percibidos en todos sus trabajos, le permiten cubrir sus necesidades básicas y gastos regulares?** (Variable nominal Categórico), 1 “Siempre”; 2 “Casi siempre”, 3 “Rara vez”, 4 “Nunca”.

- **CE.9.1 Con qué frecuencia Ud. puede Tomarse los días feriados sin problema** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.2 Con qué frecuencia Ud. puede hacer uso de licencia o reposo médico sin problemas** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.3 Con qué frecuencia Ud. puede ir al médico sin problemas cuando lo necesita** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.4 Con qué frecuencia Ud. puede tomar las vacaciones sin problemas** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.5 Con qué frecuencia Ud. puede pedir o tomarse un día libre por motivos familiares o personales sin problemas cuando lo necesita** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.6 Con qué frecuencia Ud. puede acceder a indemnización por despido** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.7 Con qué frecuencia Ud. puede hacer uso de licencia maternal o paternal** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “rara vez”; 3 “casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.9.8 Con qué frecuencia Ud. puede hacer uso de licencia médica para menor de 1 año** (Variable nominal Categórico), 1 “Nunca”, 2 “Rara vez”; 3 “Casi siempre”; 4 “Siempre”.
- **CE.10 Pertenece usted a alguna organización de representación laboral** (variable nominal categórica) 1 “Sindicato”; 2 “Sindicato trabajadores independientes a honorario”; 3 “Asociación de funcionarios o de colegios profesionales”; 3 “otras organizaciones de representación laboral”; 5 “no pertenezco”, dado el tamaño de los

grupos, esta variable se hizo dicotómica (variable nominal categórica).
Participa en organización de representación laboral Sí/No.

- **CE.11 En el último mes, practicó Ud. algún deporte o actividad de ocio:** (variable ordinal categórica) 1 “3 o más veces por semana”; 2 “1 o 2 veces por semana”; 3 “Menos de 1 vez por semana”; 4 “No practiqué deporte u ocio este mes”.
- **CE.12.1 Tiempo de desplazamiento desde el hogar hacia el trabajo (viaje de ida)** Esta variable fue continua y se categorizó de manera politómica (variable ordinal categórico) 1 “menos de 30 minutos”; 2 “entre 30 y 60 minutos”; 3 “más de 60 minutos”.
- **CE.12.2 Tiempo de desplazamiento desde el trabajo hacia el hogar (viaje de retorno),** esta variable fue continua y se categorizó de manera politómica (variable ordinal categórico) 1 “menos de 30 minutos”; 2 “entre 30 y 60 minutos”; 3 “más de 60 minutos”.

ANÁLISIS DE DATOS:

Con los datos obtenidos, se confeccionó una base de datos en el programa Stata 18 y posteriormente se realizó el análisis estadístico.

ANÁLISIS EXPLORATORIO.

A partir de las respuestas de los encuestados se elaboró un análisis exploratorio de los datos que comprendió:

1. Gráficos de cajas (boxplot) de todos los encuestados, que dieron cuenta de forma gráfica de los puntajes obtenidos por la totalidad de los encuestados. Estos análisis resultan especialmente útiles a la hora de determinar observaciones (Individuos) atípicas que podrían indicar una alta tasa de no respuesta o respuestas inconsistentes, que podrían ser excluidas del análisis final.

2. Gráficos de cajas separados por sexo, profesión o tipo de actividad, experiencia laboral, edad, ingresos, etc.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.

Se llevó a cabo estadísticas descriptivas que permiten resumir las tendencias centrales, variabilidades de los datos, medidas de posición de los puntajes totales y separados por variables sociodemográficas.

ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

ANÁLISIS BIVARIADO

Para determinar asociación entre variables, se utilizó la prueba paramétrica Chi cuadrado o en su defecto su alternativa no paramétrica, prueba exacta de Fisher.

Las variables utilizadas fueron:

- Dependiente: Variable categórica, caso Burnout Sí/No.
- Independientes: Variables sociodemográficas, condiciones de empleo y condiciones de riesgo psicosocial.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICO MULTIVARIADO:

Como parte del análisis inferencial, se realizó un análisis de regresión logística multivariado, se utilizó como variable dependiente la variable categórica “Presentar Burnout, Si/No”. Mientras que las variables predictoras fueron variables sociodemográficas, condiciones de empleo y factores de riesgo psicosocial).

Luego, además, se realizó un modelo de regresión logística por cada subescala del MBI, utilizando también como variable dependiente, presencia de Burnout Si/No, pero por cada subescala, es decir en cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal.

Estos análisis permiten por una parte estudiar posibles factores confusores y poder controlar por tanto sesgo de confusión. Además esta técnica estadística multivariante permite estimar la relación existente entre una variable dicotómica, en

nuestro caso presenta burnout si/no y un conjunto de variables independientes métricas o no métricas, buscando cuantificar asociaciones entre la Burnout, distinguiendo los aspectos más significativos en la ocurrencia del cuadro estudiado, para de esta manera, y considerando a su vez la factibilidad de las medidas, establecer propuestas y consideraciones de procedimientos y políticas, destinadas a la prevención de los cuadros de Burnout.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité ético científico de la institución a la que pertenece la clínica estudiada y da cumplimiento a la ley 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano. Se adoptaron las medidas necesarias por parte del investigador para respetar los 4 principios de la bioética: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Previo a la participación en el estudio, cada participante recibió un consentimiento informado de la investigación, el cual leyó y comprendió, y luego de manera voluntaria firmó.

Se destaca que se adoptaron los cuidados para mantener la confidencialidad de la información entregada por los participantes. Desde el punto de vista de riesgos y beneficios a la clínica estudiada y a la comunidad se considera que el presente estudio significa un aporte sustantivo a la información local para el manejo del riesgo de presentar Burnout. La presentación y análisis de los resultados se realizó con imparcialidad y objetividad científica. Se declara ausencia de cualquier conflicto de interés relacionado a la investigación desarrollada.

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, estos se organizan en dos secciones, la primera da cuenta del análisis descriptivo y la segunda el análisis inferencial.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.

Los resultados se presentan para 102 participantes en el estudio, quienes accedieron voluntariamente a ser parte en la investigación. De los participantes, 45 (44%) son hombres mientras que 57 (56%) son mujeres, La edad de quienes participan va entre los 22 años hasta los 78 años, mientras que el promedio de edad es de 42,95 años, con una desviación estándar de 13,97 años, el 50% de quienes participan, tiene 38 años o más, siendo los psiquiatras y personal de secretariado, quienes en sus grupos cuentan con mayor proporción de personas mayores a 45 años, por otra parte, enfermería, becados y pasantes, presenta en general personas más jóvenes, menores a 35 años.

En cuanto al nivel educacional, el 89% presenta educación superior, habiendo egresado de instituto profesional, universidad o postgrado, siendo estos últimos 2 grupos quienes representan el mayor número de la muestra, 30% cuenta con educación universitaria completa y 36% cuenta con estudios universitarios de postgrado.

Respecto al tipo de trabajo realizado, el 81,4% de la muestra refiere realizar trabajo principalmente clínico con atención de paciente. En cuanto a la posición en el trabajo, el 34% refiere tener una posición de jefatura, ya sea directiva o mando medio.

Por otra parte, el 48% de la muestra, participa en organizaciones de representación laboral, sean estos sindicatos, gremios o colegios profesionales.

En cuanto a complementar sus ingresos con trabajos adicionales, 45% de la muestra, refiere realizar trabajos remunerados anexos al que realiza en la clínica estudiada, aquellas profesiones u ocupaciones que muestran mayor frecuencia en cuanto a realizar trabajos adicionales, se encuentra los psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Respecto al nivel de ingresos, 8% evitó responder esta

pregunta, de los que respondieron, es posible señalar que reportaron un ingreso mensual promedio de \$2.307.840 pesos, encontrándose la mediana en 1.850.000, es decir, el 50% de las personas encuestadas recibe como remuneración dicho valor o menos, la desviación estándar de los ingresos es de 1.965.689 pesos, los valores oscilan en un mínimo de 200.000 y 10.000.000. Respecto al análisis por género, los hombres son aquellos que reportan sueldos más elevados en comparación con las mujeres.

Respecto a la percepción sobre si sus ingresos le permiten satisfacer o cubrir sus necesidades, El 80,4% refiere que sus ingresos casi siempre o siempre, le permiten cubrir sus necesidades. En general no se observan diferencias por género entre los grupos en esta variable, salvo que proporcionalmente aquellos que señalan que el ingreso nunca les alcanza para cubrir sus necesidades, 4 mujeres refieren que su ingreso no alcanza, mientras que solo 1 hombre hace la misma afirmación, esto es consistente con el hecho que, en la muestra, es más frecuente encontrar mujeres con menores ingresos.

Respecto a la carga laboral durante la última semana, según información reportada por los participantes, la media de horas trabajadas fue de 48,55 horas con una desviación estándar de 13 horas, el 50% de los participantes trabajó 45,5 horas a la semana o más, 23% refiere trabajar entre 45 y 54 horas semanales, mientras que el 24% refiere trabajar más de 55 horas semanales, el mínimo fue 6 horas semanales trabajadas y el máximo 112 horas.

La antigüedad laboral general, es decir, desde que la persona comenzó su carrera laboral, es en promedio de 16,93 años, con desviación estándar de 13,27 años, El 75% de la muestra cuenta con una experiencia laboral general mayor a 6 años, mientras que el 50% de quienes participan en la investigación cuenta con 12 años de experiencia o más.

Respecto a la experiencia laboral en el trabajo actual, el 98% de la muestra cuenta con una experiencia laboral en el trabajo actual mayor a 6 meses, mientras que el 56% presenta una experiencia mayor a 3 años.

El resumen de los datos descriptivos expuestos anteriormente se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.
Descripción general de la muestra

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	45	44%
	Mujer	57	56%
	Total	102	100%
Edad	< 35	43	44%
	36 - 45	15	15%
	46 - 55	16	16%
	> 56	25	25%
	Total	99	100%
Nivel Educativo	Educación media completa	11	11%
	Instituto Profesional Completa con título	23	23%
	Universitaria completa con título	31	30%
	Universitaria de postgrado	37	36%
	Total	102	100%
Ingresos	< \$999.999	31	33%
	Entre \$1.000.000 y \$2.500.000	34	36%
	>\$2.500.000	29	31%
	Total	94	100%
Participación en Sindicato / Gremios	SI	49	48%
	NO	52	51%
	Total	101	100%
Clínico / Adm.	Clínico	83	81%
	No-Clinico	19	19%
	Total	102	100%
Posición en el trabajo	Sub Alterno, sin personal a cargo	66	65%
	Posición directiva, Mandos intermedios	35	35%
	Total	101	100%

Tabla de elaboración propia

En la muestra hay participantes de 11 profesiones u ocupaciones distintas, las 3 profesiones u ocupaciones con mayor frecuencia representan el 62% de la muestra, es decir, el 24% son médicos en formación como especialista en psiquiatría, denominados “becados”, el 20% son técnicos nivel superior en enfermería, mientras que el 18% son psiquiatras.

La distribución de la muestra, se expone en el gráfico 1.

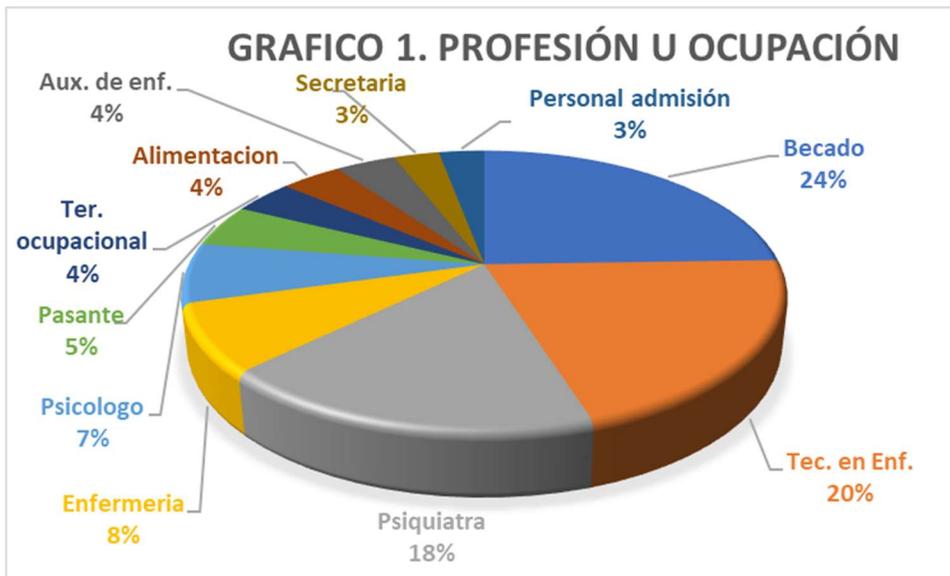


Gráfico elaboración propia.

PREVALENCIA

Respecto a la prevalencia del Síndrome de Burnout, utilizando los criterios de Maslach, es decir que de manera simultánea presentaran riesgo alto en las tres subescalas, se observa una prevalencia de 6,86%. En cuanto a dicha prevalencia por sexo, las mujeres, presentan un 7% y los hombres un 6,8 de prevalencia, es decir, no se observó diferencias importantes. Por otra parte, al hacer el análisis por edad, se agrupó menores de 45 años y mayores de 45 años, mostrando los primeros, una prevalencia del 8,6% de síndrome de Burnout, mientras que aquellos con edad mayor a 45, presentan una prevalencia de 4,8%. Por otra parte, aquellos que refieren realizar trabajo clínico, muestran una prevalencia de 6%, en comparación con aquellos que realizan trabajo no-clínico, incluyendo administrativo y de unidades de apoyo, quienes presentan una prevalencia del 10,5%. Respecto al último nivel educacional alcanzado, el grupo con mayor prevalencia de Burnout, es el de aquellos con estudios de postgrado con un 10,81%, seguidos por los egresados de instituto con un 8,69%, luego los profesionales con un 3,3%.

Como se señaló en los apartados anteriores, dado el enfoque preventivo de la presente investigación, la variable de interés de la presente investigación, será presentar Síndrome de Burnout, según criterio usado por Grunfeld (27), esto es, que para ser considerado caso Burnout, el participante a lo menos presente una de las subescalas del MBI en riesgo alto, dicho esto, la prevalencia general de presentar riesgo elevado Burnout es de 43%. Al hacer el análisis por género el 44% de los hombres, presenta riesgo elevado de Burnout, mientras que el 42% de las mujeres presenta riesgo elevado de presentar Burnout.

Respecto a la edad, aquellos participantes cuyas edades son menores de 45 años, presentan una prevalencia de Burnout de 48%, mientras que aquellos mayores de 45 años, muestran una prevalencia de 34%.

Respecto al nivel educacional, aquellos que presentan educación universitaria incluyendo postgrado, presentan una prevalencia de un 39%, mientras que aquellos con educación media o de instituto profesional, es de 50%. Al hacer el análisis más detallado, 87,5% de aquellos participantes con educación media completa como último curso aprobado, presentan Burnout, mientras que aquellos con educación universitaria sin posgrado, presentan una prevalencia de 55% finalmente egresados de instituto profesional y aquellos con posgrado, presentan prevalencia de 43%.

En relación a la prevalencia por profesión u ocupación, se contaba con grupos pequeños, lo que hacía fácilmente identificable los resultados por participante, situación compleja desde el punto de vista ético. Expuesto lo anterior, se priorizó la confidencialidad y se aglomeraron los grupos según características en común de las profesiones u ocupaciones, esto como estrategia para resguardar la confidencialidad. Aquel grupo compuesto por enfermería, tens y auxiliar de enfermería, presentaron un 61% de prevalencia Burnout, mientras que personal de secretariado, admisión y alimentación, presentó 50% de prevalencia, profesionales en formación como becados y pasantes, presenta un 33% de prevalencia, finalmente el personal de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, presentan una prevalencia de 31%.

En relación a la posición en el trabajo, de aquellos participantes que realizan trabajo como jefatura ya sea en mandos medios o cargos directivos, el 57% presenta

Burnout, mientras que de aquellos que reportan ser subalternos, el 35% muestran Burnout. Finalmente, aquellos que realizan trabajo clínico presentan una prevalencia de 38,55%, siendo esta menor en comparación a la prevalencia de aquellos que realizan trabajo como no-clínico, incluyendo los administrativos y equipos de apoyo, 63%.

El resumen de prevalencia en función de las variables de interés, se muestra a en la tabla 2.

Tabla 2
Prevalencia de Burnout en función de las variables de interés.

		n total por grupo	n casos Burnout	% prevalencia Intragrupo
Prevalencia general		102	44	43%
Sexo	Hombre	45	20	44%
	Mujer	57	24	42%
	Total	102	44	-
Edad	< 35	43	19	44%
	36 - 45	15	9	60%
	46 - 55	16	6	38%
	> 56	25	8	32%
	Total	99	42	-
Profesión u ocupación	G1. Psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional	29	9	31%
	G2. Enfermería, tens, aux enf.	33	20	61%
	G3. Becados y pasantes	30	10	33%
	G4. Secretariado, admisión y alimentación	10	5	50%
	Total	102	44	-
Posición en el trabajo	Sub Alterno, sin personal a cargo	66	23	35%
	Posición directiva, Mandos intermedios	35	20	57%
	Total	101	43	-
Nivel Educacional	Educación media completa	11	7	87,50%
	Instituto Profesional Completa con título	23	10	43,48%
	Universitaria completa con título	31	11	55,00%
	Universitaria de postgrado	37	16	43,24%
	Total	102	44	-
Tipo de trabajo	Clinico	83	32	38,55%
	No-Clinico	19	12	63,16%
	Total	102	44	-

Tabla de elaboración propia

PREVALENCIA DEL RIESGO ELEVADO DE PRESENTAR BURNOUT, POR SUBESCALA MBI, SEGREGADO POR SEXO.

De las 3 subescalas del MBI, “Cansancio Emocional”, “Despersonalización” y “Baja Realización Personal”, la que presenta mayor prevalencia es Cansancio Emocional, con una prevalencia de 35%, luego le sigue la subescala Despersonalización 20% y finalmente la de Baja Realización Personal con 15%. Cabe recordar que, la misma persona podría puntuar elevado en una, dos o en las 3 subescalas simultáneamente.

Al segregar por sexo, las mujeres presentan mayor prevalencia en Cansancio Emocional, con un 37% de Burnout, en comparación con los hombres 29%. Respecto a la subescala Despersonalización, la orientación se invierte, es decir, los hombres presentan mayor prevalencia de Burnout en dicha sub escala con un 24%, en comparación a las mujeres quienes presentan 18%. Situación similar ocurre en el caso de la subescala Baja Realización Personal, donde los hombres presentan 20% de prevalencia, en comparación con las mujeres, 12%.

Tabla 3
Prevalencia de Burnout por subescala del cuestionario MBI
segregado por sexo

Subescala MBI	Sexo	Prevalencia Burnout
Cansancio Emocional	Hombre	29%
	Mujer	37%
Despersonalización	Hombre	24%
	Mujer	18%
Realización Personal	Hombre	20%
	Mujer	12%

Tabla elaboración propia

PREVALENCIA DE BURNOUT, SEGREGADO POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIONES DE EMPLEO.

Aquellos participantes con educación media completa o estudios en instituto profesional, tienden a presentar frecuencias de Burnout similares en las tres subescalas, mientras que aquellos con formación académica universitaria incluyendo postgrado, muestran prevalencias de riesgo mayores en la subescala cansancio emocional.

Respecto a profesión u ocupación, nuevamente se observan grupos pequeños con participantes fácilmente identificables, a modo de resguardar la confidencialidad de la información, se decide realizar agrupaciones. En la subescala Cansancio Emocional, los dos grupos con mayor prevalencia son aquellos compuestos por enfermería, tens y auxiliar de enfermería con 42% de prevalencia de Burnout y aquel grupo compuesto por secretaria, admisión y alimentación con 40% de prevalencia. Ambos grupos se repiten en la sub escala Despersonalización, el grupo compuesto por personal de secretariado, admisión y alimentación presenta 40% de prevalencia de Burnout, le sigue personal de enfermería, tens y auxiliar de enfermería con 24%, se destaca en la subescala Despersonalización que aquel personal psiquiatra, psicólogo y terapeuta ocupacional, presenta prevalencias más bajas, en comparación con los otros tres grupos.

Finalmente, en relación a la subescala Baja Realización Personal, nuevamente los mismos grupos son los destacados, el grupo de enfermería, tens y auxiliar de enfermería, presenta una prevalencia del 33%, seguidos por personal de secretariado, admisión y alimentación, con 30%. Se destaca que el grupo con menor prevalencia en baja realización personal, es psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, con solo un 3% de prevalencia.

Por otra parte, se destaca que el grupo de enfermería, tens y auxiliar de enfermería, tuvo la mayor prevalencia en las 3 subescalas, 41% en Cansancio emocional; 38% en Despersonalización y 68% en Baja Realización Personal.

El personal que desarrolla trabajo no-clínico, presenta frecuencia mayor de Burnout en la subescala, Baja Realización Personal 37%, en comparación con el personal clínico 11%. En las otras dos subescalas también se observan diferencias, pero son menos marcadas, aunque todas mantienen el mismo patrón, en que el personal no-clínico presenta porcentualmente mayor frecuencia de Burnout que el personal clínico.

En cuanto al nivel de ingresos, aquellos con remuneraciones entre 1.000.000 y 2.500.000, muestran en promedio prevalencias de Burnout más bajas. Por otra parte, aquellos que reportan tener una relación contractual con contrato plazo fijo o a contrata, tienden a presentar mayor prevalencia de Burnout en cada una de las 3 subescalas.

Aquellos que tienen un tiempo de desplazamiento mayor a 60 minutos, muestran mayor prevalencia de Burnout en las 3 subescalas, en comparación con aquellos que presentan tiempos de desplazamiento menores.

Aquellos participantes con antigüedad laboral menor a 3 años, tienden a presentar mayor prevalencia en la subescala cansancio emocional.

Por otra parte, aquellos con antigüedad mayor, entre 3 y 10 años, aumentan las prevalencias simultáneamente en las 3 dimensiones, de 33% a 37% en Cansancio Emocional; de 19% a 26% en Despersonalización y de 9% a 21% en Baja Realización Personal, se destaca este último aumento dado que resulta más marcado.

Luego aquellos con 10 o más años de experiencia laboral, tienden a disminuir la prevalencia de Burnout, de 37% a 33% en Cansancio Emocional, de 26% a 21% en Despersonalización, asemejándose a los trabajadores con menor antigüedad, sin embargo, en la subescala Baja Realización Personal, no se observa disminución en la prevalencia.

Se observó en la variable participación en sindicatos, gremios o colegios profesionales, solo en el caso de los varones, una asociación estadísticamente significativa usando prueba Chi², al con valor p:0,026. En el que aquellos que participan en organización tienen una prevalencia del 45%, mientras que aquellos que no participan, tienen una prevalencia de 55%

Finalmente, aquellos participantes con cargos de jefatura, tienden a presentar mayor prevalencia de Burnout en las 3 subescalas, 43% Cansancio emocional; 29% Despersonalización y 23% en Baja Realización Personal.

Los datos expuestos anteriormente, se resumen en la tabla 4.

Tabla 4
Prevalencia de Burnout por variable , según subescala MBI.

Variable		%Intra grupo		
		Cansancio emocional	Desperso- nalización	Realización Personal
Nivel educacional	Educacion media completa	36%	27%	36%
	Instituto Profesional Completa con titulo	30%	26%	26%
	Universitaria completa con titulo	32%	13%	6%
	Universitaria de postgrado	35%	22%	11%
profesión	G1. Psiquiatra, psicologo, terapeuta ocupacional	24%	10%	3%
	G2. Enfermeria, tens, aux enf.	42%	24%	33%
	G3. Becados y pasantes	30%	20%	20%
	G4. Secretariado, admisión y alimentación	40%	40%	30%
Clinico / No-Clinico	Clinico	31%	19%	11%
	No-Clinico	42%	26%	37%
Ingresos	< \$999.999	39%	23%	23%
	Entre \$1.000.000 y \$2.500.000	29%	15%	12%
	>\$2.500.000	38%	24%	10%
Tipo contrato	Indefinido	28%	19%	11%
	Plazo Fijo / Contrata	40%	23%	23%
	Honorario u otro	23%	15%	0%
T° transporte	< 30 min.	22%	16%	11%
	30 - 60 min	38%	20%	9%
	> 60 min.	50%	28%	39%
Antigüedad trabajo actual	< 3 años	33%	19%	9%
	3 y 10 años	37%	26%	21%
	> 10 años	33%	21%	21%
Posición en el trabajo	Sub Alterno, sin personal a cargo	27%	15%	11%
	Posición directiva, Mandos intermedios	43%	29%	23%

Tabla elaboración propia

PREVALENCIA DE BURNOUT, SEGÚN CONDICIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL.

En cuatro factores psicosociales “Exigencias Psicológicas”, “Apoyo Social de la Empresa y Calidad de Liderazgo” y “Doble Presencia”, se observa un claro patrón, en que a medida que aumenta el nivel de riesgo psicosocial en dichas dimensiones, aumenta la frecuencia de personas con Burnout.

Se destaca una alta prevalencia de Burnout, en quienes presentan riesgo alto en el factor psicosocial Exigencias Psicológicas 80%.

Tabla 5

Prevalencia de Burnout según Condición de Riesgo Psicosocial por subescala

N°	Sub escala Psicosocial	Riesgo	Riesgo	Riesgo
		psicosocial Bajo	psicosocial Medio	psicosocial Alto
1	Exigencia psicologica	7%	14%	80%
2	Desarrollo de habilidades	32%	39%	30%
3	Apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo	14%	32%	55%
4	Compensaciones	23%	39%	39%
5	Doble presencia	11%	32%	57%

Tabla elaboración propia

ANÁLISIS INFERENCIAL

Para realizar el análisis de asociación entre la variable dependiente, presentar síndrome de Burnout Si/No y las 34 variables independientes (sociodemográficas, condiciones de empleo y psicosociales), Se considera como variable dependiente una variable categórica dicotómica, “presentar síndrome Burnout, Sí-No”; se realizó prueba de Chi cuadrado o en su defecto la prueba exacta de Fisher con las 34 variables independientes.

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Solo 2 variables sociodemográficas, ambas vinculadas al área académica, muestran algún grado de asociación estadísticamente significativa con Burnout, específicamente en la subescala Baja Realización Personal.

El resumen de los resultados de las pruebas de asociación de las condiciones sociodemográficas se muestra en la tabla número 6.

Tabla 6
Pruebas de asociación, variables Sociodemograficas

N°	Eje tematico	Variables	General	Analisis por sub escalas MBI		
			Asociación	Desgaste Emocional	Desperso-nalización	Realizacion personal
1	Sociodemografica	Sexo	Chi2 0,813	Chi2 0,398	Chi2 0,392	Chi2 0,287
2	Sociodemografica	Edad	Chi2 0,359	Chi2 0,436	Chi2 0,503	Chi2 0,422
3	Sociodemografica	Profesión / ocupacion (agrupada)	Chi2 0,066	Chi2 0,444	Fisher 0,218	Chi2 *0,001
4	Sociodemografica	Relacion de pareja	Chi2 0,413	Chi2 0,261	Chi2 0,447	Fisher 0,755
5	Sociodemografica	Ultimo nivel educacional alcanzado	Chi2 0,453	Chi2 0,977	Chi2 0,600	Fisher * 0,041
6	Sociodemografica	Se reconoce como jefe de hogar	Chi2 0,502	Chi2 0,540	Chi2 0,601	Chi2 0,431
7	Sociodemografica	Antigüedad en trabajo actual (3 grupos)	Chi2 0, 373	Chi2 0,946	Chi2 0,787	Chi2 0,267
8	Sociodemografica	Experiencia laboral general (3 grupos)	Chi2 0,253	Chi2 0,741	Chi2 0,927	Chi2 0,661
9	Sociodemografica	Cuidado de terceros	Chi2 0,428	Chi2 0,517	Fisher 0,648	Chi2 0,436

* valor significativo, P<0,05

Tabla elaboración Propia

VARIABLES, CONDICIONES DE EMPLEO

Respecto a la búsqueda de asociación, de las 20 variables de condiciones de empleo, 8 muestran asociación estadísticamente significativa, “Realizar trabajo clínico o no-clínico”, “Posición en el trabajo”, “Realizar otros trabajos remunerados”, “Percepción respecto a que el sueldo alcanza para cubrir necesidades”; “Uso de licencia médica sin problema”, “Hacer uso de vacaciones sin problema”, “Acceder a indemnización en caso de ser desvinculado”, y “Tiempo de desplazamiento hacia el trabajo”. Adicionalmente se observó en la variable participación en sindicatos, gremios o colegios médicos, solo en el caso de los varones, que la prueba chi cuadrado realizada, presentó un valor p: 0,026, es decir asociación estadísticamente significativa, en el que aquellos que no participan en organizaciones de representación laboral, presentan mayor prevalencia de casos con Burnout.

El resumen del análisis de pruebas de asociación de las condiciones de empleo se muestra en la tabla número 7.

Tabla 7
Pruebas de asociación, Condiciones de Empleo

N°	Eje tematico	Variables	General	Análisis por sub escalas MBI		
			Asociación	Desgaste Emocional	Despersonalización	Realización personal
10	Cond. empleo.	Trabajo clinico vs No-clinico	Chi2 0,051	Chi2 0,369	Chi2 0,494	Chi2 *0,005
11	Cond. empleo.	Tipo de contrato de trabajo	Chi2 0,206	Chi2 0,323	Chi2 0,804	Chi2 0,078
12	Cond. empleo.	Horas trabajadas en la ultima semana	Chi2 0,085	Chi2 0,338	Chi2 0,786	Chi2 0,201
13	Cond. empleo.	Dinamica de sistema turnos (si/no)	Chi2 0,111	Chi2 0,137	Chi2 0,480	Chi2 0,696
14	Cond. empleo.	Posición en el trabajo. Jefatura, subalterno	Chi2 *0,031	Chi2 0,112	Chi2 0,107	Chi2 0,099
15	Cond. empleo.	Realiza otros trabajos remunerados (dicotomico)	Chi2 0,104	Chi2 0,141	Chi2 0,079	Fisher *0,027
16	Cond. empleo.	Ingreso mensual total	Chi2 0,556	Chi2 0,683	Chi2 0,599	Fisher 0,386
17	Cond. empleo.	Sueldo alcanza para cubrir necesidades	Chi2 0,463	Chi2 0,881	Fisher *0,02	Fisher *0,018
18	Cond. empleo.	utilizar días feriados sin problemas.	Chi2 0,326	Chi2 0,251	Chi2 0,186	Chi2 0,159
19	Cond. empleo.	Hacer uso de licencia medica sin problema	Chi2 0,207	Chi2 *0,048	Chi2 0,774	Chi2 0,840
20	Cond. empleo.	Ir al Médico sin problema cuando lo requiere	Chi2 0,195	Chi2 0,208	Fisher 0,370	Chi2 0,244
21	Cond. empleo.	Hacer uso de vacaciones sin problemas.	Chi2 *0,017	Chi2 *0,004	Chi2 0,160	Chi2 0,169
22	Cond. empleo.	Solicitar día libre sin problema	Chi2 0,852	Chi2 0,490	Chi2 0,391	Chi2 0,878
23	Cond. empleo.	Acceder a Indemnización si es desvinculado	Chi2 *0,017	Chi2 *0,044	Chi2 0,355	Chi2 0,166
24	Cond. empleo.	Acceder a licencia maternal- paternal	Chi2 0,356	Chi2 0,693	Chi2 0,052	Chi2 0,130
25	Cond. empleo.	Acceder a Licencia medica menor de un año	Chi2 0,595	Chi2 0,931	Chi2 0,637	Chi2 0,133
26	Cond. empleo.	Participacion en org. de representacion laboral gre	Chi2 0,062	Chi2 0,291	Chi2 0,926	Chi2 0,077
27	Cond. empleo.	realizar deportes o actividades de ocio	Chi2 0,468	Chi2 0,544	Fisher 0,190	Chi2 0,282
28	Cond. empleo.	Tiempo de desplazamiento hacia el trabajo.	Chi2 *0,031	Chi2 0,088	Chi2 0,603	Chi2 *0,015
29	Cond. empleo.	Tiempo de desplazamiento retorno hacia el hogar	Chi2 0,071	Chi2 0,094	Chi2 0,530	Chi2 *0,013

* valor significativo, P<0,05

Tabla de elaboración propia

VARIABLES CONDICIONES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Respecto a la búsqueda de asociación entre presentar Burnout y las Condiciones Psicosociales del Trabajo, las 5 variables psicosociales, presentan asociaciones estadísticamente significativas, “Exigencias Psicológicas”, “Desarrollo de Habilidades”, “Apoyo Social de la Empresa y Calidad de Liderazgo”, “Compensaciones” y “Doble Presencia”.

El resumen del análisis de pruebas de asociación de las Condiciones Psicosociales en el Trabajo se muestra en la tabla número 8.

Tabla 8
Pruebas de asociación, Condiciones Psicosociales del Trabajo

N°	Eje tematico	Variables	General	Análisis por sub escalas MBI		
			Asociación	Desgaste Emocional	Desperso-nalización	Realización personal
30	Psicosocial	Exigencia Psicológica.	Chi2 *0,000	Chi2 *0,000	Chi2 0,096	Chi2 0,469
31	Psicosocial	Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades.	Chi2 *0,014	Chi2 *0,008	Chi2 *0,02	Chi2 0,076
32	Psicosocial	Apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo	Chi2 *0,033	Chi2 0,055	Chi2 0,240	Chi2 0,281
33	Psicosocial	Compensaciones.	Chi2 *0,006	Chi2 *0,01	Chi2 0,099	Chi2 *0,021
34	Psicosocial	Doble presencia.	Chi2 0,456	Chi2 0,347	Chi2 0,230	Chi2 *0,024

* valor significativo, $P < 0,05$

Tabla de elaboración propia

REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADA

Como parte del análisis inferencial, y con el objetivo principal de distinguir variables confusoras, se realizaron 4 modelos de regresión logística, uno general considerando las 3 subescalas, y uno adicional por cada subescala, es decir, Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

Como se expuso en apartados anteriores, la regresión logística posibilita en primer lugar, controlar el sesgo de confusión, distinguiendo los aspectos más significativos en la ocurrencia del cuadro estudiado, para de esta manera detectar aquellas variables claves o trascendentales en la explicación del cuadro, y considerando esto, establecer propuestas de procedimientos, políticas y gestión prioritaria, destinadas a la prevención de los cuadros de Burnout.

En segundo lugar, la regresión logística es un tipo de análisis utilizado para predecir el resultado de una variable categórica, en este caso presentar Burnout si/no, en función de las variables independientes o predictoras.

MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA GENERAL, UTILIZANDO LAS TRES SUBESCALAS

Como se señaló en apartados anteriores, utilizando la prueba de asociación Chi2 o en su defecto, prueba exacta de Fisher, En el análisis general, se encontraron 8 variables con asociación estadísticamente significativa, estas fueron: “Posición en el trabajo (jefatura / Subalterno)”, “Poder hacer uso de vacaciones sin problemas”, “Acceder a indemnización en caso de desvinculación” y “Tiempo de desplazamiento”, además de las condiciones psicosociales, “Exigencias Psicológicas”, “Desarrollo de Habilidades”, “Apoyo Social de la Empresa y Calidad de Liderazgo” y “Compensaciones”.

Según los resultados del análisis de regresión logística, y controlando el sesgo de confusión, se obtienen 3 variables de las descritas anteriormente como prioritarias para realizar intervención, y se agrega edad, que inicialmente en las pruebas de asociación no resultaba estadísticamente significativa, como una a cuarta variable explicativa.

Tabla 9. Variables del modelo general de regresión logística

Tipo de variable	Variable
Dependiente	Presentar Burnout si/no
Independiente	Jefatura
	Compensaciones Riesgo Alto
	Exigencias psicologicas riesgo medio
	Edad

Tabla elaboración propia

En la tabla 10. Se muestra el resumen de los resultados del modelo de Regresión Logística General.

Tabla 10. Resultados Regresión Logística

N° obs: 101
 LR chi2: 47,42
 Prob> chi2: 0.0000
 Pseudo R2: 0,3439

	Variable Dependiente	Variable Independiente	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P> Z	[95% IC]
MBI General	Burnout Si/No	Jefatura	6,150	3,838	2,91	0,004	1.810206 20.89669
		Compensaciones, Riesgo Alto	14,451	11,511	3,35	0,001	3.033369 68.85149
		Exigencias psicologicas riesgo medio	0,130	0,131	-2,03	0,043	.0181238 .934707
		Edad	0,958	0,020	-2,13	0,033	.9200062 .9966005

Tabla de elaboración propia

La primera de las variables del modelo, jefatura, se refiere la condición de tener alguna jerarquía laboral siendo responsable del personal. Ocupar un cargo de jefatura, puede ser considerado un factor de riesgo, pues la condición de jefatura tiene asociada una chance u odds de presentar Burnout de alrededor de 6 veces la que presentan aquellos que realizan labores como subalternos.

La segunda variable es la condición psicosocial “Compensaciones”, referido al desbalance esfuerzo – recompensa, así también al control de estatus (estabilidad del empleo y cambios no deseados). En este modelo, esta variable puede ser considerada un factor de riesgo. Aquellos que perciben un nivel de riesgo alto en Compensaciones, tienen odds ratio asociado a la presencia de burnout de 14,45 con respecto a aquellos que perciben riesgo bajo en aquel factor psicosocial.

La tercera variable del modelo es la condición psicosocial Exigencias Psicológicas en riesgo medio, esta variable está asociada a la dimensión demanda y esfuerzo percibido, este factor se configura como protector frente a la probabilidad de presentar burnout, aquellos participantes que perciben riesgo medio en exigencias psicológicas en el trabajo, presentan un odds ratio de 0,13, con respecto a un trabajador de bajo riesgo de bajo riesgo en la presencia de burnout.

La cuarta variable del modelo, es edad, esta actúa de manera protectora, cada año adicional de vida del trabajador implicaría una disminución de alrededor del 4% del OR, con respecto a cuando era un año más joven.

ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA GENERAL.

Se realizó un análisis de post estimación para evaluar el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión logística y poder utilizar los resultados de manera confiable.

Los supuestos del modelo consideran, que la variable respuesta sea dicotómica, que no existan datos atípicos extremos, independencia de las observaciones, linealidad entre las variables explicativas, ausencia de multicolinealidad y un tamaño de la muestra suficiente.

En nuestro caso, la variable presentar burnout si/no, resulta dicotómica, cumpliendo el supuesto.

No hay valores atípicos extremos en el modelo, cumpliendo por ende también dicho supuesto.

Las observaciones no provienen de mediciones repetidas del mismo individuo ni están relacionadas entre sí de ninguna manera. Dado lo anterior, se cumple con el supuesto de independencia de las observaciones.

Se verifica la existencia de una relación lineal entre el logit de la probabilidad estimada de burnout y la variable cuantitativa continua edad. El ajuste lineal es significativo, esto es evidencia de una relación lineal que suponemos en el modelo., cumpliendo por ende el supuesto.

Gráfico 2. Relación lineal entre el logit de la probabilidad estimada de Burnout y la variable cuantitativa continua, edad.

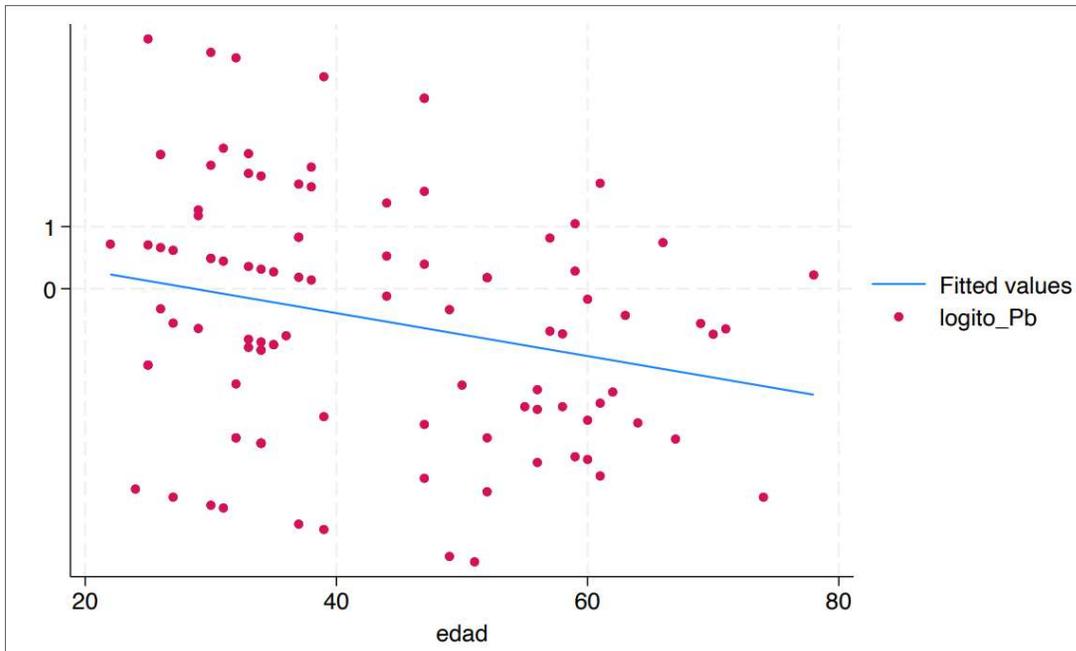


Gráfico de elaboración propia.

Respecto a la evaluación del supuesto de ausencia de multicolinealidad: Usualmente es posible trabajar con un grado de correlación moderado, ya que cuando la correlación entre variables es muy alta, se genera un incremento en los errores estándar, lo cual hace que los coeficientes estimados no sean confiables, y, en consecuencia, las estimaciones sean poco creíbles. En nuestro caso, como se observa en la tabla 11, vemos que las correlaciones son aceptablemente pequeñas.

Tabla 11
Correlación entre variables del modelo de regresión logística general general

	Edad	Compensaciones Riesgo Alto	Exigencias psicologicas Riesgo Medio	Jefatura
Edad	1.0			
Compensaciones Riesgo Alto	-0,161	1.0		
Exigencias psicologicas Riesgo	-0,1464	0,2892	1.0	
Jefatura	0,2764	0,0336	0,2627	1.0

Tabla elaboración propia

Por otra parte, se verificar multicolinealidad por medio de los factores infladores de varianza (VIF), entendiendo que se consideraría un valor VIF alto, (que indicaría multicolinealidad) a un valor mayor a 5, en nuestro caso el valor promedio de VIF es de 1,22. Lo que indica ausencia de multicolinealidad y cumplimiento del supuesto.

Tabla 12
 Diagnostico de Multicolinealidad

Variable	VIF	Tolerance
Burnout	1,39	0,719
Jefatura	1,23	0,810
Compensaciones riesgo alto	1,13	0,885
Exigencias psicologicas riesgo medio	1,17	0,856
Edad	1,18	0,851
Mean VIF	1,22	-

Tabla de elaboración propia

Respecto al tamaño de las observaciones, en nuestro caso, tenemos 102 observaciones, resultando un tamaño suficiente para realizar el modelo.

Expuesto lo anterior, es posible señalar que el modelo realizado cumple con los supuestos y sus resultados pueden ser usados de manera confiable.

ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA GENERAL.

Para observar la bondad de ajuste del modelo, determinamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y demás probabilidades deseables de "diagnóstico", verificando si nuestro modelo predice valores que se observan en la encuesta, usando un umbral de respuesta positiva de $p:0.5$. Los valores son bastante buenos: el modelo clasifica correctamente a los individuos en un porcentaje mayor al 80%.

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$		
True D defined as burnout $\neq 0$		
Sensitivity	$\Pr(+ D)$	81.40%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	84.48%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	79.55%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	85.96%

False + rate for true $\sim D$	$\Pr(+ \sim D)$	15.52%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	18.60%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	20.45%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	14.04%

Correctly classified		83.17%

Adicionalmente determinamos la curva ROC asociada al modelo. Esta grafica la relación entre la sensibilidad y la especificidad del modelo a través de todos los valores posibles de considerar como umbrales de respuesta positiva y no solo el de 0,5 considerado en la tabla anterior y, por tanto, nos entrega una herramienta más poderosa de bondad de precisión del modelo.

El área bajo la curva ROC es bastante buena (88%). El modelo está bien especificado y tiene alta capacidad predictiva y descriptiva.

Gráfico 3: Valores dentro del área de la curva ROC para el modelo de regresión logística.

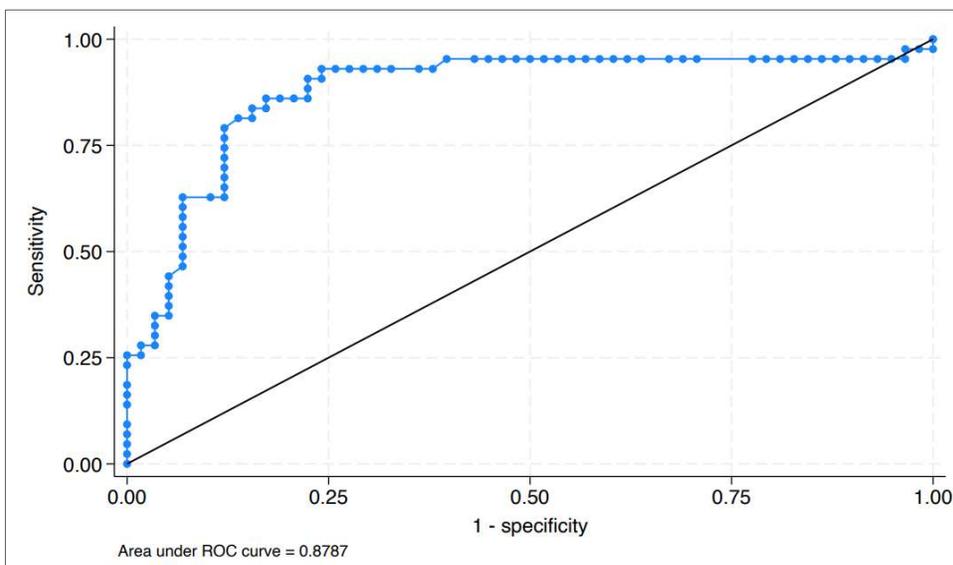


Gráfico de elaboración propia.

REGRESIÓN LOGÍSTICA POR SUBESCALA.

De manera complementaria, se realizaron 3 modelos de regresión logística adicionales, uno por cada sub escala, esto principalmente dado que presentar puntajes elevados en una sub escala, no necesariamente implica obtener puntajes elevados en las dos restantes.

MODELO REGRESIÓN LOGISTICA, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL

Como se señaló en apartados anteriores, al hacer el análisis por subescala, considerando solo Cansancio Emocional. En los análisis previos de asociación, usando prueba Chi² o en su defecto prueba exacta de Fisher se encontraron 6 variables con asociación estadísticamente significativa, estas son: “Hacer uso de licencia médica sin problema”, “Hacer uso de vacaciones sin problema”, “Acceder a indemnización en caso de desvinculación”, mientras que también se muestran significativas las variables psicosociales “Exigencias psicológicas”, “Desarrollo de habilidades” y “Compensaciones”.

Tabla 13. Variables del modelo de regresión logística para subescala cansancio emocional

Tipo de variable	Variable
Dependiente	Presentar Burnout si/no
Independiente	Exigencias psicologicas Riesgo Medio
	Compensaciones Riesgo Alto

Tabla elaboración propia

En la tabla 14. Se muestra el resumen de los resultados del análisis de regresión Logística para la subescala Cansancio Emocional.

Tabla 14. Resultados Regresión Logística, Subescala Cansancio Emocional

N° obs: 102
 LR chi2: 15,42
 Prob> chi2: 0,0039
 Pseudo R2: 0,1188

	Variable Dependiente	Variable Independiente	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P> Z	[95% IC]	
Subescala. Cansancio Emocional	Burnout en sub escala CE Si/No	Trab Act. y Desarrollo de Habilidades, Riesgo Alto	4,594	2,912	2,41	0,016	1,3262	15,9146
		Compensaciones, Riesgo Alto	4,153	2,476	2,39	0,017	1,2903	13,3668

Tabla elaboración propia

Al hacer el análisis de regresión logística, y controlando el sesgo de confusión, dos variables resultan prioritarias, ambas pertenecientes a condiciones psicosociales, la primera es “Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades”, esta es la percepción que tiene un trabajador respecto que en su trabajo es posible desarrollarse como persona, principalmente a través de la autonomía y las posibilidades de aprendizaje que tienen los trabajadores. Presentar puntuación elevada en esta variable, puede ser considerado un factor de riesgo, pues presentar riesgo alto en trabajo activo y desarrollo de habilidades, tiene asociada una chance u odds de presentar Burnout de alrededor de 4,5 veces la que presentan aquellos que obtienen puntajes bajos en dicho factor.

La segunda variable es la condición psicosocial “Compensaciones”, referido al desbalance esfuerzo – recompensa, así también al control de estatus (estabilidad del empleo y cambios no deseados). En este modelo, esta variable puede ser considerada un factor de riesgo. Aquellos que perciben un nivel de riesgo alto en Compensaciones, tienen odds ratio asociado a la presencia de Burnout de 4,15 con respecto a aquellos que perciben riesgo bajo en aquel factor.

ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL.

Al igual como se realizó con el modelo general, se hizo un análisis de post estimación para evaluar el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión logística y poder utilizar los resultados de manera confiable.

En nuestro caso, la variable presentar Burnout si/no en la subescala Cansancio Emocional, resulta dicotómica, cumpliendo el supuesto.

No hay valores atípicos extremos en el modelo, cumpliendo por ende también dicho supuesto.

Las observaciones no provienen de mediciones repetidas del mismo individuo ni están relacionadas entre sí de ninguna manera. Dado lo anterior, se cumple con el supuesto de independencia de las observaciones.

Respecto a la evaluación del supuesto de ausencia de multicolinealidad: se observa una correlación aceptablemente pequeña.

Tabla 15.

Correlacion entre variables del modelo, subescala Cansancio Emocional

	Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Riesgo Alto	Compensaciones Riesgo Alto
Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Riesgo Alto	1.0	
Compensaciones Riesgo Alto	0,337	1.0

Por otra parte, se verificar multicolinealidad por medio de los factores infladores de varianza (VIF), en nuestro caso el valor promedio de VIF es de 1,14. Lo que indica ausencia de multicolinealidad y cumplimiento del supuesto.

Tabla 16:
 Diagnostico de Multicolinealidad

Variable	VIF	Tolerance
Burnour Subescala Cansancio Emocional	1,17	0,8569
Compensaciones Riesgo Alto	1,14	0,8772
Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, Riesgo Alto	1,11	0,9016
Mean VIF	1,14	-

Tabla de elaboración propia

Respecto al tamaño de las observaciones, en nuestro caso, tenemos 101 observaciones, resultando un tamaño suficiente para realizar el modelo.

Expuesto lo anterior, es posible señalar que el modelo realizado cumple con los supuestos y sus resultados pueden ser usados de manera confiable.

ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL.

Para observar la bondad de ajuste del modelo, determinamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y demás probabilidades deseables de "Diagnóstico", verificando si nuestro modelo predice valores que se observan en la encuesta, usando un umbral de respuesta positiva de $p:0.5$. El modelo clasifica correctamente a los individuos en un porcentaje mayor al 70%.

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$		
True D defined as NRdicotCansancioEmocional $\neq 0$		
Sensitivity	$\Pr(+ D)$	44.12%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	85.29%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	60.00%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	75.32%
False + rate for true $\sim D$	$\Pr(+ \sim D)$	14.71%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	55.88%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	40.00%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	24.68%
Correctly classified		71.57%

Por otra parte, al calcular el área bajo la curva ROC, se obtiene un valor 71,22. Eso implica que el modelo está bien especificado, su capacidad predictiva y descriptiva es aceptable.

Gráfico 4: Valores dentro del área de la curva ROC para el modelo de regresión logística, Subescala Cansancio Emocional.

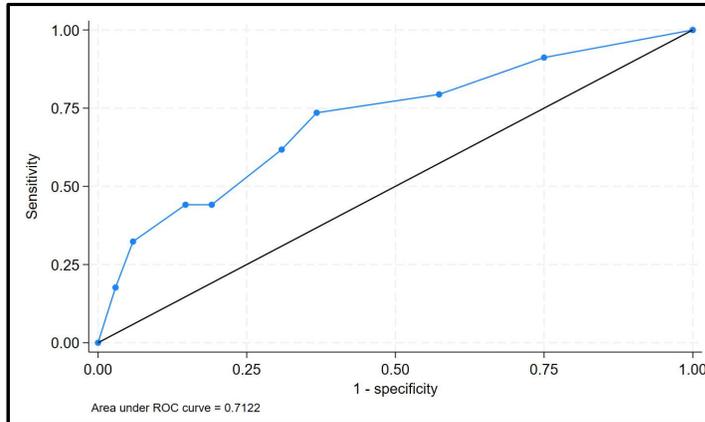


Gráfico de elaboración propia.

MODELO REGRESIÓN LOGISTICA, SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN

Como se señaló en apartados anteriores, utilizando la prueba de asociación Chi2 o en su defecto, prueba exacta de Fisher, Al hacer el análisis por subescala, considerando solo Despersonalización, se encontraron 2 variables con asociación estadísticamente significativa, estas son: “Percepción respecto a que el sueldo alcanza para cubrir necesidades” y la variable psicosocial “Trabajo activo y desarrollo de habilidades”.

Tabla 17. Variables del modelo de regresión logística para subescala despersonalización

Tipo de variable	Variable
Dependiente	Presentar Burnout si/no
Independiente	Trabajo activo y desarrollo de habilidades

Tabla elaboración propia

En la tabla 18. Se muestra el resumen de los resultados del análisis de regresión Logística para el modelo de la subescala Despersonalización.

Tabla 18. Resultados Regresión Logística, Subescala Despersonalización

N° obs: 102
 LR chi2: 6,84
 Prob> chi2: 0,0326
 Pseudo R2: 0,066

Variable Dependiente	Variable Independiente	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P> Z	[95% IC]
Subescala Despersonalización Burnout en subescala Desp. Si/No	Trab Act. Y Desarrollo de Habilidades, Riesgo Alto	5,070	3,276	2,51	0,012	1,4269 17,9902

Tabla elaboración propia

Al hacer el análisis de regresión logística, y controlando el sesgo de confusión, se observa como única variable a priorizar, la variable psicosocial “trabajo activo y desarrollo de habilidades”.

La variable del modelo, Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, es la percepción que tiene un trabajador respecto que en su trabajo es posible desarrollarse como persona, principalmente a través de la autonomía y las posibilidades de aprendizaje que tienen los trabajadores, presentar puntuación elevada en esta variable, puede ser considerado un factor de riesgo, pues presentar riesgo alto en trabajo activo y desarrollo de habilidades, tiene asociada una chance u odds de presentar burnout de alrededor de 5 veces la que presentan aquellos que obtienen puntajes bajos en dicho factor.

ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN.

Se realizó un análisis de post estimación para evaluar el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión logística y poder utilizar los resultados de manera confiable.

En nuestro caso, la variable presentar burnout si/no en la subescala Despersonalización, resulta dicotómica, cumpliendo el supuesto.

No hay valores atípicos extremos en el modelo, cumpliendo por ende también dicho supuesto.

Las observaciones no provienen de mediciones repetidas del mismo individuo ni están relacionadas entre sí de ninguna manera. Dado lo anterior, se cumple con el supuesto de independencia de las observaciones.

Respecto al tamaño de las observaciones, en nuestro caso, tenemos 102 observaciones, resultando un tamaño suficiente para realizar el modelo.

Expuesto lo anterior, es posible señalar que el modelo realizado cumpliría con los supuestos y sus resultados podrían ser usados de manera confiable.

ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN.

Para observar la bondad de ajuste del modelo, determinamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y demás probabilidades deseables de "Diagnóstico", verificando si nuestro modelo predice valores que se observan en la encuesta, usando un umbral de respuesta positiva de $p:0.5$. El modelo clasifica correctamente a los individuos en un porcentaje del 79,41%.

sin embargo, **el modelo no puede ser usado, dado que no es capaz de predecir de manera correcta, sus aciertos se deben sólo a que clasifica negativo a burnout a todos los casos.**

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$		
True D defined as $DESP_dic \neq 0$		

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	0.00%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	100.00%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$.%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	79.41%

False + rate for true $\sim D$	$\Pr(+ \sim D)$	0.00%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	100.00%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$.%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	20.59%

Correctly classified		79.41%

Por otra parte, al calcular el área bajo la curva ROC, el modelo para la subescala Despersonalización, se obtiene un valor 0.6487, Considerado relativamente bajo.

Gráfico 5: Valores dentro del área de la curva ROC para el modelo de regresión logística, Subescala despersonalización.

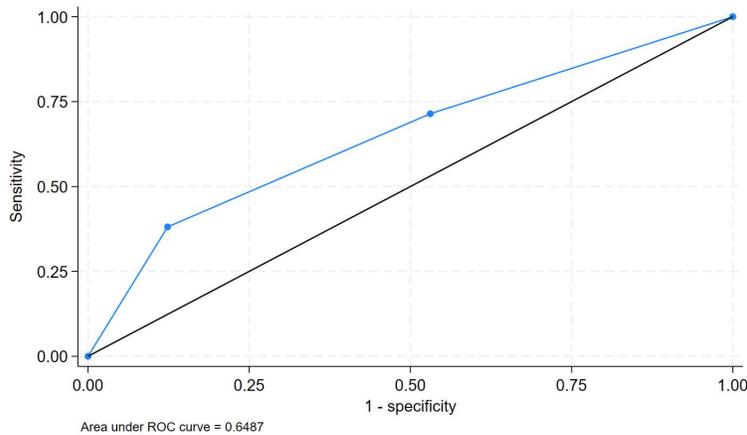


Gráfico de elaboración propia.

MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SUBESCALA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

Como se señaló en apartados anteriores, utilizando la prueba de asociación Chi2 o en su defecto, prueba exacta de Fisher, se observan 8 variables con asociación estadísticamente significativa, estas son: “Profesión u ocupación”, “Ultimo nivel educacional alcanzado”, “Trabajo clínico o no-clínico”, “Realizar otros trabajos remunerados”, “Percepción de si el sueldo alcanza para cubrir sus necesidades”, “Tiempo de desplazamiento”, y las variables psicosociales “Compensaciones” y “Doble presencia”.

Tabla 19.

VARIABLES DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA SUBESCALA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

Tipo de variable	Variable
Dependiente	Presentar Burnout si/no en subescala Baja Realización Personal
Independiente	Compensaciones Riesgo Alto Trabajo No Clínico

Tabla elaboración propia

En la tabla 20. Se muestra el resumen de los resultados del análisis de regresión Logística para baja realización personal.

Tabla 20. Resultados Regresión Logística, Subescala Baja Realización Personal

N° obs: 102
 LR chi2: 16,37
 Prob> chi2: 0,001
 Pseudo R2: 0,1847

Variable Dependiente	Variable Independiente	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P> Z	[95% IC]
Subescala Baja Realización Personal	Compensaciones, Riesgo Alto	11,902	10,878	2,71	0,007	1,9844 71,3877
	Trabajo No-Clinico	7,020	4,762	2,87	0,004	1,8573 26,5322

Tabla elaboración propia

Al hacer el análisis de regresión logística, y controlando el sesgo de confusión, se destaca como prioritaria dos variables, La primera de las variables del modelo, Compensaciones riesgo alto, presentar puntuación elevada en esta variable, puede ser considerado un factor de riesgo, pues presentar riesgo alto en Compensaciones, tiene asociada una chance u odds de presentar Burnout de alrededor de 11,9 veces la que presentan aquellos que obtienen puntajes bajos en dicho factor.

La segunda variable es el tipo de trabajo realizado, en este modelo, realizar trabajo no clínico, puede ser considerada un factor de riesgo. Aquellos que realizan trabajo no clínico, tienen odds ratio asociado a la presencia de burnout de 7 veces con respecto a aquellos que realizan trabajo clínico.

ANÁLISIS DE POST ESTIMACIÓN MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, SUBESCALA BAJA REALIZACION PERSONAL.

Se realizó un análisis de post estimación para evaluar el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión logística y poder utilizar los resultados de manera confiable.

En nuestro caso, la variable presentar burnout si/no en la subescala Baja Realización Personal, resulta dicotómica, cumpliendo el supuesto.

No hay valores atípicos extremos en el modelo, cumpliendo por ende también dicho supuesto.

Las observaciones no provienen de mediciones repetidas del mismo individuo ni están relacionadas entre sí de ninguna manera. Dado lo anterior, se cumple con el supuesto de independencia de las observaciones.

Respecto a la evaluación del supuesto de ausencia de multicolinealidad: se observa una correlación aceptablemente pequeña.

Tabla 21

Correlacion entre variables del modelo subescala Baja Realización Personal

	Compensaciones Riesgo Alto	No - Clinico
Compensaciones Riesgo Alto	1.0	
No - Clinico	0,0504	1.0

Tabla elaboración propia

Por otra parte, se verificar multicolinealidad por medio de los factores infladores de varianza (VIF). En nuestro caso el valor promedio de VIF es de 1.13. Lo que indica ausencia de multicolinealidad y cumplimiento del supuesto.

Tabla 22: Diagnostico de Multicolinealidad		
Variable	VIF	Tolerance
Burnout Subescala Baja Realizacion Persona	1.19	1,090
Compensaciones Riesgo Alto	1.10	0,907
Trabajo No Clinico	1.10	0,905
Mean VIF	1.13	-

Tabla de elaboración propia

Respecto al tamaño de las observaciones, en nuestro caso, tenemos 102 observaciones, resultando un tamaño suficiente para realizar el modelo.

Expuesto lo anterior, es posible señalar que el modelo realizado cumple con los supuestos y sus resultados pueden ser usados de manera confiable.

ESTIMACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, SUBESCALA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL.

Para observar la bondad de ajuste del modelo, determinamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y demás probabilidades deseables de "Diagnóstico", verificando si nuestro modelo predice valores que se observan en la encuesta, usando un umbral de respuesta positiva de $p:0.5$. El modelo clasifica correctamente a los individuos en un porcentaje mayor al 83,33%.

Classified + if predicted Pr(D) >= .5		
True D defined as NRdicotRealizacionpersonal != 0		
Sensitivity	Pr(+ D)	12.50%
Specificity	Pr(- ~D)	96.51%
Positive predictive value	Pr(D +)	40.00%
Negative predictive value	Pr(~D -)	85.57%
False + rate for true ~D	Pr(+ ~D)	3.49%
False - rate for true D	Pr(- D)	87.50%
False + rate for classified +	Pr(~D +)	60.00%
False - rate for classified -	Pr(D -)	14.43%
Correctly classified		83.33%

Por otra parte, al calcular el área bajo la curva ROC, se obtiene un valor 0,81. Eso implica que el modelo está bien especificado, su capacidad predictiva y descriptiva resulta aceptable.

Gráfico 6: Valores dentro del área de la curva ROC para el modelo de regresión logística, subescala Baja Realización Personal.

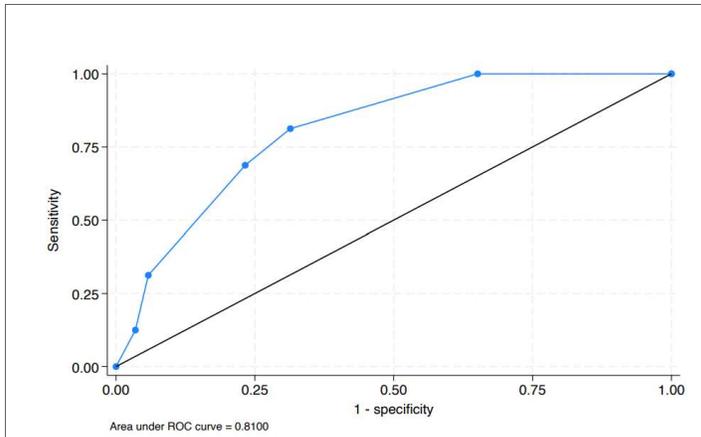


Gráfico de elaboración propia.

DISCUSIÓN

La prevalencia del síndrome de Burnout en la población de la clínica psiquiatra estudiada es de 43%, porcentaje de prevalencia mayor a la reportada en las investigaciones de distintas áreas de la salud revisadas para Chile (5), (6), (7), (25), al igual que para investigaciones en centros que prestan servicios en psiquiatría en Chile (31) y (32). Respecto a la prevalencia por sub escalas, se determina 35% en Cansancio Emocional, 20% en Despersonalización y 15% en Baja Realización Personal. Mientras que los grupos destacados por presentar prevalencias mayores son aquellos que realizan labores como jefaturas, que mantienen cargos de índole no-clínico, con menor formación académica, que tengan 45 años o menos, que realicen turnos y que sean miembros del grupo enfermería, tens y auxiliar de enfermería.

En la investigación, no se observa diferencias estadísticamente significativas por sexo, sin embargo, considerando las prevalencias, las mujeres se verían más afectadas en Cansancio Emocional, mientras que los hombres en Despersonalización y Baja Realización Personal.

Una pregunta retórica realizada en el marco teórico, planteaba si las características personales guardaban relación con la emergencia del burnout, o si las condiciones de empleo o condiciones laborales explicaban el cuadro. Con los resultados obtenidos, es posible señalar que, al parecer, los factores individuales o sociodemográficos presentan baja asociación con la presencia del Síndrome de Burnout, salvo lo vinculado al área académico que se asocia a Baja Realización Personal y edad, en que a mayor edad se observa menor prevalencia de Burnout.

Por otra parte, se observan ciertas condiciones de empleo que muestran asociación estadísticamente significativa con la presencia de Burnout, como son posición en el trabajo, respecto a esto, ser jefatura tiene mayores chances de presentar burnout en comparación con los subalternos, mientras que aquellos que realizan trabajo no-clínico, tienen mayores chances de presentar el cuadro que aquellos clínicos. Otras variables del trabajo asociadas a mayor presencia de Burnout son presentar

dificultad para poder hacer uso de vacaciones y licencia médica sin problema, así como también la distancia del trabajo asociado a mayores tiempos de desplazamiento. Un resultado que llama la atención y que invita a seguir investigando al respecto, es que se observó menor prevalencia de burnout en aquellos hombres que participan en organización de representación laboral, esto es información que pudiese indicar que participar en organización de representación laboral, podría configurarse en un factor protector frente al burnout, sin embargo, dicho resultado es un hallazgo, no se cuenta con otros estudios que reporten información similar, por ende resultaría interesante profundizar investigaciones al respecto.

Por otra parte, los resultados obtenidos muestran que Las Condiciones Psicosociales presentan alta asociación con la presencia de Burnout, siendo consideradas factores de riesgo “Compensaciones” y “Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades”, mientras que “Exigencias Psicológicas”, en rangos medios, bien administradas se configuraría en un factor protector frente al burnout, al parecer tanto percibir baja exigencia como percibir alta exigencia serian perjudiciales, mientras que percibir exigencia psicológica en rango medio, podría ser considerado como necesario para mantener un ambiente laboral funcional y protector para el trabajador.

Con los datos expuestos, al parecer la respuesta a la pregunta retorica antes señalada, es que los Factores Psicosociales y las condiciones de empleo, son las que muestran mayor relación con la aparición de burnout. Esto resulta interesante dado que entrega la responsabilidad preventiva en el empleador e invita a los equipos de higiene ocupacional, mutualidades, comités paritarios y organización en general a considerarlo un tema necesario y prioritario de trabajar.

Una dificultad en la gestión de riesgos, es que los recursos en general tienden a ser limitados, por ende parte de una eficiente gestión, implica priorizar y focalizar la intervención, los resultados obtenidos, entregan grupos prioritarios susceptibles a

intervenir con el fin de optimizar la eficacia de esta, estos grupos son aquellos con posición de jefatura en el trabajo, aquellos que realizan trabajo no clínico, aquellos con edad menor a 45 años y aquellos pertenecientes al grupo enfermero, tens o auxiliar de enfermería.

Por otra parte, y desde esta investigación como contribución científica, al hacer comparación de los resultados obtenidos con la literatura revisada, lo primero a señalar es que la bibliografía revisada en general tiende a incluir un número acotado de variables explicativas del Burnout, mientras que la presente investigación intenta hacer una exploración exhaustiva incluyendo 34 variables independientes, entre sociodemográficas, condiciones de empleo y condiciones psicosociales.

Utilizando los criterios sugeridos por Maslach, es decir, que para ser considerado caso burnout es necesario puntuar simultáneamente las 3 subescalas del MBI en riesgo alto, se obtuvo una prevalencia menor que utilizando el criterio utilizado por Grunfeld, 6,86%. y 43% respectivamente, esta diferencia es consistente con lo referido por Miranda (26), Desde el aspecto epidemiológica, esta diferencia encontrada resulta importante, toda vez que dependiendo de la estrategia de clasificación, se podría subestimar o sobreestimar la presencia del cuadro en una población determinada, pero además dada la brecha de diferencia, dificulta la comparación entre distintas investigaciones, estos hallazgos invitan como comunidad científica a estandarizar los criterios de categorización.

Por otra parte, se observa una asociación estadísticamente significativa entre presentar Burnout y realizar labores como jefatura, en el modelo de regresión logística generado, ser jefatura tiene 6 veces más chance de presentar burnout en relación a realizar labores como subalterno. Cabe destacar que, entre el material revisado, la posición en el trabajo no es una variable reportada. Al hacer el análisis por subescala, el resultado es consistente, el grupo de jefatura, tiende a presentar mayor prevalencia de Burnout en las 3 subescalas del MBI.

El tipo de trabajo realizado, “no-clínico” vs “clínico”, al parecer no es inocuo, se observa en la subescala Baja Realización Personal, que el grupo no-clínico presentó mayor prevalencia de Burnout. En las otras dos subescalas se muestra consistente,

mantienen el mismo patrón, en que el personal no-clínico presenta mayor prevalencia de Burnout, aunque en estas subescalas no resultan estadísticamente significativas. Esta variable fue considerada en el modelo de regresión logística para la subescala Baja Realización Personal, aquellos no-clínicos tienen un chance de 7 veces de prestar Burnout en la escala de Baja Realización Personal en relación a los clínicos. Estos resultados deben ser considerados con cautela, en el presente estudio, parte importante de la Baja Realización Personal se asocia a los niveles académicos alcanzados, el personal no clínico, presenta menor grado de formación académica, mientras que los clínicos tienden a ser personas con educación superior, principalmente universitaria y de post grado, con mayor sensación de realización personal desde dicha esfera, una información importante es que al controlar el sesgo de confusión a través de la regresión logística, esta variable se mantiene en el modelo y muestra resultados significativos. Siguiendo con el análisis respecto al nivel académico alcanzado o nivel educacional, en el presente estudio, aquellos que presentan educación media o de instituto profesional, muestran una prevalencia de burnout mayor que aquellos con educación universitaria, incluyendo postítulo, en esta variable se determinan diferencias significativas solo en la subescala Baja Realización Personal. La asociación entre Burnout y nivel educacional es consistente con lo reportado por Miranda et al (26), García y Herrero (38), Lozano (39) y Galván (16), estos autores exponen que tener mayor nivel de formación académica, se encontraría asociada a menor prevalencia de Burnout. Los resultados expuestos en este párrafo, muestran que un grupo objetivo de acciones preventivas, es el personal no-clínico y con menor formación académica, los resultados muestran que parte importante de la intervención, debe estar orientado a mejorar la percepción de Realización Personal en este grupo.

Aquellos que realizan otros trabajos remunerados de manera adicional, tienden a presentar menor prevalencia de Burnout, cabe destacar que, en el estudio, los profesionales psiquiatras, terapeutas ocupacionales y psicólogos, serían quienes con mayor frecuencia realizan trabajos remunerados adicionales. Esto invita a interpretar este resultado con cautela, dado que podrían estar asociado a una

interacción con el nivel de formación académica o a otras variables, resulta interesante que, al controlar sesgos de confusión a través del modelo de regresión logística, esta variable deja de ser significativa. Al revisar la literatura, Canales (3), también reportó que trabajar en más de un lugar, mostró relación con la presencia de Burnout y sus subescalas, pero no refiere la direccionalidad de la asociación.

Poder hacer uso de vacaciones o licencia médica sin problemas, muestran una asociación estadísticamente significativa en la subescala Cansancio Emocional. Ambas variables no son reportadas en las investigaciones consultadas, cabe destacar como se expuso en el marco teórico, que los participantes en la investigación fueron parte del equipo de respuesta sanitaria frente a la pandemia por Covid 19, generando desde entonces altas cargas laborales y dificultades de dotación, y por ende, dificultades para hacer uso de vacaciones o licencia médica. Resulta importante para la organización, adoptar medidas eficientes que permitan a los trabajadores de la clínica estudiada, poder hacer uso de sus descansos legales y licencias médicas sin dificultad, al hacer el análisis de sesgo de confusión a través del modelo de regresión logística, estas variables pierden significancia, esto puede ser explicado dado que en la dimensión psicosocial Compensaciones incluye aspectos como poder hacer uso de vacaciones. Expuesto esto, es un desafío para la organización adoptar las medidas de gestión necesarias destinadas a garantizar la dotación suficiente que permita hacer uso de vacaciones o licencia médica.

Por otra parte, acceder a indemnización en caso de desvinculación, muestra asociación estadísticamente significativa tanto a nivel general como en la subescala Exigencia Psicológica. Esta variable no fue considerada en la bibliografía consultada, siendo una posible arista a futuras investigaciones.

Respecto a profesión u ocupación, al parecer esta no es una variable que tiendan a explorar los autores consultados, probablemente dado que las investigaciones por lo general, tienden a incluir poblaciones homogéneas, poco variadas en cuanto a profesión, en la presente investigación, aquel grupo compuesto por enfermería, tens

y auxiliar de enfermería, se configura como prioritario de recibir intervención, este grupo presentó prevalencias más altas de Burnout que cualquiera de las otras profesiones u ocupaciones, con un 61%. Además, obtuvo la prevalencia más alta en cada una de las sub escalas del MBI. Al consultar en la literatura, prevalencias mayores en grupos de auxiliares de enfermería también son reportadas por Olivares (25) y en enfermería por Barria (32).

En relación al sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, esto es consistente con lo reportado por Saavedra et al (29), sin embargo, si se observan mayores prevalencias en mujeres, resultados similares fueron reportado por Nieto et al (33), Mendoza (28), Ruiz (34), Pastorino (5), Gutiérrez (6), Jiménez (12), Castañeda (13), Olivares (25), Ramírez (35) y Muñoz (36). Cabe destacar que los resultados de prevalencia muestran que las mujeres se verían más afectadas en la subescala Cansancio Emocional, mientras que los hombres se afectarían más en despersonalización y baja realización personal.

Respecto a edad, los participantes más jóvenes, con menos de 45 años de edad, presentan prevalencias mayores, aunque utilizando las pruebas Chi cuadrado dicha diferencia no resultan estadísticamente significativa, esta tendencia va en la línea a lo referido por Miranda et al (26), Mendoza (28), Barría (32), Lozano (39), Canales(3), Gutiérrez (6), Jiménez (12), Castañeda y Aguilera (13) y Melita (37). Sin embargo, al integrar la variable al modelo de regresión logística, si muestra significancia estadística, determinando un odds ratio de 1,044, esta actúa de manera protectora, cada año adicional de vida del trabajador implicaría una disminución de alrededor del 4% del OR, con respecto a cuando era un año más joven. Expuesto lo anterior, resulta importante focalizar trabajos preventivos en personal con menor edad.

En cuanto a la antigüedad laboral tanto en el empleo actual, como la experiencia general, en el presente estudio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, resultados similares habrían reportado Barría (32), García y Herrero

(38), Avendaño (31), Ruiz (34), Canales (3) y Melita (37). Pese a lo anterior, pareciera ser que aquellos que presentan una antigüedad laboral en el rango de entre 3 y 10 años, resultan más proclive a presentar Burnout, que aquellos en rangos de antigüedad menor o mayor a dicho rango.

En cuanto a desarrollar trabajos en sistema de turnos, en la presente investigación, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas, sin embargo, se estimó mayor prevalencia de Burnout en aquellos trabajadores que realizan turnos, lo anterior es consistente a lo referido por Castañeda y Aguilera (13), Canales (3), Lozano (39) y Avendaño et al (31), considerando las características del trabajo realizado por personal sanitario, que con frecuencia realizan turnos, estos resultados sugieren ampliar la línea de estudio en nuevas investigaciones que consideren la turnicidad .

Sería razonable pensar que la cantidad de horas trabajadas, pudiese estar asociado a Burnout, sin embargo, los resultados de la presente investigación, determinan ausencia de asociación estadísticamente significativa con Burnout, esto es consistente a lo referido por Barría (32) quien tampoco encuentra asociación. En cuanto al nivel de ingresos, no se observa asociación estadísticamente significativas, situación consistente con lo reportado por Barría (32). Esto resulta relevante, al parecer el presentar Síndrome de Burnout no guarda relación con el ingreso monetario, sino que resultan más importante otras variables no monetarias. Estos resultados muestran que el ingreso económico y la cantidad de horas trabajadas en la última semana, no parecerían ser variables determinantes en la emergencia del burnout, sino que el cuadro se explicaría por otras variables no monetarias.

Respecto a realizar deportes o actividades de ocio, estas actividades habitualmente son sugeridos como estrategias de prevención de estrés, por ejemplo, Miranda et al (26), refiere que las enfermeras que no hacen ejercicios con regularidad, tienen más probabilidad de desarrollar agotamiento emocional y menos probabilidad de exhibir despersonalización, del mismo modo, Gutiérrez (6), refiere que el 83% de los sujetos que presentan síndrome de Burnout califica como escaso su tiempo disponible para actividades personales fuera de su trabajo. En la presente

investigación no se encontró asociación entre realizar deporte o actividades de ocio y la presencia de Burnout.

Respecto a al factor psicosocial, esta parece ser una dimensión determinante de gran relevancia en el control del Burnout. En la presente investigación, Las cinco dimensiones de riesgo psicosociales se asocian a la presencia de Burnout. Al revisar la literatura, Avendaño et al(31) , reportó que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. Por otra parte, Pastorino(5), manifiesta que mayores niveles de demanda psicológica se asocian con la presencia del Síndrome de Burnout. Así mismo manifiesta que el Síndrome de Burnout está asociado en forma directa con una mayor demanda o exigencias psicológicas del trabajo. Por otra parte, Gutiérrez (6) refiere que la mayoría de quienes presentan Burnout perciben que la cantidad de trabajo que realizan es excesiva, y también percibe un escaso apoyo institucional, lo anteriormente dicho en este párrafo, es consistente con los resultados encontrados, donde tres de las condiciones psicosociales muestran una fuerte relación con la presencia del Burnout. De las cinco variables del cuestionario Ista 21, dos se transforman en factores de riesgo y uno en factor protector.

Según el modelo de regresión logística general realizado, aquellos que perciben Compensaciones en riesgo alto, tienen una chance de 14 veces de presentar Burnout en comparación con los que perciben riesgo bajo. Mientras que presentar riesgo medio en Exigencias Psicológicas, presentan menos chances de presentar Burnout en comparación con aquellos que presentan baja percepción de exigencias. Respecto a la subescala Cansancio Emocional, aquellos que perciben alto riesgo en Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, presentan alrededor de 4,5 veces más chance de presentar Burnout en la subescala Cansancio Emocional, en relación a los que presentan riesgo bajo en dicha subescala.

Para controlar las variables confusoras y determinar cuáles variables resultan prioritarias de intervención, se realizaron 4 modelos de regresión logística, uno general y uno por cada subescala. El modelo general, consideró 4 variables

“Posición en el trabajo”, “Edad”, “Compensaciones” y “Exigencias Psicológicas”. El modelo resultante muestra alta capacidad predictiva y descriptiva, el área bajo la curva ROC es bastante buena (88%). Aquel modelo para la subescala Cansancio Emocional, considera 2 variables explicativas, ambas psicosociales: Compensaciones y Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, este modelo también se muestra bien especificado y con capacidad predictiva y descriptiva aceptable, el área bajo la curva ROC es buena (72%). Para la subescala Despersonalización, el modelo no es capaz de distinguir, no muestra capacidad predictiva. Finalmente, para la subescala Baja Realización Personal, se consideran 2 variables, se mantiene Compensaciones y se agrega realizar trabajo no clínico. Este modelo también está bien especificado y tiene buena capacidad predictiva y descriptiva, el área bajo la curva ROC es buena (0,81).

Si bien es cierto, son 34 variables las estudiadas, en base a los modelos realizados, para optimizar la intervención, se debe focalizar el uso de recursos considerando tres variables y tres grupos.

Las variables prioritarias a intervenir son Factores de Riesgo Psicosociales “Compensaciones”, es decir, el reconocimiento no monetario, buen trato y estabilidad laboral, También la variable “Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades”, es decir, dar las posibilidades al personal, de desarrollar habilidades y competencias en el trabajo y el tercero exigencias psicológicas, los resultados muestran que percibir exigencias bajas o altas, tiende a configurarse como factor de riesgo, mientras que mantener este factor en rangos medios, puede configurarse en factor protector. Mientras que los grupos prioritarios de intervención son aquellos que realizan labores como jefaturas. El segundo grupo prioritario son quienes realizan trabajo no-clínico y el tercero aquel personal del grupo enfermería, tens y auxiliar de enfermería.

Considerando los hallazgos encontrados, al parecer los factores psicosociales serían los que con mayor fuerza se vinculan en la presencia del Síndrome de Burnout. La presente investigación muestra evidencia consistente respecto a que las exigencias laborales excesivas o muy bajas, el bajo nivel de control sobre la tarea por parte del trabajador, y el desbalance esfuerzo/recompensa son factores

de riesgo para la aparición de problemas de salud como el Burnout, esto es consistente con lo referido por Pastorino (5), pero en nuestra investigación, reportamos además la importancia de gestionar el desarrollo de habilidades o competencias en el personal. Esto entrega gran parte de la responsabilidad preventiva respecto al control de riesgos laborales a la organización, tal como lo refiere el artículo 184 del Código del Trabajo, la entidad empleadora es la principal responsable de realizar acciones de la prevención de riesgos laborales (42).

Finalmente, es importante señalar que en Chile, desde el año 2013, (41) existe la obligatoriedad legal por parte del empleador, de medir y controlar los riesgos psicosociales presentes en el puesto de trabajo. Los resultados encontrados en la presente investigación son un aliciente para mantener el interés por controlar y mejorar las condiciones psicosociales presentes en el puesto de trabajo, y aportar desde ahí, a una mejor salud en los trabajadores del país, en este caso, en personal de salud de una clínica psiquiátrica.

Como síntesis de los resultados encontrados, es posible señalar que la evidencia generada valida la concepción de que el Burnout no es un problema cuyo origen radica en las personas, sino que su origen es de índole organizacional.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Para comprender de mejor manera los resultados de la investigación, es necesario considerar las siguientes limitaciones de la investigación.

El presente estudio considera un diseño de corte transversal, la principal limitación de este tipo de diseños, es que solo permite encontrar asociaciones entre variables, presentando imposibilidad para hacer inferencias de causalidad.

Una segunda limitación del estudio, está asociado a su diseño transversal, dicho diseño tiene el inconveniente de aportar datos de un momento único en el tiempo, por lo que, si se examina a la misma población en otro momento, los resultados obtenidos pudiesen ser diferentes.

CONCLUSIONES

La evidencia generada valida la concepción de que al parecer el Burnout en general no sería un problema cuyo origen radica en las personas, sino que su origen respondería a una índole organizacional. Se observa que las condiciones psicosociales presentes en el puesto de trabajo, son aquellas que se asocian mayormente a la presencia de Burnout

El trabajo realizado permite contribuir a la salud de los trabajadores de manera eficiente en la población de la clínica psiquiátrica universitaria estudiada, determinando las prevalencias y variables asociadas a la presencia de Burnout, con las cuales es posible generar estrategias de mejora focalizadas, entre estas podemos encontrar como variables prioritarias el control de condiciones psicosociales principalmente en sus dimensiones: “Compensaciones”, “Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades” y “Exigencias Psicológicas”, esta última propiciando que se encuentre en rangos medios, además como aporte, se identifican grupos prioritarios a intervenir como son aquellos que realizan trabajo como “jefatura”, aquellos que realizan trabajo “no clínico” y cuya profesión sea “enfermería, tens o auxiliar de enfermería”.

Considerando la alta prevalencia del síndrome de Burnout, desde el plano normativo, resulta prioritario hacer los esfuerzos como país, para que en la próxima actualización del “Reglamento Para La Calificación Y Evaluación De Los Accidentes Del Trabajo Y Enfermedades Profesionales”, DS 109, se agregue en la lista de enfermedades profesionales el Síndrome de Burnout, a modo de optimizar su reconocimiento como enfermedad de origen laboral, recibir tratamiento oportuno, establecer estadísticas precisas y permitir la adopción de medidas organizacionales correctivas específicas.

Finalmente es importante destacar que los resultados del presente estudio son un aliciente para Insistir en control de riesgos psicosociales en los puestos de trabajo.

RECOMENDACIONES

Con el fin de propiciar condiciones laborales protectoras, disminuir el riesgo laboral y contribuir a la seguridad y salud de los trabajadores, considerando los datos obtenidos en la presente investigación, se describirán dos líneas de intervención, el primero dará cuenta de acciones sugeridas para el control de condiciones ambientales de riesgo, mientras que el segundo determina grupos prioritarios de intervención y sugerencias ajenas a la clínica.

Se debe tener en cuenta que las condiciones psicosociales presentes en el entorno laboral, resultan dinámicas y poseen características distintivas, según grupo de trabajo, unidad etc. Considerando esto, la Superintendencia de Seguridad Social, tanto en la metodología Ista 21 (41), como en el método CEAL SM (47), establecen mecanismos para un trabajo en conjunto, en que exista un facilitador del proceso, pero que el diagnóstico e implementación de medidas se realice de manera mancomunada entre diversos actores relevantes de la organización, como son diversos representantes de los trabajadores, de la organización y mutualidades, especialistas del organismo asesor de la ley 16.744.

Dicho lo anterior, se sugiere:

- A) Integrar y realizar un trabajo mancomunado entre los actores relevantes en la disciplina de salud ocupacional, sean Mutualidades, Comités Paritarios, y representantes de la organización, esto abriría la posibilidad de adoptar medidas preventivas eficientes para controlar el riesgo de burnout, ajustadas a la realidad local, tanto general de la clínica como por unidad, entregando responsabilidades significativas a quienes estén vinculados a la seguridad y salud en el trabajo.
- B) Dada la estrecha relación reportada entre la emergencia de Burnout y las condiciones de riesgo psicosociales, se estima prioritario, medir y controlar el ambiente laboral en el área de salud mental, para esto es prioritario implementar el método CEAL SM, establecido por la Superintendencia de Seguridad Social, para estos efectos (47). Esta metodología busca estudiar participativamente las condiciones de exposición presentes en el puesto de

trabajo y establecer medidas correctivas eficientes y particulares para la institución y sus unidades.

- C) Se sugiere establecer espacios formales, sistemáticos y permanentes de diálogo social y participación activa, real e informada de todos los interesados, Dirección de la clínica, mandos medios y trabajadores, cuyo foco de interés sea controlar condiciones de riesgo psicosociales en el trabajo. En base a los resultados obtenidos, se sugiere como organización, focalizar inicialmente los esfuerzos en dos temáticas principales, riesgos psicosociales en sus dimensiones “Compensaciones” y “Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades”. Mientras que, en relación a exigencias psicológicas, se debe propiciar que las exigencias psicológicas se mantengan en rangos medios, a modo de configurarlos como factores protectores.

Las siguientes son algunas sugerencias descritas en el manual del método Ista 21, y solo son expuestas como ejemplos de intervención, dado que como se señaló anteriormente, la intervención en su conjunto, incluyendo la adopción de medidas correctivas, debe ser realizado por un equipo con alta representatividad de los involucrados, el trabajador, la organización y representantes del área de seguridad y salud ocupacional, como comités paritarios y mutualidades.

- a. “Compensaciones”: Representa principalmente el reconocimiento que recibe el trabajador por el esfuerzo realizado, personas con riesgo elevado en Compensaciones, sienten escaso reconocimiento por su labor o perciben que su trabajo es inestable.

Se sugiere:

- i. Diseñar una política de incentivos no monetarios en la Clínica, que sea clara para todos los trabajadores/as, y que favorezca las relaciones de solidaridad y compañerismo.
- ii. Desarrollar un sistema de evaluación claro, ampliamente socializado y conocido previamente, a través del cual los

- trabajadores/as conozcan el resultado de su trabajo y el nivel de ajuste esperado.
- iii. Propiciar mediante actividades formales y sistemáticas, la cooperación entre compañeros/as, destacando por ejemplo al “compañero destacado”, siendo primordial para esto, la socialización previa de los criterios de selección y la justicia, es decir, que todos tengan las mismas posibilidades de participar.
 - iv. Elaborar programa interno de reconocimiento organizacional, señalando mecanismos formales para la elección del reconocido, responsables de la actividad y estrategias de reconocimiento no monetario.
 - v. Hacer uso de espacios de socialización de información masivos, por ejemplo diarios murales, estableciendo un sistema que destaque felicitaciones que provengan de los usuarios.
 - vi. Capacitar e instruir a las jefaturas y mandos medios para que reconozcan verbalmente a sus equipos por el trabajo bien realizado.
 - vii. Generar y garantizar las condiciones organizacionales, de dotación o remplazos para respetar los periodos de vacaciones y permisos de tiempo para poder asistir al médico u otras atenciones de salud.
- b. “Trabajo Activo y desarrollo de habilidades”: Trabajo activo” es un trabajo donde es posible desarrollarse como persona, principalmente a través de la autonomía y las posibilidades de aprendizaje que tienen los trabajadores, Una alta prevalencia de personas en riesgo alto puede significar que los trabajadores tienen escaso control sobre sus tareas, o que estas son irrelevantes, y por lo mismo son escasas las posibilidades de aprendizaje.

Según se establece en el manual de aplicación de la metodología Ista 21 (41), se observaría mayor riesgo asociado a trabajos monótonos, repetitivos, sin variedad. El riesgo se asociaría a la baja influencia, es decir, a la baja posibilidad de controlar la tarea por parte del trabajador. Por otra parte, trabajos complejos, de mayor exigencia, permitirían mayor desarrollo personal siempre que vayan asociados a capacitación y mayor influencia.

Se sugiere:

- i. Realizar un levantamiento de información de las habilidades de cada trabajador/a así como también de la necesidad de capacitación individuales.
- ii. Distribuir las capacitaciones con un criterio de justicia que sea público y accesible para todos (evitar los favoritismos).
- iii. Diseñar un mecanismo para recibir recomendaciones de cada trabajador/a a propósito de cómo mejorar el trabajo (buzón, correo, círculos de calidad).
- iv. Establecer espacios de aprendizaje entre trabajadores/as con mayor y menor experiencia para desarrollar nuevas competencias, habilidades y conocimientos.
- v. Generar un programa de perspectivas de carrera o de movilidad dentro de la organización que permita el aprendizaje en nuevas áreas y que tengan como objetivo la promoción a nuevos cargos o mejores cargos (desarrollo profesional).
- vi. Realizar campañas en la cual los trabajadores presenten iniciativas para mejorar el trabajo que se desarrolla en la organización y ejecutar las mejores iniciativas.
- vii. Otorgar facilidades de tiempo y horario para trabajadores que necesiten y quieran capacitarse por su cuenta en temas relacionados a su actividad laboral o no.

- c. “Exigencias psicológicas”. Una alta prevalencia de personas en riesgo alto, significa que las exigencias sobre los trabajadores son elevadas, o que el esfuerzo que realizan es alto. Dado los resultados, este factor debe mantenerse en equilibrio, dado que presentar puntuaciones de riesgo medio lo configuraría en un factor protector frente al burnout.

Se sugiere:

- i. Establecer de manera formal la participación de un equipo tripartita compuesto por trabajadores, jefaturas y Dirección de la Clínica en planificación del trabajo, detección de brechas y adopción de medidas correctivas, destinadas a buscar el equilibrio entre la demanda impuesta por el trabajo y el control que tiene sobre esto el trabajador.
- ii. Realizar un análisis detallado en conjunto en una mesa de trabajo tripartita entre trabajadores, mandos medios y Dirección, haciendo un análisis causal de posibles nudos críticos como son brechas dotacionales y posibles dificultades en la fluidez para conseguir remplazos.
- iii. Evaluar en conjunto y de manera participativa posibles rediseños de los procesos, orientadas a redistribuir y equilibrar cargas de trabajo, prestando especial atención en los cargos de jefatura, sean estos mandos medios o superiores.

Si bien es cierto, la intervención debe ser global y transversal en la organización, se sugiere en una primera instancia, priorizar a los siguientes grupos de trabajo:

- Equipo de trabajo compuesto por personal de enfermería, Tens, y auxiliar de enfermería.
- Jefaturas, sean estos mandos medios y directivos
- Personal que realice labores no clínicas

- Personal joven, cuya edad sea en general menor de 45 años.
- Personal cuyo último nivel educacional alcanzado sea enseñanza media o instituto profesional.
- Personal que realiza sistema de trabajo por turnos.

Por otra parte, como medidas adicionales, se sugiere incluir al Comité Paritario de higiene y seguridad, institución bipartita entre la organización y los trabajadores, mandatada por ley para propiciar actividades preventivas y de cuidado de la salud de los trabajadores. Se estima que el comité paritario debe asumir un rol protagónico en el desarrollo sistemático de campañas masivas de autocuidado y prevención de Burnout a nivel organizacional

En recomendaciones más amplias, desde la esfera política y normativa, se sugiere Incluir el síndrome de Burnout en la lista de enfermedades profesionales establecidos en el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, DS 109 situación que facilitaría su calificación como posible enfermedad laboral, llevando a visibilizar la patología y sus datos epidemiológicos, así como también la toma de medidas preventivas eficientes desde la esfera de salud ocupacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).
2. Decreto 109, Aprueba El Reglamento Para La Calificación Y Evaluación De Los Accidentes Del Trabajo Y Enfermedades Profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 16.744, de 1° de febrero de 1968, que estableció el seguro social contra los riesgos por estos accidentes y enfermedades Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Disponible en: <https://bcn.cl/2zujr>
3. Canales-Vergara M., Valenzuela-Suazo S., Paravic-Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016 Sep [citado 2023 Nov 12]; 13(3): 178-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300178&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.004>.
4. Gutiérrez Nova M. Factores de riesgo psicosociales relacionados con estrés en los profesionales de enfermería de servicios críticos hospital puerto Montt, (tesis de Licenciatura), Universidad Austral, Chile, 2004. Disponible en [\[http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmg984f/pdf/fmg984f.pdf\]](http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmg984f/pdf/fmg984f.pdf), consultado el 17, junio 2022
5. Pastorino, & Alvarado, R. (2007). Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. Tesis (magíster en salud pública) Universidad de Chile, 2007. Disponible en [\[https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180970/Tesis_Ma.%20So%20Pastorino.pdf?sequence=1&isAllowed=y\]](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180970/Tesis_Ma.%20So%20Pastorino.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Gutiérrez KPM, Ramos FRS, Dalmolin GL. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acceso nov 2023 05]; Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0273>
7. Simonetti M, Aqueveque AMV, Alejandra Galiano M. Environment, workload, and nurse burnout in public hospitals in Chile. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2021;55:e20200521. [Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0521>]

- 8 Saborío Morales L, Hidalgo Murillo L. Síndrome de burnout revisión bibliográfica, Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, Vol. 32 (1), Marzo 2015. ISSN 1409-0015 [disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>]
- 9 Guic S Eliana, Mora O Pablo, Rey C Ricardo, Robles G Alfonso. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 Abr [citado 2023 Nov 05] ; 134(4): 447-455. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000400007>.
- 10 Castro Méndez Nelson P. Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. Cienc Trab. [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Nov 12] ; 20(63): 155-159. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492018000300155&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000300155>.
- 11 Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, disponible en: <https://www.ispch.cl/salud-de-los-trabajadores/> [consultado el 05 de noviembre, 2023].
- 12 Jiménez Paneque R, Pavés Carvajal JR. Occupational hazards and diseases among workers in emergency services: a literature review with special emphasis on Chile. Medwave 2015 Aug;15(7):e6239 doi: 10.5867/medwave.2015.07.6239
- 13 Castañeda-Aguilera Enrique, García de-Alba-García Javier E.. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: prevalencia y factores de riesgo. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Nov 12] ; 88(3): 354-360. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000300354&lng=es. Epub 15-Nov-2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001502>.
- 14 Cicchitti C, Cannizzaro G, Rosi F, Maccaroni R, Menditto VG. Il burnout in emergenza preospedaliera e ospedaliera. Indagine conoscitiva in due coorti di infermieri [Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses]. Recenti Prog Med. 2014 Jul- Aug;105(7-8):275-80. Italian. doi: 10.1701/1574.17110. PMID: 25072542.
- 15 García-Flores R, Zárate-Camargo N, Castillo-Cruz J, Acosta-Quiroz CO, Landa-Ramírez E. Estresores percibidos asociados a la presencia de burnout en médicos residentes [Perceived stressors associated with the presence of burnout in resident physicians]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022 Feb 1;60(1):12-18. Spanish. PMID: 35266656.

- 16 Galván María Eugenia, Vassallo Juan C., Rodríguez Susana P., Otero Paula, Montonati María Mercedes, Cardigni Gustavo et al . Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. Rev. bol. ped. [Internet]. 2014 [citado 2023 Nov 12] ; 53(1): 29-36. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752014000100008&lng=es.
- 17 Superintendencia de Seguro Social, Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales, disponible en: <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html> [consultado 17 de junio, 2022]
- 18 Informe anual estadística sobre seguridad y salud 2019, superintendencia de seguridad social, Disponible en: <https://www.suseso.cl/607/w3-article-595996.html>, visto por última vez, 12 noviembre, 2023.
- 19 Caro Hernández, Marcos, Reseña de "El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar" de Gil-Monte, PR. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2006;22(1):123-125. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317045006>
- 20 Vivas-Manrique SD, Fonseca Muñoz M. Síndrome de Burnout, de un fenómeno laboral a un diagnóstico médico. Rev Colomb Salud Ocup [Internet]. 12 de marzo de 2021 [citado 12 de noviembre de 2023];9(1):5962. Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/5962
- 21 Superintendencia de seguro social, estadísticas licencias médicas y subsidios incapacidad laboral 2020. Disponible en: <https://www.suseso.cl/605/w3-article-652634.html>
- 22 Superintendencia de Seguro Social, Informe anual de emisores de licencias médicas electrónicas 2022, disponible en: SUSESOS: Publicaciones - Informe anual de emisores de Licencias Médicas Electrónicas 2022
- 23 Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. Rev Médica Chile. agosto de 2021;149(8):1205-14.
- 24 Trabajadores y trabajadoras de la salud y pandemia por COVID-19 en Chile: informe de una investigación acción participativa (2021). Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/182989>

- 25 Olivares Sebastián, Olmos Claudio, Ruiz-Tagle José, Campaña Gonzalo. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en una clínica privada de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2022 Oct [citado 2023 Nov 05] ; 150(10): 1342-1350. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022001001342&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001001342>.
- 26 Miranda Álvarez, Fonceca Tomaz, Carvalho Lamy, Haickel Nina, Lopes Pereira, Santos García, Síndrome de burnout entre profesionales de la salud en unidades de cuidados intensivos: un estudio poblacional transversal, Rev. bras. ter. Intensiva 32 (2) Apr-Jun 2020, Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3NvThTZMDBpMBdkVFxJBxcP/?lang=en>
- 27 Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, EvansWK. Trabajadores de atención oncológica en Ontario: prevalencia del agotamiento, el estrés laboral y la satisfacción laboral. CMAJ. 2000;163(2):166-9.
- 28 Juan Carlos Mendoza Vargas, Prevalencia del síndrome de Burnout en anesthesiólogos durante la pandemia por covid 19 en el año 2021, Universidad Del Sinu Seccional Cartagena De Indias, 2021, Tesis o trabajo de investigación para optar el título de Especialista en Anestesiología, Disponible en: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/425>
- 29 Saavedra Rionda I, García González JV, Llamazares Granda FJ, Arbesú Fernández E, López Díaz Á. Grado de burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. Educ Médica. 2021;22:55-61
- 30 Basset Machado, Estévez Ramos Leal García, Guerrero Lara, López Vázquez , Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría, Enf Neurol (Mex), Vol. 10, No. 2: 81-85, 2011.
- 31 Avendaño Cecilia, Bustos Patricia, Espinoza Paula, García Felipe, Pierart Támara. Burnout Y Apoyo Social En Personal Del Servicio De Psiquiatría De Un Hospital Público. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 Ago [citado 2023 Nov 05] ; 15(2): 55-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200007>.

- 32 Barría J. Síndrome De Burnout Y Estrategias De Afrontamiento En Personal De una Clínica Psiquiátrica. 19 de enero de 2005; disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/309823877_sindrome_de_burnout_y_estrategias_de_afrontamiento_en_personal_de_clinica_psiquiatrica.
- 33 Nieto R. R, Gálvez B. A, Mateluna C. X, Weinstein G. Y. Estudio descriptivo del síndrome de burnout en becados de psiquiatría. RPSC [Internet]. 5 de noviembre de 2021 [citado 6 de noviembre de 2023];55(1-2):15-22. Disponible en:
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65129>
- 34 Ruiz González, Erika (2018). Síndrome de Burnout, tiempo de ejercicio profesional y satisfacción salarial en profesionales de la salud de la Ciudad de Montería- Colombia. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.academica.org/000-122/646.pdf>
- 35 Ramírez A, Santibáñez C, Muñoz C, Ramírez G, Lechner V, Soto P, et al. Prevalencia y perfil del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Alemana de Puerto Varas. Rev GPU 2010; 6; 2: 230-233, Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Victor-Diaz-Narvaez/publication/275951807_Prevalencia_y_perfil_del_Sindrome_de_Burnout_en_el_personal_de_salud_de_la_Clinica_Alemana_de_Puerto_Varas/links/554a62850cf29f836c964eef/Prevalencia-y-perfil-del-Sindrome-de-Burnout-en-el-personal-de-salud-de-la-Clinica-Alemana-de-Puerto-Varas.pdf [consultado el 17 de Junio, 2022]
- 36 Muñoz P. Nelson, Campaña W. Nicolás, Campaña V. Gonzalo. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Cirugía General de Chile y sus Factores Asociados. Rev Chil Cir [Internet]. diciembre de 2018 [citado el 17 de junio de 2022]; 70 (6): 544-550. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600544&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600544>.
- 37 Melita Rodríguez Angélica, Cruz Pedreros Mónica, Merino José Manuel. Burnout En Profesionales De Enfermería Que Trabajan En Centros Asistenciales De La Octava Región, Chile. Ciencia. enferm. [Internet]. Diciembre de 2008 [consultado el 12 de noviembre de 2023]; 14(2): 75-85. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200010>.

- 38 García García, JM y Herrero Remuzgo, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 459-477. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/60162>
- 39 Lozano-Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 8abr.2021 [citado 5nov.2023]; 84(1):1-. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3930>
- 40 Organización mundial de la salud, disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> [consultado el 17 junio, 2022].
- 41 Superintendencia de Seguridad Social Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Unidad de Prevención y Vigilancia, manual del método del cuestionario Suseso Iestas 21 Versión completa y breve, [disponible en https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_01.pdf; consultado [17 de junio, 2022]
- 42 Dirección del Trabajo de Chile, Código del trabajo, Título I, Normas Generales, Art.184. Disponible en https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/articles-95516_recurso_1.pdf, [consultado 17 de junio, 2022]
- 43 Ministerio del Trabajo y Previsión Social, LEY-16744, Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Promulgado 23 de enero, 1968, última actualización 10 dic. 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650&idVersion=2022-03-10&idParte=>; [consultado el 17 de Junio, 2022]
- 44 Solar, Orielle, “Relación entre trabajo y salud”, Diplomado Salud Ocupacional, Universidad de Chile, Santiago, 2022.
- 45 Olivares-Faúndez, Víctor e, Mena-Miranda, Luis, Jélvez-Wilker, Carolina, & Macía-Sepúlveda, Felipe. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica* , 13 (1), 145-159. Recuperado el 05 de noviembre de 2023, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672014000100013.
- 46 Ministerio de Salud de Chile, Encuesta Nacional De Empleo, Trabajo Salud Y Calidad De Vida De Trabajo, Salud Y Calidad De Vida De Los Trabajadores Y Trabajadoras En Chile 2009 -2010, Disponible en: https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf

47 Superintendencia de seguridad social, Manual del Método, Cuestionario
CEAL SM/SUSESO disponible en:
[https://cealsm.suseso.cl/Manual_Metodo_Cuestionario_CEAL_vigente.
pdf](https://cealsm.suseso.cl/Manual_Metodo_Cuestionario_CEAL_vigente.pdf)

ANEXOS

- Anexo 1.- Carta de aprobación comité de ética
- Anexo 2.- Consentimiento informado
- Anexo 3.- Cuestionario

Nº 14

Santiago, 31 de Marzo 2023

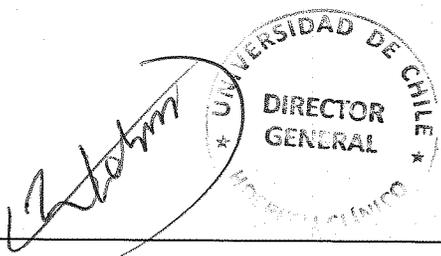
APROBACIÓN PARA REALIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prof. Dr. Eduardo Tobar Almonacid, Director General del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, certifica que ha aprobado la realización del proyecto de investigación denominado, **“Síndrome de burnout en funcionarios de una Clínica Psiquiátrica. Un enfoque desde la Salud ocupacional”**.

Esta solicitud ha sido debidamente discutida y aprobada por el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, según consta en el Acta de Aprobación Nº 17 del 22 de marzo 2023 y será conducido por el Investigador Principal, el Ps. Jorge Arriaza Pueyes, alumno de Magíster en salud pública de la Universidad de Chile. Participa como Investigador Responsable, el Dr. Carlos Ibáñez Piña, de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

Dado que se han cumplido los requisitos establecidos para conducir estudios en seres humanos en nuestra Institución, este Estudio Clínico cuenta con la autorización de la Dirección del Hospital para su realización, en los términos que establece el protocolo antes mencionado.

Este documento de aprobación tendrá vigencia hasta finalizar el Estudio Clínico o hasta que la Aprobación Inicial sea revocada.



PROF. DR. EDUARDO TOBAR A.
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

ACL

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO

Nombre del Investigador: **Jorge Jairo Arriaza Pueyes;**

Correo Electrónico: Jairo_arriaza@yahoo.com

Institución: Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, Programa de Magister en Salud Pública.

Teléfono(s): +569 9137 0353.-

Servicio o Departamento: Programa de Magister en Salud Pública, Universidad de Chile.

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación llamado **"Síndrome de Burnout en funcionarios de una clínica psiquiátrica, un enfoque desde la salud ocupacional"**, el cuidado preventivo de la salud mental es primordial, como investigadores buscamos Identificar qué factores psicosociales laborales y sociodemográficos se relacionan con la presencia del Síndrome de Burnout, a modo de orientar propuestas concretas de actividades preventivas eficientes en los funcionarios de la Clínica Psiquiátrica en que usted trabaja, en este caso, al ser usted funcionario de la Clínica, podrá aportar con información valiosa que permita estudiar el fenómeno a nivel local facilitando la generación de una propuesta real de intervención preventiva.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento hasta comprenderlo y haga las preguntas que desee al investigador.

Introducción: El síndrome de burnout es un cuadro que hace referencia a manifestaciones psicosociales específicas y anómalas de quienes lo padecen, según Maslach, las manifestaciones del síndrome de burnout son variadas, pero sus rasgos principales corresponden a agotamiento físico y mental, el cual genera una actitud fría y despersonalizada en relación a los demás y un sentimiento de "inadecuación" en las tareas que realiza. Entendiendo que según señala el CIE 11, "el Síndrome de Burnout es un síndrome derivado del estrés laboral crónico" que puede generar impactos negativos en la salud del trabajador, lo que además pudiese implicar costos vinculados a mayor ausentismo, rotación de personal, disminución en la calidad del desempeño profesional, asimismo de otros posibles costos en que incurría una institución cuando los resultados de los pacientes no son los esperados y se producen complicaciones. Expuesto lo anterior, resulta trascendental para proteger eficazmente la salud de los trabajadores, reconocer qué factores estarían asociados a la emergencia del síndrome de burnout, a fin de orientar tempranamente las medidas de gestión necesarias a nivel organizacional para evitar



que la exposición laboral a dichas condiciones, controlando posibles factores de riesgo para la salud de los funcionarios.

La investigación consistirá en responder un cuestionario de 60 preguntas, que incluye lo siguiente:

Instrumento (60 preguntas):

- MBI (22 preguntas): El cuestionario a utilizar, considera la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), test validado en Chile cuyo propósito es evaluar la presencia de síndrome de burnout, es una escala ampliamente utilizada en investigación.
- Cuestionario SUSESO/ISTAS 21 Versión Breve. (20 preguntas) Mide factores psicosociales en el puesto de trabajo, Este instrumento permite la evaluación y medición de los riesgos psicosociales en el trabajo. El cuestionario es la adaptación y validación en Chile del Cuestionario COPSOQ-ISTAS21. (nota: solo se utilizará como encuesta, no considera realizar grupos focales, su aplicación en el marco de investigación, no reemplaza en ningún caso el proceso de medición de riesgos psicosociales establecido por SUSESO)
- Condiciones de empleo (12 preguntas). Son condiciones o circunstancias en que una persona participa en un trabajo, como por ejemplo, existencia de un contrato laboral, nivel remuneraciones, acceso a protección y seguridad social, extensión u organización de la jornada laboral, será confeccionado en base a preguntas de la "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile" (ENETS 2009 – 2010).
- Información sociodemográfico (6 preguntas): Se realizará mediante una encuesta individual que consultará: Género, edad, nivel de estudio alcanzado, años de experiencia laboral, estado civil, rol en el hogar y si realiza labores con rol de Cuidador/a.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos identificar los determinantes psicosociales, laborales y sociodemográficos relacionados a la presencia del Síndrome de Burnout, evaluando sus respectivas fuerzas de asociación en los trabajadores de la clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

- a) Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población en estudio.
- b) Estimar la prevalencia de síndrome de burnout en los trabajadores de la población estudiada.
- c) Establecer la asociación y fuerza de esta entre los factores psicosociales del ambiente laboral, las condiciones de empleo, las condiciones sociodemográficas con la presencia del Síndrome de Burnout.



- d) Establecer a partir de los puntos anteriores sugerencias empíricamente fundamentadas, orientadas a disminuir el riesgo de ocurrencia del síndrome de burnout en las unidades estudiadas.

El estudio incluirá a una muestra representativa de la clínica, la cantidad de participantes en el estudio es definido mediante un procedimiento estadístico, el número mínimo de participantes será 70 sujetos, todos trabajadores de la Clínica psiquiátrica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar en el estudio, a usted se le solicitará que conteste por única vez un cuestionario. El tiempo promedio para contestar dicho cuestionario, no supera los 30 minutos.

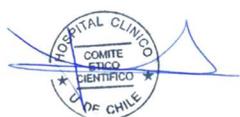
Riesgos: El estudio considera solicitar información personal y privada, respecto percepción de condiciones de riesgo laborales y de empleo, así como a su estado de salud mental vinculado a síndrome de burnout. A modo de controlar la confidencialidad de dicha información, la recolección de datos, será realizada solo por el investigador, el instrumento de recolección de datos no incluirá información personal como nombre o rut, sino que será remplazada por un código donde la asociación entre usted y la encuesta será solo conocida y registrada por el investigador. Así mismo, la creación de la base de datos y su análisis será realizada solo por el investigador. Los datos obtenidos durante el proceso de información, serán usados solo para fines de investigación.

Un segundo riesgo es la potencial pesquisa de "indicadores de patología de salud mental en el participante", a modo de controlar esta situación, usted como participante tendrá la opción de conocer sus resultados de manera individual y confidencial, además de recibir orientación especializada por un psicólogo del equipo de investigación.

Costos: Su participación no le representará gastos adicionales.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento, su participación en este estudio le traerá los siguientes beneficios: Usted responderá un cuestionario para síndrome burnout, en caso de obtener puntuaciones consistentes con rangos de sospecha de patología,

En caso de detectarse elementos de burnout u otra patología de la esfera de salud mental, usted será derivado al sistema de salud correspondiente para su tratamiento.



22-03-2023

Con la información entregada, aportará además a que la Clínica en que usted se desempeña, distinga, cuantifique y priorice los aspectos más relevantes en la ocurrencia del cuadro de burnout, para que de esta manera, y considerando a su vez la factibilidad, establezca propuestas y sugerencias de medidas de gestión destinadas a la prevención del problema estudiado.

Alternativas: La participación en la presente investigación es de carácter voluntaria, Si Ud. decide no participar en esta investigación no recibirá sanción alguna por la decisión que tome.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Información adicional: Ud. será informado si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad y Revocación: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador (mediante un formulario de revocación del consentimiento opcional), sin que ello signifique sanciones.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Jorge Jairo Arriaza Pueyes, Investigador Principal. psjjariaza@gmail.com.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile, Teléfono: 229789008, Email: comiteetica@hcuch.cl, ubicado en Dr. Carlos Lorca Tobar N° 999, 4 Piso Sector D, Comuna de Independencia, Santiago.



22-03-2023

Conclusión:

Después de haber leído y comprendido la información de este documento, de haber podido aclarar todas mis dudas, entiendo que me puedo retirar cuando lo desee. Otorgo mi consentimiento libre, informado y voluntario para participar en el proyecto **“Síndrome de Burnout en funcionarios de una clínica psiquiátrica, un enfoque desde la salud ocupacional”**

_____ Nombre del sujeto Run.	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
------------------------------------	----------------	-----------------------

_____ Nombre del Investigador Run. 13.982.258-7	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
---	----------------	-----------------------

_____ Nombre del Director o Delegado Run.	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
---	----------------	-----------------------

Revocación del Consentimiento Informado

Yo _____ suscribo REVOCAR voluntariamente el consentimiento firmado anteriormente. Con fecha de hoy..... dando por finalizada mi participación.

Acepto _____/No Acepto _____ que los datos y muestras mías en poder del equipo de investigadores del proyecto sean conservadas y usadas bajo estricta confidencialidad con propósitos de investigación.

Nombre del sujeto
Run.

Firma

Fecha y Hora

Nombre del Investigador
Run.

Firma

Fecha y Hora

Nombre del Director o Delegado
Run.

Firma

Fecha y Hora



22-03-2023

A quien corresponda:

Buenas tardes, soy psicólogo y la fecha me encuentro cursando el Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Tengo a bien presentarle una encuesta más abajo detallada, la cual constituye un instrumento validado, destinado a recolectar datos, con el fin de realizar estudios destinados a investigar el denominado **“síndrome de Burnout en funcionarios de una clínica psiquiátrica, un enfoque desde la salud ocupacional”**. Este instrumento considera cuatro principales ejes temáticos:

1. Síndrome de Burnout o desgaste Profesional.
2. Condiciones psicosociales en el trabajo.
3. Variables sociodemográficas.
4. Condiciones de Empleo.

Una importante participación en la encuesta, sería de vital importancia y estadísticamente significativa para el proceso de investigación, dado que esto aumentaría la representatividad de la información obtenida. No obstante la participación en el estudio es por supuesto de carácter voluntario. Cabe destacar que el manejo de la información será completamente confidencial y utilizado solo para los fines de la investigación.

La información obtenida permitirá describir las condiciones sociodemográficas de la población en estudio, estimar la prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en ésta, además de la determinación de factores protectores y de riesgo asociados a este síndrome. Por otro lado se podrá determinar la población prioritaria, con el fin de realizar acciones concretas de prevención de este tipo de riesgos ocupacionales.

Atte. Jorge Arriaza, Psicólogo
Estudiante tesista del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile

INSTRUMENTO

Instrucciones para responder la encuesta.

Lea con atención cada pregunta y responda con una "X" la alternativa que más le representa.

Por favor, **NO DEJE RESPUESTAS SIN CONTESTAR**, dado que esto dificulta el adecuado análisis de datos.

Código de la Encuesta						
Genero	Mujer		Hombre		Otro	

¿En qué departamento, unidad o sección trabaja Usted?	
---	--

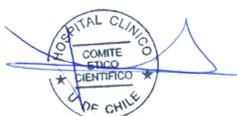
Su trabajo es:			
Clinico con atención a paciente	Administrativo con atención de pacientes	Administrativo sin atención de pacientes	Otro: especifique

A continuación, encontrará 22 aseveraciones, marque con una "X" sobre la **frecuencia** que usted siente los enunciados

		Nunca.	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana.	Unas pocas veces a la semana.	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes/as.							
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes/as como si							



	fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes/as supone un gran esfuerzo y me cansa							
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes/as.							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.							
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes/as.							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión en Salud.							
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo							
14	Creo que trabajo demasiado.							
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes/as							
16	Trabajar directamente con pacientes/as me produce estrés.							



17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes/as.							
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes/as.							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma							
22	Creo que los pacientes/as me culpan de algunos de sus problemas.							

A continuación, usted encontrará 20 preguntas respecto a las condiciones psicosociales. Para responder elija una sola respuesta para cada pregunta y marque con una X. Debe responder todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Lo que interesa es su opinión sobre los contenidos y exigencias de su trabajo.

		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
1	¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?					
2	En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					
3	En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?					
4	En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?					
5	¿Su trabajo requiere atención constante?					
6	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					
7	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?					

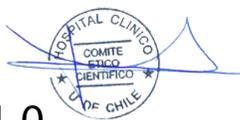
8	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?						
9	Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?						
10	¿Siente que su empresa o institución tiene una gran importancia para usted?						
11	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?						
12	¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?						
13	¿Recibe ayuda y apoyo de su inmediato o inmediata superior?						
14	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?						
15	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?						
16	¿Está preocupado/a por si le despiden o no le renuevan el contrato?						
17	¿Está preocupado/a por si le cambian de tareas contra su voluntad?						
18	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco						
19	Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?						
20	¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez? (para cuidar un hijo enfermo, por accidente de algún familiar, por el cuidado de abuelos, etc.						

A continuación, encontrará 6 preguntas de carácter sociodemográfico (SD), marque con una X la alternativa que lo represente:

SD. 1 ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero (a) sin Pareja	Pololeando sin convivencia	Conviviente	Unión Civil	Casado (a)	Anulado(a)	Separado (a)	Divorciado (a)	Viudo (a)

SD 2 ¿Ultimo nivel educacional alcanzado?				
Educación Media Completa	Instituto Profesional completa (con título)	Universitaria completa (con título)	Universitaria de Postgrado	Otra



SD 3 ¿es usted el/la Jefe (a) de hogar?

Si	no

SD 4 ¿Cuánto tiempo lleva en su actual trabajo?

Entre 6 meses y menos de un año	Entre 1 año y menos de 3 años	Entre 3 años y menos de 5 años	Entre 5 años y menos de 10 años	10 años o más

SD 5 Experiencia Laboral General

Contando todas sus experiencias laborales, ¿cuánto tiempo lleva trabajando?	Años:	
---	-------	--

SD 6 ¿Usted, aparte de su trabajo, tiene a su cargo el cuidado de niños pequeños, adultos mayores, enfermos minusválidos o crónicos?

Sí, como único cuidador	Sí, pero compartido con otro	Ocasionalmente	No, no tiene nadie a su cargo

A continuación, encontrará 12 preguntas vinculadas a condiciones de empleo (CE), marque con una X la alternativa que lo represente:

CE.1 En este trabajo, ¿Usted tiene contrato de trabajo o acuerdo de prestación de servicios a honorarios FIRMADO?

Si	No

CE2 Su contrato o acuerdo de trabajo es:

Indefinido	A plazo fijo	Prestación de servicios a honorarios	Otro

CE 3 ¿En su trabajo, su jornada es?

Sólo diurno (de día)	Sólo nocturno (de noche)	En turnos (rotativos sólo de día)	En turnos (rotativos día-noche)	En turnos por ciclos (Días de trabajo y descanso, trabaja 10 x 5 de descanso, 7x7, 4x4, 20x10) (Jornada excepcional)	Otro.



CE 4 Dentro de la empresa u organización donde Ud. trabaja, ¿qué frase describe mejor la posición que tiene Ud. en ella?

Una posición directiva	Jefe, supervisor (con responsabilidad de jefatura y dirección, pero depende de otra	Una posición subordinada (tiene un jefe y no tiene personas a cargo)

CE 5. Además del trabajo principal, ¿tiene otro u otros trabajos remunerados?

Sí, de manera habitual	Sí, pero sólo ocasionalmente	Sí, trabajo de temporada	No, no tengo otros trabajos

CE 6 La semana pasada, considerando todos sus trabajos remunerados, ¿En promedio cuántas horas semanales trabajó? Registre número de horas

Señale número de horas total:	
-------------------------------	--

CE 7. Habitualmente, ¿cuánto es **su ingreso bruto mensual** sumando todos sus trabajos?

Registre Monto	
----------------	--

CE 8. ¿Su salario o ingresos que recibe por su trabajo le permiten cubrir sus necesidades básicas y gastos regulares?

Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca

CE 9 En su situación laboral actual, señale con qué frecuencia Ud. puede:

	Nunca	Rara Vez	Casi Siempre	Siempre
Tomarse los días feriados sin problema				
Hacer uso de licencia o reposo médico sin problemas				
Ir al médico sin problemas cuando lo necesita				
Tomar las vacaciones sin problemas				
Pedir o tomarse un día libre por motivos familiares o personales sin problemas cuando lo necesita				
Acceder a indemnización por despido				
Hacer uso de licencia maternal o paternal				
Hacer uso de licencia médica para menor de 1 año				

CE 10 ¿Ud. pertenece a algunas de estas organizaciones?

Sindicato	Sindicato de trabajadores independientes (trabajadores a honorarios)	Asociación de funcionarios o de colegios profesionales	Otras organizaciones de representación laboral	No pertenezco

CE 11 En el último mes ¿practicó Ud. deporte o realizó actividad de ocio durante 30 minutos o más cada vez?

3 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Menos de 1 vez por semana	No practiqué deporte u ocio este mes

CE 12. En promedio, ¿Cuánto tiempo ocupa en trasladarse desde? (en horas y minutos)

	Horas	Minutos
Su casa al trabajo (Viaje de IDA)		
El trabajo a su casa (Viaje de REGRESO)		

Muchas gracias