



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE DOTACIÓN DEL
CENTRO MÉDICO Y DENTAL DE CARABINEROS VIÑA DEL MAR.

Tesis para optar al título profesional de Psicólogo.

Autor:

MIGUEL ANGEL RIVAS MEDINA.

Profesor Guía: Doctor Mg. BORIS CAJAS LUNA.

Viña del Mar, Chile.

2017.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	9
Introducción	10

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	14
1.2. Justificación del problema	17
1.3 Relevancia de la investigación	20
1.4. Delimitación del estudio	23
1.5. Pregunta de investigación	24
1.6. Objetivos de la investigación	25

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual	28
2.1.1. Síndrome de burnout	28
2.1.2. Características y dimensiones:	35
2.1.3. Manifestaciones clínicas:	37
2.1.4 Teorías y Modelos explicativos acerca del Burnout:	40
2.1.5. Carabineros de Chile	50
2.2. Marco Referencial	52
2.2.1. Burnout en personal de la salud	52
2.2.2. Burnout en personal policial	54

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Paradigma investigativo	58
3.2 Metodología de la Investigación	61

3.3 Tipo y características del estudio	63
3.4 Diseño de Investigación	64
3.5. Universo, población, muestra, fuentes de información	66
3.6 Instrumentos de recolección de datos	68
3.7. Técnicas de recolección de datos.....	72
3.8. Criterios de Inclusión Muestral	73
3.9. Criterios de cientificidad.....	74
3.10. Técnica de análisis para el tratamiento de los datos	75
3.11. Procedimiento.....	77
3.12 Consideraciones Éticas de la investigación	78

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos.....	80
4.1.1. Descripción de los resultados por categorías, gráficos y tablas.....	80
4.1.1.1. Características sociodemográficas.....	80
4.1.1.2. MBI-HSS Inventario Maslach de Burnout.....	84
4.2. Estadística Inferencial.....	87
Sexo	87
Edad.....	89
Antigüedad Laboral	91
Función en el Centro	93

CAPITULO V. DISCUSIONES

5.1 Discusiones	96
5.2. Conclusiones	103
5.3. Limitaciones	109
5.4. Proyecciones	110
 BIBLIOGRAFÍA	 113
ANEXOS	126

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres de la muestra.	79
Tabla 2. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de rangos de edad de la muestra.	80
Tabla 3. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de rangos de antigüedad laboral de la muestra.	81
Tabla 4. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de las funciones ejercidas por la muestra dentro del centro médico y dental.	82
Tabla 5. Medias y Desviación Típica de la muestra para las tres dimensiones.	84
Tabla 6. Sujetos de las muestras con alto burnout, según criterios de Gil-Monte y Peiró (2000).	85
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres con burnout.	86
Tabla 8. Contraste entre hombres y mujeres para las distintas dimensiones del burnout.	87
Tabla 9. Distribución de las medias según los grupos de edad para las tres dimensiones.	88
Tabla 10. Datos de correlación para las variables de edad de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en la dimensión de Logro o Realización Personal.	90
Tabla 11. Distribución de las medias según los rangos de antigüedad laboral para las tres dimensiones.	91
Tabla 12. Datos de correlación para las variables de antigüedad laboral de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en la dimensión de Cansancio Emocional.	93
Tabla13. Información sobre las variables de función, genero, edad y antigüedad laboral de los sujetos con burnout.	94

Figura 1. Gráfico de la frecuencia de hombres y mujeres de la muestra.	80
Figura 2. Gráfico de frecuencia por rango de edad de la muestra.	81
Figura 3. Grafico la frecuencia de la antigüedad laboral de la muestra.	82
Figura 4. Gráfico de frecuencia de las funciones ejercidas por los sujetos de la muestra.	83
Figura 5. Grafico que muestra la distribución de burnout entre hombres y mujeres.	87
Figura 6. Gráfico de dispersión para la edad de los sujetos con burnout y el puntaje obtenido en la dimensión de Logro o Realización Personal.	90
Figura 7. Gráfico de dispersión para la antigüedad laboral de los sujetos con burnout y el puntaje obtenido en la dimensión de Cansancio Emocional.	92

RESUMEN

En la presente investigación se recopilan y describen los resultados de la aplicación del Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) el cual mide despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal, para verificar la relevancia de Síndrome de Burnout en personal del centro médico y dental de carabineros de la ciudad de Viña del Mar.

A través de una investigación cuantitativa de tipo transeccional correlacional-causal se aplicó el MBI-HSS a 98 funcionarios de dotación del centro Médico y Dental de Carabineros de la V Zona de Carabineros, profesionales entre los que destacan, médicos, dentistas, conductores, auxiliares de enfermería y personal administrativos de ambos sexos.

Se logró establecer que un 11,2% de la muestra presenta síndrome de burnout. Esto quiere decir que el 11,2% de los sujetos presenta puntuaciones altas en Cansancio o Agotamiento Emocional y Despersonalización; y una puntuación baja en Realización o Logro Personal. De estos el 90,9% son mujeres; la edad promedio de los sujetos con burnout es de 39,8 años de edad siendo el rango de edad con mayor prevalencia el comprendido entre 51 a 60 años de edad, en donde las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización tienen puntajes elevados; el promedio de antigüedad laboral de los sujetos con

burnout es de 15,2 años y se encontró una correlación positiva entre la antigüedad laboral y la dimensión de cansancio emocional.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, MBI (Maslach Burnout Inventory), Agotamiento Profesional, Burnout en carabineros, Burnout en centro médico.

ABSTRACT

The results of the application of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS), which measures depersonalization, emotional exhaustion and low self-realization, are collected and described to verify the prevalence of Burnout's syndrome in medical staff and dental of police of the city of Viña del Mar.

Through a quantitative correlational-causal transectional investigation, the MBI-HSS was applied to 98 staff members of the Medical and Dental Center of Police of the V Carabineros Zone, professionals including doctors, dentists, drivers, auxiliaries Nursing and administrative staff of both sexes.

It was possible to establish that 11.2% of the sample presented burnout syndrome. This means that 11.2% of the subjects presented high scores on Fatigue or Emotional Exhaustion and Depersonalization; And a low score in Realization or Personal Achievement. Of these, 90.9% are women; The average age of the subjects with burnout is 39.8 years of age being the age range with the highest prevalence between 51 and 60 years of age, where the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization have high scores; The average age of work of the subjects with burnout is 15.2 years and a positive correlation was found between the age of work and the dimension of emotional exhaustion.

Key words: Burnout Syndrome, MBI (Maslach Burnout Inventory), Professional Exhaustion, Burnout in carabinieri, Burnout in medical center.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es innegable que el ritmo de vida se hace cada vez más acelerado y cambiante, y específicamente en el ámbito laboral, en donde las exigencias suelen aumentar como respuesta a las crecientes demandas de la sociedad. Esta complejidad del medio laboral incrementa los cuadros clínicos asociados reactivamente al estrés, especialmente en aquellos profesionales de riesgo y que están en constante interacción con personas que necesitan de sus servicios y ayuda (Mella, 2007).

El trabajo es un medio para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas. Pero es también la actividad mediante la cual las personas afirman su propia identidad, tanto ante sí mismas como ante quienes les rodean, siendo crucial para el ejercicio de opciones personales, para el bienestar de la familia y para la estabilidad de la sociedad (Organización Internacional del Trabajo, 2004). Es por esto que las condiciones de trabajo deficientes son una amenaza para el trabajador ya que pueden provocar enfermedades laborales y tensión psicológica de los trabajadores.

En este sentido el estrés laboral se presenta como una de las principales causas de licencias médicas y según el Instituto Federal Americano de la Salud en el Trabajo estima que, en el futuro, el estrés será la primera causa responsable de las enfermedades profesionales (Chanlat,1999).

El estrés trae asociadas diversas enfermedades laborales, y dentro de ellas es posible distinguir un síndrome con características particulares, llamado "Burnout" (BO) o Síndrome de Quemarse por el Trabajo o Quedar Consumido (Gil-Monte y Peiró, 1999a, Alderete y otros, 2003; Barría, 2002; Carlotto y otros, 2001; Cordeiro, 2003; García y otros, 1999; Grau y Chacón, 1998; Moreno y otros, 1997). Este síndrome es entendido en términos simples como la intensificación de la sintomatología propia del estrés, que se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculado a las cuestiones relacionadas al trabajo (Mella, 2007). Este síndrome psicosocial suele presentarse en sujetos, como Carabineros y personal del área de la Salud, cuyas profesiones mantienen una relación constante y directa con personas que presentan problemas o motivos de sufrimiento y es el resultado de una constante y repetitiva sobrecarga emocional, asociado a un intenso involucramiento producto de la relación directa y constante con personas que se encuentran en situaciones límites de carácter persistente y en una situación de necesidad o dependencia, siendo caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal, generando síntomas físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal, afectando negativamente el rendimiento y la calidad del servicio del profesional (García et al. 1999).

Si bien se ha documentado investigaciones sobre burnout en policías de otros países, tales como Sudáfrica (Storm y Rothmann 2003); Holanda (Euwema et al. 2004); Finlandia (Keerkaner et al. 2004); Estados Unidos de N.A. (Caplan 2003), etc., o en funcionarios de la salud como médicos, enfermeras, paramédicos, etc (Lozano et al. 2008). No existe aún una investigación que

presente datos sobre el Síndrome Burnout en personal de un centro Médico y Dental de Carabineros de Chile, quienes representan dos de los grupos importantes de profesionales que están sometidos a condiciones laborales de elevado estrés. La presente investigación se presenta bajo el paradigma positivista de tipo investigación cuantitativa de tipo transeccional correlacional-causal. La población está constituida por la totalidad de los funcionarios del centro Médico y Dental de Carabineros de la V Zona de Carabineros, por medio de la aplicación del MBI (Maslach Burnout Inventory) se pretende detectar Síndrome de Burnout y describir los niveles de Burnout en la muestra.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Planteamiento del problema

El burnout puede manifestarse en cualquier persona que esté en una relación de cuidado con respecto a otra (Maslach, 2003; 2009) es por esto que el síndrome se investiga principalmente en profesionales asistenciales ya que en estos trabajos se requiere un profundo e intenso contacto con otras personas que muchas veces se encuentran en situaciones de dolor, miedo, angustia, o muerte lo que tendría mayor tendencia a provocar un proceso disfuncional de deterioro (Bosqued, 2008; Maslach, 2006).

Según Hernández Zamora, Olmedo Castejón e Ibáñez Fernández (2003), la mayoría de las investigaciones sobre burnout se ha orientado a los profesionales de los servicios humanos. Así que dicha preocupación se ha extendido también a personal de fuerzas policiales y profesionales del área de la salud.

Desde una perspectiva genérica puede constatar que en la actualidad ha ido aumentando considerablemente la aparición de este síndrome (Maslach 2003), posiblemente debido a la complejidad del mundo laboral, lo cual repercute en la calidad y la efectividad del desempeño profesional y, por ende, en el rendimiento y productividad, tanto en el ámbito individual como organizacional (Schwartzmann 2004).

Si bien en panorama en cuanto a los profesionales que se desempeñan en el área del asistencialismo pareciera ser desesperanzador y poco optimista para su salud psicosocial, desde el campo de los trabajadores de la salud existen estudios que señalan que el Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud (Thomaé et al. 2006), esto con el resguardo de ser informados y prevenidos sobre el mismo, también presentándoles herramientas con respecto a cómo tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas con las cuales debe convivir en lo cotidiano.

Con respecto a profesionales de la salud que trabajan en recintos pertenecientes a las fuerzas armadas, existen estudios que señalan que el porcentaje del Síndrome Burnout severo alcanza el 44,6 % de los profesionales en hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales (Velásquez & Gutiérrez, 2010). Sin embargo, existen estudios realizados en médicos de hospitales públicos, en los cuales más del 52 % tiene criterios de severidad del síndrome. Esto podría relacionarse a las mayores responsabilidades sobre la vida del paciente que recaen sobre los médicos (Dueñas et al. 2003).

Específicamente en relación al personal policial los estudios demuestran que los porcentajes de policías que presentan burnout en México es de 44,6% (Sánchez-Nieto, 2012), en policías del personal penitenciario de España se

obtuvo 43,6% (Hernández, et. al., 2006), en tanto en policías de Chile un 44,4% (Briones, 2007).

Otras investigaciones han logrado describir y comparar los niveles de burnout en colectivos profesionales diferentes como lo son los policías y personal sanitario (Lozano et al. 2008) en donde se ha podido establecer que los colectivos de profesionales sanitarios tienen los niveles más altos en la dimensión Cansancio Emocional en relación con el grupo de Policías. En la variable despersonalización se llegó a los resultados que los valores más altos fueron los obtenidos por el colectivo de policías. Pero lo más importante en esta investigación es el hecho de que en cuanto a la realización personallos que sienten más realizados en su trabajo son los policías; es por esto, que este grupo de profesionales alcanza bajas puntuaciones en burnout, lo cual se explica a través de los aspectos positivos que estos profesionales encuentran en su propio trabajo, aspectos satisfactorios de su contacto con ciudadanos, y al final, un buen ajuste persona-trabajo, lo que es un protector contra el padecimiento del Síndrome de Burnout (Newman y Rucker-Reed, 2004; Storh y Panzarella, 1996).

1.2. Justificación del problema

Se ha demostrado que son altas las probabilidades de detectar síndrome de burnout en profesionales del área de la salud y de las fuerzas policiales; y por ende tiene un grado de suma importancia para las instituciones y organizaciones en donde estos se desempeñan (Maslach 2003; Newman y Rucker-Reed, 2004; Storh y Panzarella, 1996; Hernández, et. al., 2006; Briones, 2007; Dueñas et al. 2003; Velásquez & Gutiérrez, 2010).

La importancia de prevenir, detectar y afrontar este cuadro clínico recae en que este puede llevar a quienes lo padecen a concurrir en comportamientos graves, tales como abuso de drogas, medicamentos, ausentismo laboral e incluso ideas suicidas (Maslach 1982; Koeske y Koeske 1989; Cunradi et al. 2003; Toppinen-Tanner et al. 2005; Borritz et al. 2006), conductas que son nocivas no sólo para el afectado e institución en que se desempeña, sino que también para toda la comunidad a la cual le presta servicios, como el caso de Carabineros de Chile.

Es por todo esto que existe interés de Carabineros de Chile por medio de la Dirección de Salud de la citada institución, respecto del comportamiento de la salud mental del recurso humano fundamental para la organización y la calidad de vida de sus componentes. Tales aspectos fuera de lo valórico institucional,

tiene directa relación con niveles actuales de eficacia y eficiencia en el área de la salud que como institución se ofrece a los funcionarios y sus respectivas cargas familiares del sector jurisdiccional de la región de Valparaíso.

Esta preocupación se actualiza dentro del marco del “presentismo”, entendido en términos simples como estar físicamente presente en el lugar de trabajo, pero funcionalmente ausente (Shamansky, 2002), y, en términos más completos, como una relación entre enfermedad y disminución o pérdida de productividad que se origina como consecuencia de altas cargas de trabajo y jornadas extensas o en concurrir a laborar enfermo, afectándose a sí mismo y a sus compañeros y generando conflictos e inconvenientes a la organización y a sus clientes (Flores-Sandí 2006).

Por esto es que la presente investigación pretende describir la presencia de Síndrome de Burnout en personal de carabineros de Chile y del área de la salud que trabajan en el centro médico y dental de carabineros de la ciudad de Viña del Mar. Esta información será útil para conocer el estado actual, con respecto a este síndrome en los funcionarios del centro y a su vez contribuir con sugerencias de prevención acordes para el personal de dicho centro.

El presente estudio se realizará en el centro médico y dental de calle Tres Poniente Nro. 261 de la ciudad de Viña del Mar, justificado en que todo este personal por razón de su función y características cumple servicios diarios con atenciones directas a los Carabineroso respectivas cargas familiares, hecho

propicio para originar, agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal, dimensiones del síndrome de burnout.

1.3 Relevancia de la investigación

Los profesionales que cumplen sus funciones en el centro médico y dental de Carabineros de Chile se encuentran conviviendo a diario con dolor, incertidumbre y angustia haciendo que pasen de estados de ánimo de extremo agotamiento diario y respuestas poco asertivas con compañeros de trabajo y pacientes. Todo esto sin duda va ayudando a generar un riesgo profesional, originado por situaciones personales y de la organización que los hacen perder el valor de su propia identidad profesional, transformándose en factores estresantes que los sitúan como profesionales vulnerables.

Carabineros de Chile por medio de la Dirección de Salud está promoviendo acciones efectivas y claras en beneficio de su personal que fueron plasmadas en su plan estratégico 2015-2018 en donde uno de sus pilares se refiere exclusivamente a la calidad de vida y desempeño policial, el cual señala que “El desarrollo de la carrera profesional y las condiciones del ambiente de trabajo para el ejercicio de la tarea policial, influyen en el desempeño de nuestro personal”(Carabineros de Chile 2015); por lo cual conocer la existencia del síndrome de burnout se enmarca claramente con los objetivos institucionales que señalan que “ocuparse de su mejoramiento y optimización, debe constituir un objetivo permanente de la Institución y de las áreas funcionales de apoyo responsables de su gestión” (Carabineros de Chile 2015).

Importante es destacar que estudios señalan que este síndrome afecta a los policías que cumplen todo tipo de tareas relacionadas con el orden, seguridad pública y control del delito (Burke y Deszca, 1986; Anderson e Iwanicki, 1984; Maslach, 1982), por lo tanto, los sujetos del presente estudio tienen probabilidades de ser afectados por este síndrome.

Además, aun cuando hay desarrolladas investigaciones sobre burnout en policías de otros países, tales como Sudáfrica (Storm y Rothmann, 2003); Holanda (Euwema, Kop y Bakker, 2004); Finlandia (Keerkaner, Kuiper y Martin, 2004); Estados Unidos (Caplan, 2003), etc., no existen actualmente estudios sobre el colectivo “personal de salud que trabaje en centros médicos de policía” que establezcan la existencia del síndrome y las características de quienes lo poseen dentro de esta institución.

El síndrome de Burnout ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud (Faura, 1990), este aumento se explica en cierto modo por la complejidad del mundo laboral, lo cual repercute en la calidad y la efectividad del desempeño profesional, y por ende, en el rendimiento y productividad, tanto en el ámbito individual como organizacional (Schwartzmann, 2004).

En definitiva, el presentar síntomas del síndrome pueden incidir negativamente sobre la imagen corporativa de la institución y sobre el clima organizacional (Maslach 1982; Koeske y Koeske 1989; Cunradi et al. 2003;

Toppinen-Tanner et al. 2005; Borritz et al. 2006), lo que repercute también directamente en la calidad de vida de los miembros de Carabineros de Chile.

Así, esta tesis puede ser un aporte a los directivos de Carabineros de Chile ya que el tema es un radical vinculado al objetivo estratégico de la institución “Mejorar la calidad de vida organizacional”.

En cuanto a su valor teórico, la investigación que se ha desarrollado posibilitará posteriormente generalizar sus resultados a grupos más amplios que presenten similares características muestrales, dentro de Carabineros de Chile como, asimismo, complementado con otros estudios, determinar cómo se relacionan los diversos factores personales, grupales e institucionales involucrados en el síndrome y cuadros clínicos estudiados.

Dentro de lo teórico, se podrán también conocer cuantitativamente aspectos relacionados con los factores predictivos del personal de Carabineros asociados a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio que permitirán en futuras investigaciones desarrollar un modelo teórico sobre el síndrome que integre elementos preventivos.

Dado por todos los antecedentes antes descritos el tema de investigación es de alto interés para Carabineros de Chile por lo cual su factibilidad y realización fue bien aceptada dentro de la respectiva Jefatura donde se encontraron las condiciones necesarias para ser ejecutado en su totalidad.

1.4. Delimitación del estudio

La presente investigación se limita a la recolección de datos de los sujetos considerados como muestra, funcionarios del centro médico y dental de Carabineros de Chile de Viña del Mar.

Esta investigación, se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre los meses de agosto del 2016 y junio del 2017. El primer acercamiento al campo de estudio fue una conversación informativa y explicativa con la jefatura del centro médico y dental. Una vez confirmada la factibilidad del estudio se procedió a establecer los días y dependencias físicas en donde se llevaría a cabo la recolección de datos y aplicación del cuestionario MBI-HSS.

Respecto al espacio físico en donde ocurre el trabajo investigativo, este se desarrolla, en lo que respecta a la toma de datos de los sujetos de la muestra, en la Región de Valparaíso específicamente en la ciudad de Viña del Mar, en el Centro médico y Dental de Carabineros ubicado en calle Tres Poniente Nro. 261.

1.5. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de dotación del centro médico y dental de Carabineros de Chile de Viña del Mar dependiente de la Provincia de Valparaíso?

1.6. Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de dotación del centro médico y dental de Carabineros de Chile de Viña del Mar dependiente de la Provincia de Valparaíso.

Objetivos Específicos:

- Describir los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) de la muestra del personal de dotación del centro médico y dental de Carabineros de Chile.
- Valorar las tres dimensiones que evalúa el Maslach Burnout Inventory (MBI): Agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional en la muestra.
- Identificar la función, edad, sexo y tiempo de antigüedad laboral que más se asocia al Burnout en la muestra.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2. 1.1. Síndrome de burnout.

2.1.1.1. Fase inicial:

Antecedentes y artículos sobre el fenómeno de Burnout se originan en Estados Unidos más o menos en la mitad de los setenta, donde hubo investigaciones basadas en trabajadores que narraban sus experiencias en servicios asistenciales, como educación, apoyo legal, salud, policías etc., cuya característica fundamental era el relacionarse con otras personas y tanto su ayuda como apoyo ante problemas interpersonales eran el eje central de dicha tarea (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Maslach y Schaufeli, 1993; Freudenberger, 1974).

Así el psiquiatra alemán Herbert Freudenberger, en el año 1974 quien era asistente voluntario en una clínica de Nueva York para toxicómanos, observó que la mayoría de los trabajadores de dicha institución presentaban un gran desgaste emocional, una pérdida de motivación y de compromiso con el trabajo. Asimismo, se dio cuenta que estos profesionales, al estar en interacción con personas necesitadas de ayuda, se volvían cada vez menos sensibles, poco comprensivos e incluso agresivos, distanciándose y desarrollando una actitud cínica e indiferente con estas últimas (Freudenberger, 1974).

Luego en el 1975 este mismo doctor frente lo observado, utilizó el concepto “burnout”, que ya había sido utilizado para referirse a los efectos del uso crónico de las sustancias tóxicas o drogas, dándole una nueva connotación al constructo, caracterizándolo como un nuevo síndrome clínico, centrado en los síntomas y problemas relacionados con la salud mental.

Posterior a ello en el año 1976, Christina Maslach, investigadora y psicóloga social, comenzó a estudiar las respuestas emocionales de un grupo de abogados y asistentes sociales, los cuales, tal como en el caso anterior, estaban en una relación de ayuda hacia otros, siendo éste el eje central de su trabajo (Maslach, 1982).

Por otra parte, Maslach y sus colaboradores decidieron adoptar esta misma expresión (burnout) por su gran aceptación social, puesto que los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo, no estigmatizados como en los diagnósticos psiquiátricos. Asimismo, su foco se centró en la relación dada entre el profesional y el cliente y, particularmente, sobre un contexto situacional de servicio ocupacional, dando origen posteriormente a una perspectiva psicosocial de este fenómeno (Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Leiter, 1992; Golembieswky, Muzenrider y Carter, 1983; Maslach y Jackson, 1981).

Sobre lo anterior se puede manifestar que las investigaciones del síndrome de burnout tienen su raíz en labores que entregan apoyo en ocupaciones de servicio, donde hay ayuda constante y directa a terceros como clientes, recurrente o paciente que se caracteriza por ser muy dependiente y demandante.

Desde este contexto interpersonal se estudió el síndrome de burnout ya no como una respuesta individual de estrés, sino en términos de relaciones del individuo en el lugar de trabajo, dándole mayor énfasis a las emociones de éste como a los motivos y valores fundamentales de su trabajo con los clientes o pacientes (Pérez, 2005).

Diversos temas emergieron de estas primeras entrevistas desarrolladas a profesionales por C. Maslach, sugiriéndose además que el fenómeno de burnout presentaría componentes propios e identificables (Maslach y Jackson, 1981).

Se logro determinar tres componentes como el desgaste o cansancio emocional, el cual estaría en directa relación con la disposición de cuidados, atenciones y servicios que pueden ser muy demandantes y de involucramiento sobre sus ocupaciones, por lo que esta dimensión responde claramente a mucho trabajo emocional que presentan estas labores, mientras lo sigue la despersonalización, que también emergió inicialmente desde las entrevistas, como una forma de poder luchar con el cansancio emocional generado en sus trabajos. Sin embargo, esta dimensión se caracteriza por una actitud negativa de distanciamiento, deshumanización y cinismo y finalmente la disminución en el logro personal, que se caracteriza porque la persona se siente ineficiente y con una sensación general de inadecuación.

También fue posible observar, a través de las entrevistas, que en el contexto situacional de la relación profesional - cliente existían factores que podrían interferir en la aparición del Síndrome de Burnout, tales como la atención de un

alto número de clientes o recurrentes y una retroalimentación negativa por parte de estos últimos (Tonon, 2003).

2.1.1.2. Fase empírica:

Con la llegada de los ochenta, los estudios sobre el síndrome de burnout comienzan a tener un mayor grado de precisión, sobre bases fundamentalmente empíricas.

Este trabajo fue más cuantitativo, donde se utilizan cuestionarios. Y se procedió ampliar el tema a lo asistencial, la educación, fuerzas armadas y policías y su aporte fue saber cómo aparecían sus síntomas.

Además, los encargados de indagar proponían ideas e intervenciones para corroborar la evidencia (datos de cuestionarios y mediciones, respuestas de entrevistas, estudios de casos clínicos, etc.). Es así como comenzaron a realizarse estandarizaciones de las medidas del síndrome de burnout, contando posteriormente con investigaciones, definiciones y datos más precisos y estudios más completos desde el punto de vista metodológico (Gil-Monte, 2002; Grandey, 2003; Schaufeli et al., 1993; Oliver, 1993; Lee y Ashforth, 1993; Gil-Monte, Valcárcel y Zornoza, 1993; Gil-Monte, 1991; y Pines y Aronson, 1988).

Por último, el estudio fue de la mano con la aplicación del cuestionario y la investigación.

2.1.1.3 Delimitación Conceptual:

En términos generales, el síndrome de burnout se considera la intensificación de la sintomatología propia del estrés, que se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculado a las cuestiones relacionadas al trabajo (Maslach y Jackson, 1981).

Como ya se ha indicado, este fenómeno puede ser entendido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal, que puede presentarse en sujetos que, por su profesión, mantienen una relación constante y directa con personas altamente demandantes que presentan problemas o motivos de sufrimiento (Briones, 2002).

Desde esta perspectiva, el fenómeno en cuestión ha sido considerado como un enemigo de la salud mental de las personas, lo que puede verificarse recurrentemente ya que en la actualidad ha ido aumentando en forma considerable la aparición de este síndrome, posiblemente debido a la complejidad creciente del mundo laboral, lo que repercute necesariamente en la calidad de vida y en la eficiencia y eficacia del desempeño laboral, tanto en el ámbito individual como organizacional. Ambos aspectos son de particular relevancia para Carabineros de Chile, puesto que constituyen la esencia de sus dos macro objetivos estratégicos (Briones, 2003).

Sin perjuicio de lo anterior y conforme la literatura revisada, diferentes autores concuerdan con que la conceptualización del término burnout es descrita como una labor compleja y sin consenso, motivo por el cual aún no existe una definición única del síndrome, debido tanto a su complejidad como a la similitud

funcional que tendría con otros conceptos, como, por ejemplo, el estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En este contexto, se aprecia una diversidad de definiciones, de modo que a continuación se presentarán algunas de las propuestas por distintos autores:

“El burnout o “quemamiento” es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y reducción de la capacidad personal, que puede presentarse en sujetos que por su profesión se ocupan de la gente” (Maslach, 1982).

Pines, Aronson y Krafy (1981) conceptualizan el burnout como:

Un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. Así el componente de cansancio físico es caracterizado como una mayor susceptibilidad a la enfermedad, dolores de espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales, así como también una combinación de cansancio y trastornos del sueño.

Acompañado de estos problemas físicos están los síntomas propios de cansancio emocional, estos se refieren a sentimientos de depresión que en estos casos extremos pueden llegar a la enfermedad mental y a pensamientos de suicidio. Finalmente, el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida

en general, incluyendo una baja en la autoestima y sentimientos de inferioridad, de ineficacia e incompetencia.

Cristina Maslach (1982), lo define como:

Síndrome psicoemocional que afecta de una manera especial a los profesionales de servicios humanos. En líneas generales se considera que el trabajo de atención directa a determinados grupos humanos conlleva una tensión añadida específicamente, creando problemas psicoemocionales a quienes las ejercen. El propio ejercicio de la profesión puede constituir un cambio hacia la destrucción personal, afectando negativamente el rendimiento y la asistencia que ofrece, haciendo necesaria la adopción urgente de medidas.

Otros autores indican que “es un trastorno adaptativo crónico en asociación con las demandas psicosociales de trabajar directamente con personas. Se requiere al menos seis meses de período adaptativo y puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria e involucra básicamente 3 dimensiones.” (Carver, Scheier y Weintraub, 1986).

Farber (1983), hace referencia a que una característica esencial y común en el concepto de burnout es el hecho de que sólo es aplicable a trabajadores de servicios de ayuda, donde son ellos mismo los que se utilizan como herramienta en el trabajo con otros. Asimismo, lo relaciona con el concepto de

“inconsecuencia”, la cual es percibida por los profesionales cuando sus esfuerzos por ayudar no son eficaces, dada la falta de retroalimentación por parte de los sistemas asistenciales.

Koeske y Koeske (1989) plantean como elemento esencial del Burnout el concepto de “sobre implicación” el cual causa consecuencias negativas (sentido de fracaso, deterioro en la salud, entre otras) y acelera el desarrollo del Burnout.

2.1.2. Características y dimensiones:

Pese a la discusión anterior, distintos autores han llegado a consenso para referirse a las características propias del síndrome de burnout, siendo actualmente las más aceptadas aquellas que corresponden a las tres dimensiones propuestas por Maslach y Jackson (1986 y 1981), en las cuales se basa el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (M.B.I.):

2.1.2.1. Cansancio agotamiento emocional y físico:

Se caracteriza por una falta o ausencia de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos, como si fuera una “sensación de no poder dar más de sí mismo” en relación con el paciente o cliente (Maslach y Jackson, 1981). Paralelamente a estos sentimientos puede sumarse los de tensión y frustración de los profesionales al darse cuenta de que no están en óptimas condiciones para la atención de los clientes, perdiendo toda motivación.

2.1.2.2. Despersonalización o deshumanización:

Esto se caracteriza por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás, lo cual se refleja en el trato con los otros (pacientes, recurrentes, clientes, compañeros y organización, en general) como objetos. Los afectados pueden demostrar insensibilidad emocional y un estado psíquico en el que prevalece el cinismo o disimulación afectiva (Maslach y Leiter, 1997; Maslach y Jackson, 1981).

Lee y Ashforth, (1993) señalan que la despersonalización corresponde a una forma de conducta definitiva, como una reacción reactiva y protectora que intenta disminuir las exigencias de ayuda hacia el profesional. La causa surgiría asociada a su esfuerzo psicológico y a una conducta de escape como método de defensa.

Por otra parte, Moreno, Oliver y Aragonese (1990) destacan el papel desempeñado por el factor despersonalización como una vía de afrontamiento aceptable al producir una distancia interpersonal entre los beneficios del propio trabajo conllevando una preocupación distanciada del ejercicio de la profesión. Dicha respuesta se comporta de forma claramente negativa cuando asociada al cansancio emocional, produce un sentimiento de ineffectividad para controlar la situación.

2.1.2.3. Disminución de la realización personal o logro personal:

Esta dimensión se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismo, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas (Pérez, 2005; Tonon, 2003).

De acuerdo a lo postulado por Maslach (1982), dichas dimensiones surgen en el tiempo, en el mismo orden en que fueron descritas en los párrafos anteriores.

2.1.3. Manifestaciones clínicas:

Los planteamientos de diferentes autores revisados concuerdan con que el síndrome de burnout se acompaña de una amplia variedad manifestaciones sintomáticas asociadas a este fenómeno, las cuales se dividen normalmente en físicas, conductuales, afectivas y de relación.

2.1.3.1. Sintomatología física o psicósomática:

Los que experimentan el fenómeno, muestran varios síntomas físicos observables. Entre ellos, se incluye la fatiga crónica, el cansancio, dolores musculares, perturbaciones del sueño, tendencia a estar más susceptible a

enfermedades como resfríos e infecciones virales, pérdida de peso, etc.

También pueden reaparecer dolencias médicas preexistentes, como jaquecas, lumbago, hipertensión arterial y alergias. Finalmente, puede haber una susceptibilidad creciente a úlceras u otros desórdenes gastrointestinales (Gil-Monte, Peiró, Valcárcel y Grau, 1996; Rosse, Boss, Johnson y Crown, 1991 y Greenglass, Burke y Ondrack, 1990).

2.1.3.2. Sintomatología conductual:

La influencia de este síndrome sobre la conducta varía ampliamente, por lo que algunos afectados presentan un deterioro en la productividad, se aburren, se distraen. También es posible que se quejen, discutan y manifiesten conductas agresivas. Otros aumentan el consumo de cafeína, alcohol, drogas ilícitas, tabaco o medicamentos. Finalmente, puede haber un aumento notable de comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, conducción violenta o temeraria), ausentismo laboral y superficialidad en el contacto con los demás (Pera y Serra Prat, 2003; Gil-Monte 1994; Wolpin et al., 1991 y Lee y Ashforth, 1990).

2.1.3.3. Sintomatología afectiva:

Los cambios emocionales suelen ser muy perturbadores y profundos. Entre los síntomas afectivos se incluye un aumento de sentimientos

depresivos, abatimiento, vacío y fatiga emocional, irritabilidad, desánimo, hastío y sentimientos de incompetencia. Junto con éstos, se presenta cinismo y distanciamiento afectivo, como un deseo de apartarse de los pacientes y colegas, evitándolos. Además, puede haber un creciente desapego emocional. (Guerrero, 2003; Benavides et al, 2002; Manassero, 2000 y Maslach y Jackson, 1981).

2.1.3.4. Sintomatología cognoscitiva:

Se caracteriza por una rigidez e intolerancia en la forma de funcionar y de pensar, como un modo de mantener sus defensas, así la persona es capaz, aparentemente, de sostener el control interno y mantenerse cerrada a toda innovación. Además, cada vez es más difícil ser pacientes, tolerantes y aceptar a sus clientes o recurrentes (Pérez, 2005).

Por otra parte, Álvarez y Fernández (1995) descubrieron otro grupo de síntomas que estarían asociados al síndrome de burnout; los llamados *Síntomas Defensivos*, que se caracterizan por la negación de las emociones, atención selectiva sobre los clientes, ironía, racionalización y desplazamiento de los afectos (Blanch, 2002; Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1993, Maslach y Jackson, 1981).

Esto repercutiría no sólo en el ámbito personal, sino que además se vería afectado el ambiente familiar y laboral, ya que difícilmente van a desaparecer los efectos del burnout cuando termina la jornada de trabajo. Por el contrario, lo más probable es que este impacto incida en su familia, ya que el individuo

puede tomar una actitud quejumbrosa y hablará reiteradamente de su trabajo, lo cual incrementaría los conflictos en el ámbito familiar, llegando en algunos casos a la separación matrimonial o relaciones críticas con miembros de su familia (Ahola, Honkonen, Isometsä, Nykyri y Kalimo, 2006; Ekstedt, y Fagerberg, 2005; Pinto, Lima, y López Da Silva, 2005; Lindgard, 2004 y Leiter, 1990).

En lo que respecta al trabajo, el resultado más evidente sería una baja en el rendimiento laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997; Peiró, Luque, Melia y Los Certales, 1991), cambio en el modo de ver a los demás, tendencia a tratar los problemas y no a las personas, endurecimiento de sus afectos y emociones, cayendo en la rutina, lo que suele llevar implícito una menor atención y sensibilidad de las necesidades y sentimientos de la persona que demanda ayuda. Esta deshumanización puede incluso acarrear consecuencias como el uso compulsivo de drogas y alcohol (Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Vaanänen, Kalimo y Jäppinen, 2005; Cunradi, Greiner, Ragland y Fisher, 2003; Maslach y Jackson, 1981), entre otras manifestaciones.

2.1.4 Teorías y Modelos explicativos acerca del Burnout:

A continuación, se hará referencia a modelos que fueron elaborados por distintos autores con el propósito de explicar el desarrollo y etiología del proceso del síndrome de burnout. Esta perspectiva ha sido sistematizada, entre otros, por Gil-Monte y Peiró (1997).

2.1.4.1. Teoría sociocognitiva:

Este grupo explicativo da modelos desarrollados en el marco de la *teoría sociocognitiva* del yo (Cherniss, 1993), la cual se destaca un papel basado en variables del Self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) para explicar el desarrollo del síndrome.

Uno de los modelos más representativos de este grupo es el de Harrison (1983), quien postula que las variables eficacia y competencia son claves en el desarrollo del proceso de burnout.

Estos individuos que se inician en la vida profesional de servicios de ayuda comienzan altamente motivados y generará que la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo se vean aumentados. No sería así cuando dicha motivación va acompañada de factores de barrera, ya que la consecución de los objetivos se dificultará y habrá una disminución en los sentimientos de autoeficacia, que con el tiempo derivará en síndrome de burnout.

El concepto de autoeficacia nos presenta destreza, combinada con la creencia de que uno puede ejercer el control sobre los eventos que afectan la propia vida. El logro exitoso e independiente de las propias metas mejora esta autoeficacia, no así el fracaso del sujeto, que lo llevaría a una derrota psicológica, lo que disminuiría la autoeficacia y con el tiempo, aparecería el síndrome de burnout.

2.1.4.2. Teorías del intercambio social:

Conforme lo anterior podemos distinguir un segundo grupo que se alimenta de los modelos elaborados desde las Teorías del intercambio social (Hobfoll y Freedy, 1993), quienes señalan que el Síndrome de Burnout se genera a raíz de una falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.

En relación con los planteamientos de esta teoría, Buunk y Schaufeli (1993) postulan que el Síndrome de Burnout tiene doble origen en primer lugar tiene relación con los procesos de intercambio social respecto a sus clientes que atiende, dentro de lo cual se identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre, la percepción de inequidad y la falta de control (Horn y Schaufeli, 1995; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Dierendonck et al., 1994). Mientras otra identifica procesos de afiliación y comparación social con respecto a los compañeros de trabajo, donde la falta de apoyo social en el ámbito laboral es crucial en el desarrollo del síndrome, provocando en el individuo miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Sin embargo, ciertos profesionales pueden rehuir del apoyo social, debido a que lo interpretan como una amenaza para la autoestima (Buunk y Schaufeli, 1993).

2.1.4.3. Teoría organizacional:

Otro tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional (Cox, Kuk y Leiter, 1993 y Winnubst, 1993). Incluye como antecedente del síndrome las disfunciones del rol y la falta de salud organizacional (Fogarty, Singh, Rhoads y Moore, 2000). Además, enfatiza la importancia de los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento.

El modelo de Winnubst (1993) enfatiza la importancia de las variables estructurales, clima organizacional y cultura, en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome variarían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo laboral.

Otro aspecto es señalar que el apoyo social puede estar relacionado con la forma de la estructura de la organización. Así el apoyo social en el trabajo puede influir en forma importante sobre percepciones del sujeto hacia la estructura organizacional. Asimismo, a través del apoyo social es posible inferir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional. (Salanova, Martínez y Lorente, 2005; Chau-wai Yan y So-Kum Tang, 2003; Bühler y Land, 2003; Martin y Schinke, 1998; Winnubst, 1993).

2.1.4.4. Modelo teórico cognitivo:

Plantea que las percepciones de cada sujeto generan un filtro a diversas situaciones y de esta manera no todo hecho va a generar sujetos estresados. Con respecto a esto, el proceso de burnout depende como atiende el profesional a sus clientes, en donde lo ideal de la situación sería un “interés distante”, no involucrándose más para buscar un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Mucha identificación o distancia como también asumir o no la responsabilidad, constituirían una forma de enfrentar la realidad, pudiendo contribuir al desgaste profesional.

2.1.4.5. Modelo causal:

El modelo generado por Maslach y Schaufeli (1993), manifiestan que la existencia de mecanismos mediadores que estarían interrelacionados con determinados estresores. Puede distinguir en los individuales de interacción y los del sistema.

Cuando hablamos de factores individuales internos, involucra la capacidad asertiva, toma de conciencia y las características de personalidad, mientras que, en factores externos de interacción, esta comunicación directa y abierta como también la capacidad de responsabilidad compartida. En los factores externos del sistema distingue apoyo grupal del servicio y la capacidad de generar políticas de salud mental adecuadas, entre otros (Schaufeli, 2005).

Respecto de mecanismos mediadores planteados por Maslach, estos se relacionan con factores individuales y también diferentes influencias en distintos factores dependientes en cada situación. Además, refiere que la estrategia adecuada para enfrentar el síndrome sería la prevención, abarcando distintas áreas como un modo de preparar al sujeto para la realidad en la cual va a trabajar.

2.1.4.6. Modelo estructural sobre antecedentes y consecuencias del Síndrome de Burnout:

Si bien todos los modelos vistos anteriormente no dan una visión que integre el síndrome de burnout y su etiología, Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) han considerado en un modelo aquellas variables de tipo *personal*, *interpersonal* y *organizacional* (Gil-Monte y Peiró, 1997) basados en las variables de *competencia* consideradas por Harrison (1983), más la *autoeficacia* (Cherniss, 1993) y la *autoconciencia* (Thompson y cols. 1993), en conjunto con la *interacción social* y sus consecuencias (Buunk y Schaufeli, 1993 y Hofoll y Fredy, 1993); todo ello complementado con las variables organizacionales del entorno de trabajo, particularmente referidos a la *estructura* y *clima* (Winnubst, 1993); *disfunciones de rol* y *estrategias de afrontamiento*. Así, por medio del enfoque transaccional, integra diversas variables del Yo que tienen relación con el desempeño laboral y entorno inmediato y mediato.

En este marco, Gil-Monte (2000) han señalado que el síndrome de burnout no es estrés psicológico y debe ser reconocido como la respuesta a fuentes de estrés crónico y de esta manera sería un mecanismo de afrontamiento y autoprotección al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización.

Así, todosujeto crea conductas de despersonalización como forma de afrontamiento, por lo que el síndrome sería un paso intermedio en la relación estrés- consecuencias del estrés, la cual, de permanecer en el tiempo, tendría consecuencias nocivas para todo ser humano.

Con respecto a los postulados de Gil-Monte et al. (1997) que proponen que el burnout sería un tipo de mecanismo de afrontamiento, puede constatarse que tiene puntos en común con los postulados de Maslach (2003), los cuales señalan la existencia de factores externos e internos que ejercerían una influencia en la aparición del Síndrome.

Estas visiones constituyen supuestos de gran interés, ya que permitirían de algún modo explicar el síndrome de burnout, qué estrategias y cursos de acción a utilizar y, por otra parte, cuáles son los mecanismos mediadores que estarían interrelacionados con dichos factores.

2.1.4.7. Proceso del síndrome de burnout:

El síndrome de burnout ha sido conceptualizado por algunos autores (Maslach y Leiter, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995; Lee y Ashforth,

1993; Burke y Dezca, 1986; Edelwich y Brodsky, 1980) como un proceso creciente, que se instaura de manera paulatina, seguido por etapas en su evolución, sin embargo, es en esto último donde difieren algunos investigadores, ya que existen distintos planteamientos en cuanto a cuáles serían dichas etapas.

A continuación, se mencionarán algunas de las propuestas hechas por diferentes autores:

El proceso del síndrome de burnout, según el modelo propuesto por Edelwich y Brodsky (1980) y Carlotto y Gobbi (2001), es el siguiente:

2.1.4.8. Etapa de idealismo y entusiasmo:

El sujeto tiene mucha energía para sus labores en el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con su labor. Además, tiene mucho involucramiento con los pacientes o clientes, recurrentes y una sobrecarga de trabajo voluntario.

Los primeros años de su profesión está muy movilizado por motivaciones intrínsecas y tiene una supervaloración de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que puedan influenciar el trabajo ofrecido al paciente.

Su frustración en esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que pase a la siguiente fase, la de estancamiento.

2.1.4.9. Etapa de estancamiento-apatía-distanciamiento:

En esta etapa hay una disminución de actividades desarrolladas cuando el sujeto observa la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El sujeto empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios, pasando a repensar su vida profesional.

Si se presentan dificultades en superarla, puede que el individuo se movilice a la siguiente etapa, la de la apatía que considera el núcleo central del síndrome de burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales y físicos.

Una de las reacciones comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con el paciente o recurrente es irritado, ocurren las ausencias al trabajo y en muchas situaciones, se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Si tales comportamientos empiezan a volverse constantes, se abre el camino para la última etapa del burnout: el distanciamiento.

La persona en el distanciamiento se siente frustrada en sus labores de trabajo, presentando un sentimiento de vacío que lo traduce en distancia emocional y de desvalorización general por su profesión. Tiene una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. El entusiasmo e idealismo profesional pasa en forma drástica a no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que, a pesar de ser inadecuado, posee compensaciones

(por ejemplo, el sueldo) que justifican la pérdida de la satisfacción (Carlotto y Gobbi, 2001).

Todo lo anterior se sumaría a mucho exceso o sobreesfuerzo cuando el sujeto da una respuesta emocional a ese desajuste. Por ende, la situación exige una adaptación psicológica del sujeto.

Es así que el síndrome de burnout sería una fase terminal del proceso y respondería ante una situación laboral intolerable, siendo la expresión visible de la pérdida de ilusiones y una gran desmoralización.

Con lo anterior expuesto se puede agregar que los autores comparten las tres dimensiones propuesta por Maslach desde un principio, así como su explicación de desarrollo del proceso de burnout, sólo diferenciándose en algunos casos, en las denominaciones de cada etapa, pero éstas persistirían con elementos en común.

En otro orden de ideas, Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), consideran como una alternativa teórica que el proceso del síndrome de burnout comienza con la dimensión relacionada con la baja realización personal en el trabajo, pero en forma paralela, se van presentando sentimientos altos de agotamiento emocional. Ante esta situación, el sujeto presenta como estrategia de afrontamiento las actitudes de despersonalización, para enfrentar la cronicidad de las dos dimensiones antecedentes, que son generadas por su trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

2.1.5. Carabineros de Chile

Dada sus características peculiares, se reseña brevemente sobre el ser de la organización en la cual se ha efectuado la presente investigación.

Carabineros de Chile fue fundado en 1927, fusionando la Policía Fiscal con el Cuerpo de Carabineros, instituciones policiales existentes a la fecha. Acorde con su carácter militar, en la denominación de los grados del personal predomina hasta hoy la nomenclatura castrense, considerando dos escalafones: de Oficiales y Personal (Miranda, 2006).

Constituye una policía nacional que tiene despliegue operativo y jurisdicción en todo el territorio de Chile, cumpliendo roles de policía urbana y rural, sin perjuicio de compartir determinadas funciones con la Policía de Investigaciones de Chile.

En la actualidad, Carabineros impulsa múltiples acciones de desarrollo institucional tendientes a lograr una mayor adaptación y una mejor respuesta a su entorno, manteniendo preocupación constante por conservar los altos niveles de eficacia y eficiencia, considerando prioritario el mantener la calidad de vida para su personal (Bernales, 2008).

Desde el punto de vista operativo, su principal estrategia se articula a través del trabajo integrado con la comunidad, lo que significa una verdadera asociación entre Carabineros y los ciudadanos en la resolución de problemas, manteniendo siempre su orientación de “servicio público” (Carabineros, 2006).

La misión institucional de Carabineros de Chile tiene rango constitucional, ya que la Carta Fundamental del país establece que esta institución existe para

dar eficacia al derecho, garantizar el orden público y la seguridad pública interior, en todo el territorio de la República.

Sin perjuicio de ello, el Plan Estratégico Institucional Bicentenario operacionaliza esta misión constitucional declarando que “la institución brinda seguridad a la comunidad en todo el territorio nacional mediante acciones prioritariamente preventivas, apoyadas por un permanente acercamiento a la comunidad.

Privilegia la acción policial eficaz, eficiente, justa y transparente” (Carabineros, 2006).

Sobre esta base legal y doctrinaria, se manifiesta la visión de Carabineros de Chile, como: “Ser una Institución policial de primer orden a nivel nacional e internacional, inspirada en valores trascendentales como vocación de servicio, disciplina, honradez, lealtad, valentía, tolerancia e imparcialidad. Contar con personal profesional, poseedor de un profundo respeto por las personas, motivado y con el equipamiento necesario para asumir la protección de ellas; Ser innovadora, incorporar las más avanzadas tecnologías y ser eficiente en la utilización de los recursos asignados. Ser una Institución integrada con la comunidad, que cuida de los suyos y se esmera en entregar un servicio de calidad, que la legitima y la hace requerida por la sociedad”.

Avalando la percepción de los chilenos sobre la organización, existen diversos estudios que muestran una alta confianza ciudadana. Por ejemplo, la Encuesta Nacional CERC (2005 y 2006) expresa que “Carabineros de Chile es la institución que tiene la mayor confianza ciudadana” y “es la institución pública que se percibe tiene el menor grado de corrupción, considerando el universo de todas las instituciones públicas y privadas del país”. Esto también se constata

en sus estudios desde el año 1990 a la fecha. También, el Índice Paz Ciudadana –Adimark de junio 2005, en su medición de las autoridades respecto de la delincuencia, indica que la ciudadanía considera como institución mejor evaluada a Carabineros de Chile. La “Encuesta de Corrupción 2005: Percepción y Realidad” del Instituto Libertad y Desarrollo, también establece que es “la institución chilena percibida como la menos corrupta de todas las entidades públicas del país”, entre otras mediciones.

Debido a la alta percepción ciudadana, que se evidencia tanto en las encuestas y estudios de opinión pública como en la calidad de servicios que entrega, se puede colegir que se genera un círculo virtuoso que produce presión hacia los funcionarios de dicha organización, ante su convicción personal y valórica de cumplir con las expectativas de confianza ciudadana depositadas en ellos, lo que si bien es altamente positivo, genera un gran desgaste emocional y proclividad a cursar algún cuadro clínico laboral como los estudiados en la presente investigación.

2.2. Marco Referencial

2.2.1. Burnout en personal de la salud

Al realizar una revisión bibliográfica con respecto a los temas de importancia para esta investigación, en una primera instancia se investigó sobre la prevalencia de burnout en profesionales del área de la salud. En este sentido existen dos investigaciones que aportan interesantes datos e

información ya que no solo se preocupa de personal del área de la salud, sino que recopilaron información de personal de la salud que trabaja en instalaciones de las fuerzas armadas. El primer estudio realizó la investigación en 60 Cirujanos Dentistas del Centro Médico Naval (Bedoya, 2015), en donde se logró establecer que existen profesionales con Síndrome de Burnout y otros en riesgo. La prevalencia del burnout para esta población fue del 25%, en donde la dimensión más afectada fue la de Realización o Logro personal.

El segundo estudio analizó a 117 cirujanos dentistas que laboran en hospitales de las Fuerzas Armadas, Seguridad Social y MINSA (Ministerio de Salud) de Lima y Callao (Velásquez & Gutiérrez, 2010). Para este estudio, se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y una ficha de datos personales. Los resultados mostraron que el 44,6 % de los cirujanos dentistas presenta Síndrome Burnout en nivel severo y se encontró asociaciones estadísticamente significativas con las variables sexo y presencia de problemas de salud.

Según Lozan et cols (2008) En su estudio "Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales", estableció que el personal de salud tiene los niveles más altos en la dimensión Cansancio Emocional en relación con el resto de grupos profesionales considerados.

Si bien hasta el momento la mayoría de los estudios señalan la concreta amenaza que presenta el burnout en personal de la salud, existen también estudios que señalan que el Síndrome de Burnout puede ser bien manejados por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y

prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente (Thomaé, 2006).

2.2.2. Burnout en personal policial

Las investigaciones en esta área aportan mucha información y de gran relevancia para las futuras discusiones de esta investigación. De esta temática existen estudios tanto nacionales como internacionales, la presente revisión abarca estudios realizados en Europa y América principalmente.

En España Hernández-Martín (2006), se estableció el nivel de prevalencia en 133 funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario, quienes realizan una actividad laboral encaminada a garantizar la seguridad interior de la prisión, además se estableció la relación con variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios), la experiencia profesional y la categoría laboral (Vigilancia-1 y Vigilancia-2). Los resultados indicaron que el 43,60% de los sujetos padece burnout en grado alto.

Por otra parte, en México se realizó un estudio que reporto la frecuencia de burnout en la Policía Preventiva de la Ciudad de México y qué variables sociodemográficas se asocian a éste. La muestra consistió en 244 policías

elegidos por conveniencia con edad de 20 a 58 años. Se utilizó para la evaluación el Maslach Burnout Inventory para profesionales de servicios humanos (MBI-HSS), el cual mide despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal. Este estudio no presentó relación entre escolaridad o edad con burnout. Tampoco se asoció el sexo de los policías como factor de riesgo para burnout (Sánchez-Nieto, 2012).

A nivel latinoamericano existen estudios como el de “Prevalencia del síndrome de quemarse en el trabajo en policías de Cali” (Prowesk, Moreno & Beithia 2013) que señala que no se encontró prevalencia del síndrome de burnout en el trabajo en la población de estudio, sin embargo, se considera que la puntuación en la escala desgaste emocional, puede potencializar la prevalencia del síndrome.

A nivel nacional una de las investigaciones más importantes del área es la realizada por Mella (2007), aquí se realizó una investigación cuantitativa para verificar la presencia de Síndrome de Burnout y su relación con estrategias de afrontamiento al estrés, efectuada a 115 Carabineros de ambos sexos, de determinadas unidades especializadas de Carabineros de Chile, a quienes se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (C.O.P.E.). Se constató que un alto porcentaje (48,7%) del personal que labora en tales unidades policiales que se preocupan de problemáticas humanas de complejidad e impacto (maltrato y abuso de

menores, muertes por accidentes de tránsito y delitos de magnitud), muestran altos indicadores del síndrome

Todas estas investigaciones mencionadas anteriormente complementan con información teórica los posibles resultados que se obtendrán en esta investigación, a su vez sirven de punto de comparación para establecer niveles de normalidad o anormalidad de los datos obtenidos. Para este caso en particular se tomaron en cuenta los estudios que presentaban características similares a las que se trataran para así, poder utilizarlas como referencia pertinente para los resultados y discusiones.

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Paradigma investigativo

En el afrontamiento científico del problema metodológico, se debe analizar qué modelo o enfoque conceptual es el más adecuado para realizar con éxito la investigación. El paradigma elegido marca los procedimientos de estudio que se debe seguir en la investigación. Es evidente que cada paradigma mantiene una concepción diferente de lo: qué es la investigación, cómo investigar, qué investigar y para qué sirve la investigación.

Las diferentes aristas o conceptualizaciones existentes del término paradigma no es obstáculo para que exista un consenso sobre la idea de paradigma, entendido como un conjunto de creencias y actitudes, una visión del mundo compartida (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010). El paradigma como fuente de métodos, problemas y normas de resolución aceptados por una comunidad de científicos señala las hipótesis y supuestos que deben ser contrastados, el método y la instrumentación necesarios para el contraste. La noción de paradigma es la expresión del modo que en un determinado momento tiene una comunidad científica de enfocar los problemas (Kunh, 1984). Los procesos investigativos, que se precien como tal, deben exponer cuales son los supuestos con los que parte la investigación, con el propósito de informar a la comunidad científica la forma de proceder y la forma de entender las conclusiones a las que puede llegar. Así, es necesario nuevamente tener presente lo que nos señala Thomas Kunh en la “La estructura de las

revoluciones científicas” acerca de paradigma como: “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. Es decir, de alguna forma el trabajo cotidiano de la ciencia se ha organizado en torno a un paradigma. En su sentido más amplio, un paradigma representa una matriz disciplinaria, que abarca generalizaciones, supuestos, valores, creencias y ejemplos corrientemente compartidos de lo que constituye el interés de la disciplina (Kunh, 1971). Sin embargo, y debido a las diferentes premisas que las sustentan desde el siglo pasado tales corrientes se han “polarizado” en dos aproximaciones principales para indagar: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo de la investigación (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010)

El modo de acercamiento y planteo de la presente investigación se apoya en el paradigma cuantitativo. Este permite un estudio secuencial, riguroso y probatorio del tema a tratar. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

De esta forma, la naturaleza del objeto de estudio impone un modelo cuantitativo por la importancia que otorga al método científico, y si aceptamos la afirmación de Bunge "Donde no hay método científico no hay ciencia" (en Jiménez; Tejada, 2004), podemos determinar, que la investigación científica es la acción de aplicar el método científico; es decir, entre investigación científica y conocimiento científico se sitúa el método científico. Así pues, entendemos por método científico el procedimiento mediante el cual obtenemos el conocimiento de la realidad.

La presente investigación, cumple con todas las características expuestas anteriormente y se han ido, y seguirán desarrollando a través de los capítulos del presente documento. Un problema concreto, preguntas específicas, revisión literaria del tema de la cual derivan hipótesis sometida a pruebas mediante el empleo de los diseños de investigación; la recolección de datos, que posteriormente se analizarán bajo métodos estadísticos; todo esto cuidando la objetividad de la investigación. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador. Éste debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Grinnell, Unrau y Williams, 2005). La descripción y relación de las edades, antigüedad laboral y puntaje en el cuestionario MIB-HSS en los sujetos evaluados es posible de determinar, a través del paradigma planteado para esta investigación.

3.2 Metodología de la Investigación

La metodología cuantitativa de acuerdo con Tamayo (2007), consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio. La metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

El Método cuantitativo tiene su base en el positivismo, que busca las causas mediante métodos tales como el cuestionario y producen datos susceptibles de análisis estadístico, por ello es deductivo. Para el positivismo, la objetividad es muy importante, el investigador observa, mide y manipula variables; además de que se desprende de sus propias tendencias y es que la relación entre éste y el fenómeno de estudio es independiente.

Rodriguez Peñuelas (2010), señala que el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones

entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico.

En este sentido, el método cuantitativo de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (1997) manifiestan que usan la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos eludir pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolló un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis.

3.3 Tipo y características del estudio

Cuando se seleccionan variables del tema a abordar y se mide cada una de ellas independientemente, se busca describir lo que se investiga. Esto es lo que se pretende, en una primera instancia, en la presente investigación. Este tipo de investigación descriptiva es particularmente interesante para determinar el estado de la cuestión de cualquier evento, tratando de identificar sus factores más destacados sobre los cuales, después, realizar estudios más profundos. Otro de los potenciales de este tipo de investigación es aquel que permite describir, comparar y clasificar los datos y tener una visión holística el fenómeno estudiado. Tiene como ventaja que al abarcar muchas variables permite elaborar una descripción general del estado de un determinado problema (Jiménez; Tejada, 2004).

Los estudios descriptivos —por lo general— son la base de las investigaciones correlacionales (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

3.4 Diseño de Investigación

En la investigación cuantitativa el plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación, de forma práctica y concreta, es de carácter trascendental para que el producto final de estudio sea válido. En otras palabras, el diseño guiará lo que se debe hacer para alcanzar los objetivos, contestar las interrogantes que se han planteado y analizar la certeza de las hipótesis formuladas. Bajo el paradigma cuantitativo, el investigador utiliza su o sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para aportar evidencia respecto de los lineamientos (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

Cuando se observan situaciones existentes, sin intervención ni intencionalidad por parte del investigador se hace referencia a un diseño de investigación no experimental. Estos estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en donde sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010). Así, en la presente investigación se obtendrán datos recolectados sin intervención alguna de las variables en cuestión.

Desde la perspectiva del momento de la recolección de datos es importante señalar que se pueden hacer distinciones dependiendo de las ocasiones en las que la investigación se pueda centrar. Cuando la recolección se realiza en un solo momento se denomina diseño de investigación transeccional o transversal.

Tomando en cuenta todo lo anterior la presente investigación se cataloga dentro del diseño de la investigación como transeccional correlacional-causal. Este diseño describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

3.5. Universo, población, muestra.

El alcance temporal de la investigación es transeccional, es decir, llevado a cabo en un periodo de tiempo relativamente corto que permite obtener datos de las variables a estudiar. El diseño de tipo descriptivo correlacional permite determinar el estado de las variables y, a su vez, clasificarlas y compararlas para su posterior análisis.

Para el proceso cuantitativo la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010). La muestra en la presente investigación es no probabilística en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

La muestra no es aleatoria producto del contexto en el cual se ha desarrollado la investigación, la cual se ha llevado en un espacio físico definido (centro médico y dental de Carabineros, Viña del Mar), por ende, se debió seleccionar

de manera no aleatoria a aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y que no mantengan ningún factor descrito en los criterios de exclusión con los cuales delimitamos la investigación.

La población del estudio corresponde a la dotación total de Carabineros de Chile y profesionales de la salud que se desempeñan en el centro médico y dental de Carabineros de Viña del Mar, de la Provincia de Valparaíso. Los sujetos serán reclutados voluntariamente.

3.6 Instrumentos de recolección de datos

El material para la evaluación consta de los siguientes instrumentos (ver Anexos) señalados a continuación:

-Planilla de registro sociodemográfico: De elaboración propia que recopila datos de edad, sexo, antigüedad laboral y función dentro del centro de todos los sujetos evaluados.

-Maslach Burnout Inventory – Human Services Survery (MBI-HSS):
En su versión para profesionales de servicios humanos, para la medida del burnout y de las tres dimensiones CE, cansancio emocional, DP despersonalización y RP realización personal.

Desarrollado por Maslach y Jackson (1981) y adaptado al castellano por E. Seisdedos (1997). Posteriormente adaptado para Carabineros de Chile por Briones (2003).

Este es el instrumento de mayor utilización en el ámbito mundial, debido a su validez de constructo (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Roldán, 2005; Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1996; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Gil-

Monte y Schaufeli, 1991; Perlman y Hartman, 1982; Maslach y Jackson, 1986 y 1981).

Es un cuestionario que consta de 22 preguntas sobre una escala tipo Likert, indicando a los participantes la frecuencia con la que han experimentado los sentimientos o actitudes del enunciado desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Los ítems están redactados en forma de afirmaciones que se refieren a las emociones, sentimientos y actitudes que el trabajador muestra hacia las tareas que tiene que realizar y las personas usuarias o receptoras de sus servicios.

El cuestionario tiene una estructura tridimensional, conforme al modelo y conceptualización explicativa que tienen del burnout las mismas autoras del test, evaluando las dimensiones o factores CE cansancio o agotamiento emocional, DP despersonalización y RP realización o logro personal.

ESCALAS FACTORIALES

Cansancio o agotamiento emocional; compuesta por 9 ítems que describen los sentimientos y creencias de una persona que se siente emocionalmente agotada.

-La puntuación máxima es de 54 puntos.

-Los ítems de la escala en CE son 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20.

Despersonalización; Compuesta por 5 ítems que expresan fundamentalmente indiferencia, ausencia de sentimientos de empatía e impersonalidad en el trato a los usuarios del servicio.

-La puntuación máxima es de 30 puntos.

-Los ítems de la escala en DP son 5, 10, 11, 15 y 22

Realización o Logro personal; describe sentimientos de éxito, competencia, realización personal y satisfacción por el trabajo que realiza y es la escala que se relaciona de manera inversa con el burnout.

-La puntuación máxima es de 48 puntos.

-Los ítems de la escala RP son 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

En cuanto a los resultados, tanto el constructo burnout como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Siendo los sujetos que puntúen alto en Cansancio o agotamiento emocional y Despersonalización, pero puntúen bajo en realización o logro personal, los que presenten burnout.

En el MBI original de 1986 las autoras utilizaron los percentiles 1 al 33 como categoría baja, los percentiles del 34 al 66 como media y por percentiles 67 al 99 como categoría alta para la clasificación de la variabilidad de los resultados (Maslach y Jackson, 1986). Aunque las autoras de este cuestionario advierten que la clasificación tripartita de los resultados de un grupo en niveles bajo, medio y alto de burnout para cada tercio no debería utilizarse como herramienta de diagnóstico clínico, se hace necesaria su valoración para el

reconocimiento del mismo, por las graves consecuencias que el burnout pudiera tener para las personas afectadas,

Poe ello, las puntuaciones del MBI se deben situar en relación a las obtenidas por un grupo normativo de referencia. En esta ocasión se utilizarán los criterios normativos obtenidos en España de Gil-Monte y Peiró (2000) para determinar el grado de burnout (alto, medio, bajo) de una muestra. Estos autores emplearon en su investigación, al igual que en el estudio de Maslach y Jackson (1981), una clasificación tripartita de los resultados del MBI. Conformando un patrón de puntuaciones iguales o superiores a 25 en cansancio o agotamiento emocional y a 9 en despersonalización, junto con las iguales o inferiores a 35 en realización personal, es indicativo de claro burnout.

3.7. Técnicas de recolección de datos

Este análisis tuvo especial cuidado al obtener los antecedentes considerados en la investigación. Lo anterior permitió aplicar un instrumento debidamente validado y confiable como es el cuestionario de **Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)**, permitiendo abarcar a la totalidad de la población elegida para la muestra sin mayores costos para la organización ni para el investigador, generando los momentos y tiempos requeridos para un acercamiento y reuniones de coordinación explicando el motivo y finalidad de la aplicación sin encontrar mayor resistencia que terminó con la aplicación y obtención de datos.

3.8. Criterios de Inclusión Muestral

Se consideraron todos los profesionales y el personal administrativo del centro médico y dental de Carabineros de Chile en Viña del Mar, provincia de Valparaíso; que se ubica en calle Tres Poniente Nro. 261. Esto quiere decir médicos, personal dental, apoyo clínico, auxiliares dentales, auxiliares de enfermería, conductores y administrativos; de ambos sexos y todas las edades.

3.9. Criterios de cientificidad

Se realizó un análisis factorial del cuestionario MBI-HSS para conocer la validez y fiabilidad (Alpha de Cronbach) resultantes, tratando de conocer el posicionamiento de escalas o factores posibles a partir de determinados pesos factoriales. Además se realizaron pruebas paramétricas de un solo factor y *t* de Student para tratar de identificar las relaciones significativas entre variables categóricas y cuantitativas. Así como correlaciones entre las variables más significativas en la investigación, según las hipótesis planteadas. Todos los índices se analizaron en niveles de confianza superiores o iguales al 95%. Para comprobar la validez de la escala utilizada (MBI-HSS) se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, tratando de comprobar la estructura original de tres factores de la escala, mediante el método de extracción de componentes principales y de rotación Varimax.

Respecto de los resultados hallados, cabe en primer lugar decir que la escala MBI mostró tener una fiabilidad inicial, a través del alfa de Cronbach de 0,72, que se considera moderadamente alta.

3.10. Técnica de análisis para el tratamiento de los datos

Para una correcta presentación y análisis, los resultados fueron divididos primero en un análisis general y descriptivo y luego en un análisis correlativo. Para el análisis de resultados se utilizaron los softwares SPSS Statistics v23 y Excel.

Para el MBI se utilizó estadística descriptiva básica para cada una de las variables implicadas en el burnout: Cansancio o agotamiento emocional, Despersonalización y Realización o Logro Personal.

A demás se utilizó una réplica de la estructura factorial de MBI mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax con una asignación de los ítems a los factores considerando cargas factoriales iguales o mayores que 0,40.

Para el cálculo de índice de prevalencia del síndrome de burnout de los funcionarios del centro médico y dental e Carabineros de Viña del Mar, se utilizó los puntos de corte alto Cansancio o agotamiento personal, alta despersonalización y baja realización personal en donde es indicativo de burnout el patrón de puntuaciones iguales o superiores a 25 en Cansancio emocional y a 9 en despersonalización, junto a las iguales o inferiores a 35 en realización personal.

Respecto al análisis estadístico se analizó la normalidad de los datos por medio de prueba de Shapiro Wilk, obteniendo como resultado que la mayoría de los datos presentaban normalidad. Luego se utilizó estadística paramétrica para la descripción de los datos; posterior a esto se utilizó el coeficiente de relación de Pearson para establecer relaciones entre la edad de todos los sujetos y los puntajes obtenidos en el cuestionario MIB-HSS para las distintas dimensiones; la antigüedad laboral de todos los sujetos y los puntajes obtenidos en el cuestionario MIB-HSS para las distintas dimensiones; la edad de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en el cuestionario MIB-HSS para las distintas dimensiones; y la antigüedad laboral de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en el cuestionario MIB-HSS para las distintas dimensiones. Para el procesamiento de la información y la obtención de graficas se utilizaron los softwares SPSS Statistics v23y Excel respectivamente (Martínez-González, Sánchez-Villegas, & Faulín, 2006).

3.11. Procedimiento

A la totalidad de la muestra se le aplicó el **Inventario de Burnout de Maslach Human Services Survery (MBI-HSS)**; para lo cual se utilizó el siguiente procedimiento, consistente en realizar una reunión en dependencias del Centro Médico y Dental de Viña del Mar en tres días diferentes con la finalidad de abarcar a la totalidad de los funcionarios dando a conocer lo que se pretende realizar.

A continuación, se efectuó la notificación del consentimiento a cada sujeto con el propósito de dar fiel cumplimiento a los protocolos establecidos para dicho efecto.

Luego de la aplicación un análisis de los resultados obtenidos por medio del cuestionario, test M.B.I.-HSS, utilizando como método análisis factorial, con el propósito de verificar la validez de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Respecto de los resultados de la totalidad de los sujetos, se llevó a cabo un análisis exploratorio de datos, identificando las diferentes respuestas individuales del Síndrome de Burnout, para establecer si había sujetos afectados de la muestra y que variables sociodemográficas se podían relacionar.

3.12 Consideraciones Éticas de la investigación

De acuerdo con los principios establecidos a nivel internacional y nacional la presente investigación se ajusta a los parámetros exigidos y no cuenta con un riesgo alguno para los participantes ya que utilizo la aplicación de un cuestionario validado y debidamente legitimado a nivel mundial para generar luego el análisis de resultados tabulando y detallando los resultados. La finalidad de la presente investigación es generar un aporte a Carabineros de Chile que se dirige claramente a su recurso humano, no generando ningún riesgo a los sujetos en estudio y se cuenta con la seguridad necesaria para realizarla.

Consecuente con lo anterior, también se cuenta con el Consentimiento Informado, mediante un documento por escrito a cada sujeto involucrado en la investigación, además de la respectiva autorización de Carabineros de Chile como institución.

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

A continuación, se detalla los análisis estadísticos realizados, exponiendo en primer lugar los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas, y posteriormente los resultados hallados a partir de MBI-HSS en la muestra.

4.1.1. Descripción de los resultados por categorías, gráficos y tablas.

4.1.1.1. Características sociodemográficas

Sexo

La muestra estuvo compuesta por 98 sujetos, 72 mujeres (73,5%) y 26 hombres (26,5%), (Tabla 1 y Figura 1).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	26	26,5
MUJERES	72	73,5
TOTAL	98	100

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres de la muestra.

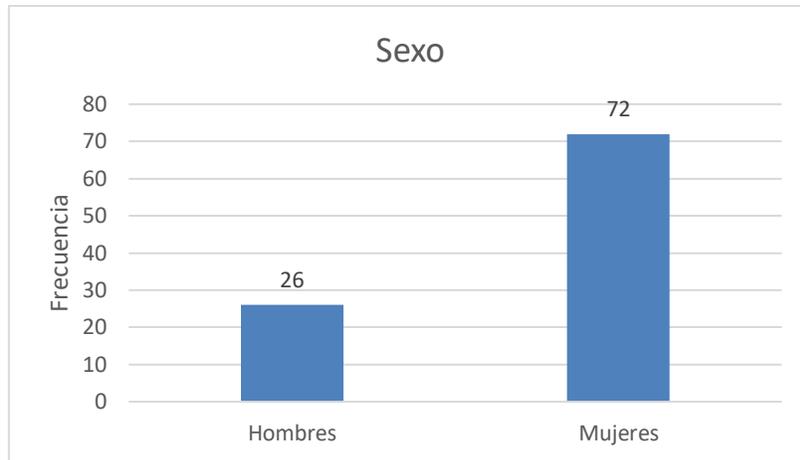


Figura 1. Gráfico de la frecuencia de hombres y mujeres de la muestra.

Edad

Las edades estaban en el rango de 27 a 75 años con un promedio de 40,3 años. Las franjas de edad que van desde el intervalo 20 a 30 años presentaba 9 sujetos que representan el 9,2%, el intervalo de edad de 31 a 40 años lo componen 43 sujetos que representan el 43,9%, el intervalo de edad de 41 a 50 años lo componen 44 sujetos que representan el 44,9%; siendo estos dos últimos intervalos los más numerosos. Finalmente, los intervalos de 51 a 60 años y más de 60 años, entre ambos representan solo el 2% (Tabla 2y Figura 2).

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
20 A 30 AÑOS	9	9,2	9,2
31 A 40 AÑOS	43	43,9	43,9
41 A 50 AÑOS	44	44,9	98,0
51 A 60 AÑOS	1	1,0	99,0
MAS DE 60 AÑOS	1	1,0	100,0
TOTAL	98	100	

Tabla 2. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de rangos de edad de la muestra.

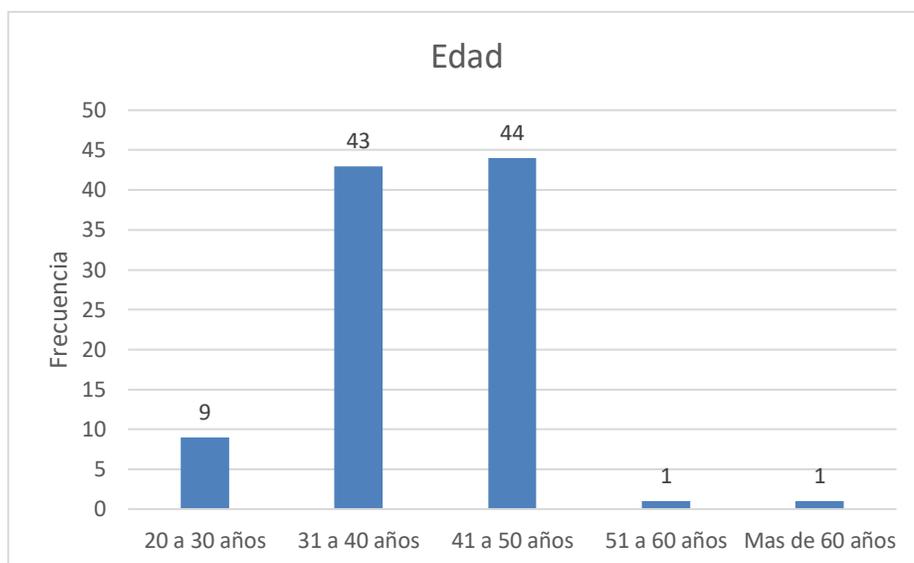


Figura 2. Gráfico de frecuencia por rango de edad de la muestra.

Antigüedad laboral

Las frecuencias más altas de antigüedad laboral se sitúan en los rangos de 10 a 15 y 16 a 20 años de antigüedad con 59 sujetos que representan el 59% de la muestra. La frecuencia más baja se encuentra en el rango de 1 a 5 años de antigüedad laboral en donde solo 4 sujetos se sitúan y representan el 4,1% de la muestra. (Tabla 3 y Figura 3).

ANTIGÜEDAD LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1-5 AÑOS	4	4,1	4,1
6-10 AÑOS	15	15,3	19,4
11-15 AÑOS	24	24,5	43,9
16-20 AÑOS	35	35,7	79,6
MÁS DE 21 AÑOS	20	20,4	100,0
TOTAL	98	100	

Tabla 3. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de rangos de antigüedad laboral de la muestra.

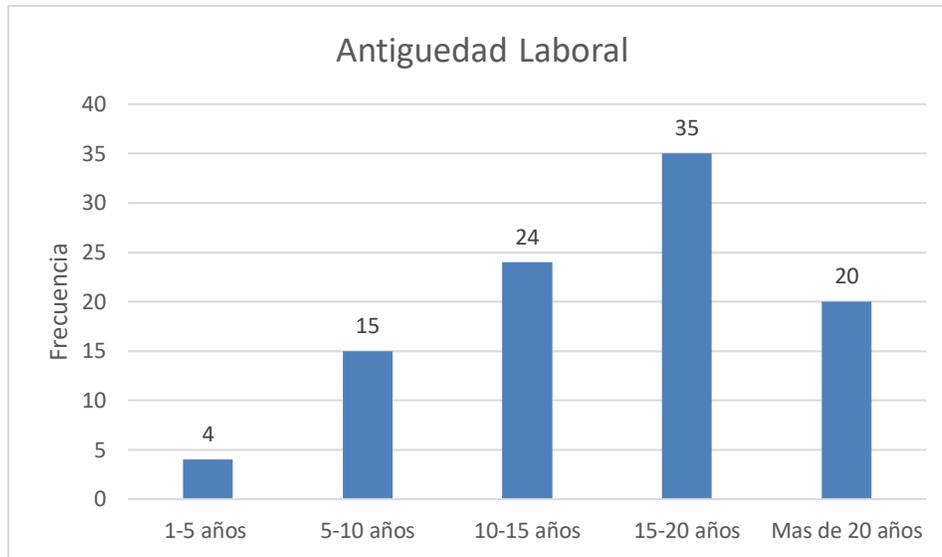


Figura 3. Grafico la frecuencia de la antigüedad laboral de la muestra.

Funciones dentro del Centro

Dentro de las distintas funciones que se pueden ejercer en el centro el puesto de apoyo clínico es el de mayor representación contando con 20 funcionarios lo que representa el 20,4% de la muestra. El área con menor número de funcionarios es la de Médicos que solo lo constituyen 8 sujetos representando el 8,2% de la muestra (Tabla 4 y Figura 4).

FUNCION DENTRO DEL CENTRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MEDICOS	8	8,2	8,2
DENTAL	17	17,3	25,5
APOYO CLINICO	20	20,4	45,9
AUXILIAR DENTAL	10	10,2	56,1
AUXILIAR ENFERMERIA	16	16,3	72,4
CONDUCTORES	10	10,2	82,7
ADMNISTRATIVO	17	17,3	100,0
TOTAL	98	100	

Tabla 4. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de las funciones ejercidas por la muestra dentro del centro médico y dental.

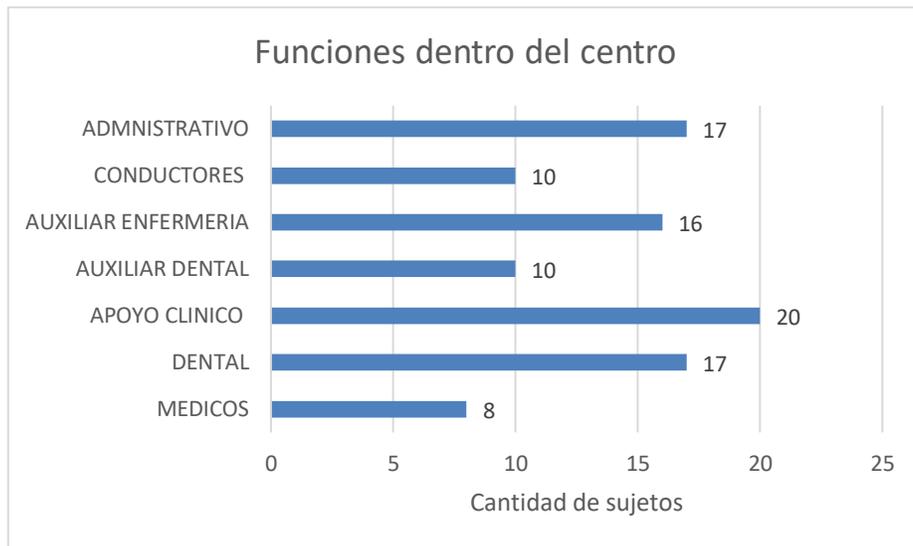


Figura 4. Gráfico defrecuencia de las funciones ejercidas por los sujetos de la muestra.

4.1.1.2. MBI-HSS Inventario Maslach de Burnout

Los datos fueron recogidos mediante la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986) elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1997).

Para comprobar la validez de la escala utilizada (MBI-HSS) se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, tratando de comprobar la estructura original de tres factores de la escala, mediante el método de extracción de componentes principales y de rotación Varimax.

Respecto a los resultados hallados, la escala MBI mostro tener una fiabilidad, a través del alfa de Cronbach de 0,72, lo que se considera moderadamente alta.

Puntuaciones medias

A continuación, se presentan los promedios obtenidos en la muestra de los trabajadores del Centro Médico y Dental de Carabineros de Viña del Mar en cada una de las dimensiones del MBI.

DIMENSIONES DEL BURNOUT	MEDIAS	DT
CANSANCIO O AGOTAMIENTO EMOCIONAL	17,77	10,08
DESPERSONALIZACION	6,69	5,38
REALIZACION O LOGRO PERSONAL	33,19	8,03

Tabla 5. Medias y DesviaciónTípica de la muestra para las tres dimensiones.

Como se ha establecido el patrón de puntuaciones iguales o superiores a 25 en Cansancio o Agotamiento Emocional y a 9 en Despersonalización, junto a las iguales o inferiores a 35 en Realización o Logro personal, es indicativo de alto Burnout. El resto de las combinaciones de puntuaciones que no cumplan con alguno de los tres niveles de ese patrón, son indicativas de que el sujeto no padece con claridad el síndrome.

Puntuaciones

En relación al índice de prevalencia de burnout encontrado, este alcanza a un total de 11 sujetos lo que corresponde al 11,2% de la muestra. Esto quiere decir que el 11,2% de los sujetos presentan puntuaciones altas en Cansancio o Agotamiento Emocional y Despersonalización; y una puntuación baja en Realización o Logro Personal.

N° Sujeto	Función	Genero	Edad	Antigüedad Laboral	CE	DP	RP
4	MEDICO	H	43	11	25	10	29
18	DENTAL	M	38	17	29	11	26
19	DENTAL	M	35	15	26	13	25
20	DENTAL	M	33	11	25	10	26
50	AUXILIAR DENTAL	M	45	18	29	13	33
56	AUXILIAR ENFERMERIA	M	40	18	30	11	30
59	AUXILIAR ENFERMERIA	M	48	23	29	11	31
61	AUXILIAR ENFERMERIA	M	37	19	30	14	25
65	AUXILIAR ENFERMERIA	M	41	12	31	14	25
68	AUXILIAR ENFERMERIA	M	41	11	28	10	33
91	ADMINISTRATIVO	M	37	12	26	10	33

Tabla 6. Sujetos de las muestras con alto burnout, según criterios de Gil-Monte y Peiró (2000)

4.2. Estadística Inferencial

A continuación, se exponen los resultados del MIB-HSS en contraste a las otras variables, para esto se utilizaron distintas técnicas de análisis en función de la variable a analizar.

En primera instancia se analizó la normalidad de los datos por medio de prueba de Shapiro Wilk, obteniendo como resultado que la mayoría de los datos presentaban normalidad. Luego se utilizó el coeficiente de relación de Pearson para establecer si existen relaciones entre las variables demográficas edad y antigüedad laboral con las distintas dimensiones que mide el cuestionario MBI-HSS.

Sexo

En cuanto a los sujetos que obtuvieron burnout estos corresponden en su mayoría a mujeres (10 mujeres) que corresponde al 90,9%.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	1	9,1
MUJERES	10	90,9

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres con burnout.

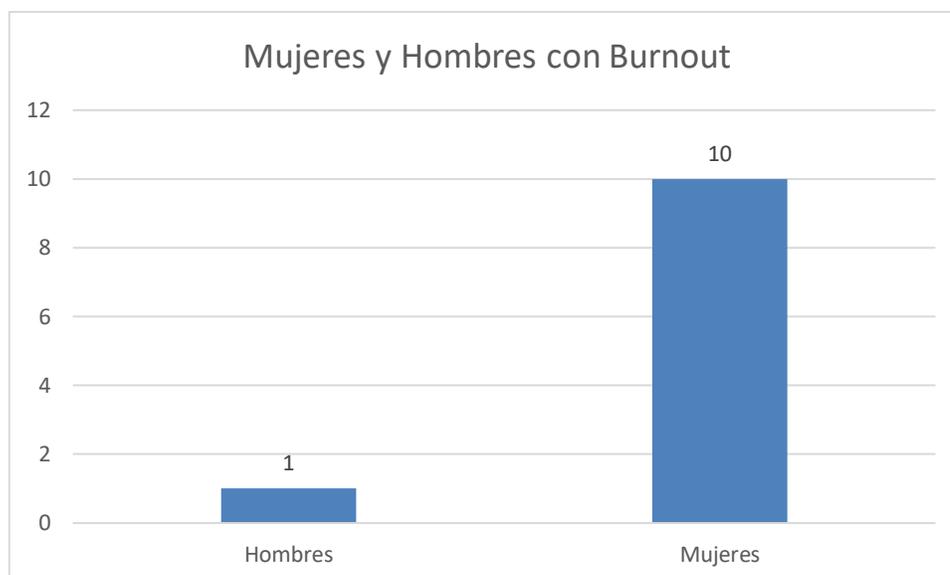


Figura 5. Grafico que muestra la distribución de burnout entre hombres y mujeres.

A demás, en cuanto al sexo de los sujetos evaluados no se existen diferencias significativas entre las medias de las escalas del MBI-HSS según hombre o mujer, después de realizar el contraste de las mismas a partir de los datos obtenidos (Tabla 8)

	SEXO	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
Cansancio o Agotamiento Emocional	Mujer	72	16,94	10,95	1,3
	Hombre	26	19,04	11,46	1,7
Despersonalización	Mujer	72	5,62	5,93	0,7
	Hombre	26	6,64	5,03	0,75
Realización o Logro Personal	Mujer	72	34,24	8,9	1,06
	Hombre	26	31,04	7,89	1,17

Tabla 8. Contraste entre hombres y mujeres para las distintas dimensiones del burnout.

Edad

En cuanto a la edad, se obtuvo que el promedio de las edades de los sujetos con burnout es de 39,8 años.

En la siguiente tabla se pueden apreciar según los distintos rangos de edad las medias para cada dimensión; para este análisis se despreciarán los datos obtenidos en los rangos de 51 a 60 y más de 61 años por tener solo un sujeto en cada categoría. En la dimensión de cansancio emocional la media más baja pertenece al rango de 20 a 30 años con un puntaje de 16,2. En la dimensión de Despersonalización la media más baja pertenece al rango de 41 a 50 años con un puntaje de 6,5. En la dimensión de Logro Personal la media más alta pertenece al rango de 20 a 30 años con un puntaje de 34,4.

Edad	CE		DP		LP		N
	Media	DesviaciónTípica	Media	DesviaciónTípica	Media	DesviaciónTípica	
20-30 años	16,2	3,07	7,1	2,1	34,4	2,7	9
31-40 años	18	5	6,6	2,9	32,9	3,2	43
41-50 años	17,8	5,1	6,5	2,9	33,1	2,7	44
51-60 años	21		10		33		1
Mas de 60 años	14		6		34		1
TOTAL	17,7	4,8	6,69	2,8	33,19	2,9	98

Tabla 9. Distribución de las medias según los grupos de edad para las tres dimensiones.

En cuanto a las correlaciones, no existen relaciones significativas de las edades del total de los sujetos evaluados con las distintas dimensiones (Anexo N° 2).

Sin embargo, existe una correlación positiva media igual a 0,542, entre la edad de los sujetos con burnout y la dimensión de logro personal. Esto quiere decir que a mayor edad, en este grupo de sujetos, se tiene un mayor sentimiento de logro personal.

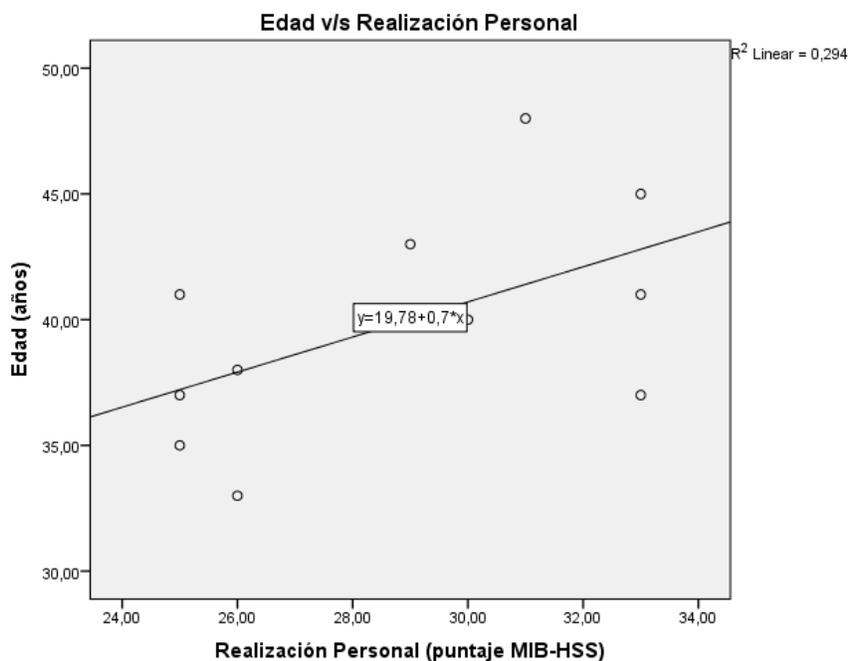


Figura 6. Gráfico de dispersión para la edad de los sujetos con burnout y el puntaje obtenido en la dimensión de Logro o Realización Personal.

		Correlations	
		Edad (años)	Realización Personal (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	,542
	Sig. (2-tailed)		,085
	Sum of Squares and Cross-products	195,636	82,455
	Covariance	19,564	8,245
	N	11	11
Realización Personal (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	,542	1
	Sig. (2-tailed)	,085	
	Sum of Squares and Cross-products	82,455	118,182
	Covariance	8,245	11,818
	N	11	11

Tabla 10. Datos de correlación para las variables de edad de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en la dimensión de Logro o Realización Personal.

Antigüedad Laboral

En este punto se pudo determinar que en promedio los sujetos que presentan burnout llevan trabajando en el centro médico 15,2 años.

En la siguiente tabla se pueden apreciar según los distintos rangos de antigüedad laboral y las medias para cada dimensión. En las dimensiones de cansancio emocional y Despersonalización las medias más bajas pertenecen a los rangos de antigüedad laboral de 5 a 10 años trabajados y de más de 21 años trabajados. En la dimensión de Logro Personal la media más alta pertenece a los rangos de antigüedad laboral de 5 a 10 años trabajados y de más de 21 años trabajados.

Años trabajados	CE		DP		LP		N
	Media	DesviaciónTípica	Media	DesviaciónTípica	Media	DesviaciónTípica	
5-10 años	17,8	3,7	6,1	1,9	33,8	1,6	20
11-15 años	19,2	5,2	7,7	3	32,6	4,1	25
16-20 años	18,1	5,8	6,8	3,1	32,6	3	27
Mas de 21 años	16,2	4,1	6	2,7	33,6	2,1	26
TOTAL	17,7	4,8	6,69	2,8	33,19	2,9	98

Tabla 11. Distribución de las medias según los rangos de antigüedad laboral para las tres dimensiones.

En cuanto a las correlaciones, no existen relaciones significativas entre el tiempo de antigüedad laboral del total de los sujetos evaluados con las distintas

dimensiones (Anexo N°2). Sin embargo, existe una correlación positiva media igual a 0,547, entre la antigüedad laboral de los sujetos con burnout y la dimensión de cansancio emocional. Esto quiere decir que a mayor tiempo trabajado, este grupo de sujetos, poseen mayores manifestaciones de cansancio emocional.

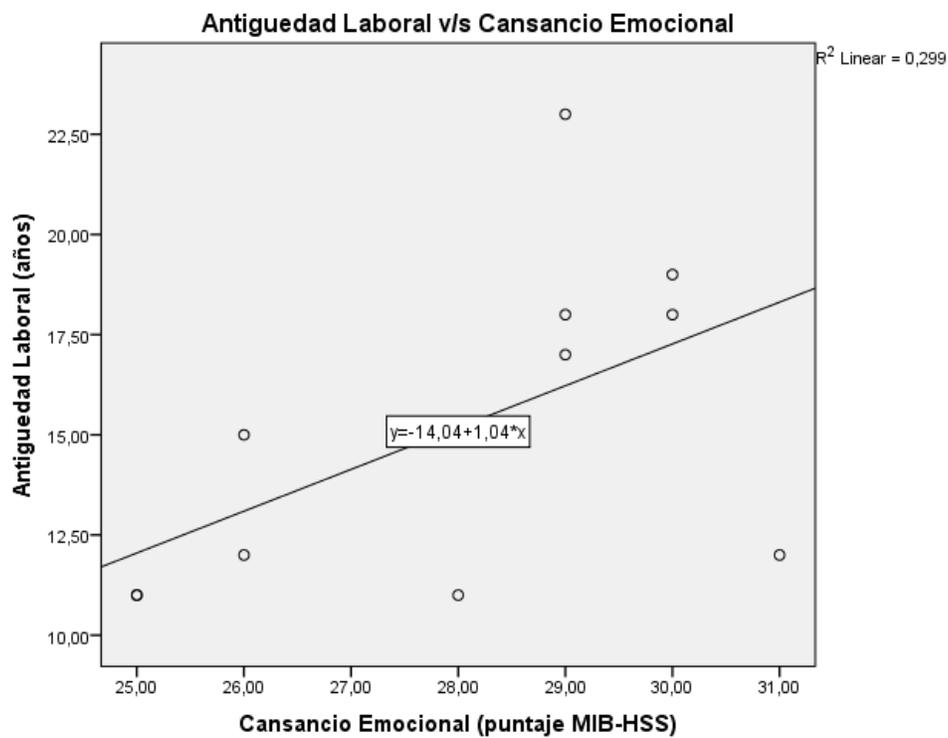


Figura 7. Gráfico de dispersión para la antigüedad laboral de los sujetos con burnout y el puntaje obtenido en la dimensión de Cansancio Emocional.

		Antigüedad Laboral (años)	Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)
Antigüedad Laboral (años)	Pearson Correlation	1	,547
	Sig. (2-tailed)		,082
	Sum of Squares and Cross-products	167,636	48,000
	Covariance	16,764	4,800
	N	11	11
Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	,547	1
	Sig. (2-tailed)	,082	
	Sum of Squares and Cross-products	48,000	46,000
	Covariance	4,800	4,600
	N	11	11

Tabla 12. Datos de correlación para las variables de antigüedad laboral de los sujetos con burnout y los puntajes obtenidos en la dimensión de Cansancio Emocional.

Función en el Centro

En cuanto a las funciones que cumplen los sujetos en el centro médico y dental de Carabineros de Viña del Mar, se encontró que los Auxiliares de Enfermería, presentan más casos de Burnout.

N° SUJETO	FUNCIÓN	SEXO	EDAD	ANTIGÜEDAD LABORAL
4	MEDICO	H	43	11
18	DENTAL	M	38	17
19	DENTAL	M	35	15
20	DENTAL	M	33	11
50	AUXILIAR DENTAL	M	45	18
56	AUXILIAR ENFERMERIA	M	40	18
59	AUXILIAR ENFERMERIA	M	48	23
61	AUXILIAR ENFERMERIA	M	37	19
65	AUXILIAR ENFERMERIA	M	41	12
68	AUXILIAR ENFERMERIA	M	41	11
91	ADMINISTRATIVO	M	37	12

Tabla13. Información sobre las variables de función, genero, edad y antigüedad laboral de los sujetos con burnout.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

5.1 Discusiones

Tal como se ha señalado en el capítulo I, el interés substancial de la investigación era la indagación y análisis concreto del burnout en la población del centro médico y dental de Carabineros de Chile de Viña del Mar. A continuación, se expondrán los resultados hallados en relación a las hipótesis planteadas y en torno al planteamiento general de la investigación.

En primer lugar, parece claro que la muestra de sujetos de la población del centro médico y dental pertenece a un específico ámbito laboral en el que la ocupación en tareas y servicios a las personas es evidente, debido al tipo de labores profesionales a las que se dedican.

La muestra estuvo finalmente formada por 98 sujetos de los cuales en su mayoría fueron mujeres (73,5%); con una edad en promedio de 40,2 años; y una antigüedad laboral en promedio de 16,4 años trabajando en el centro. En cuanto a las funciones las que presentan mayor frecuencia son las de apoyo clínico, los administrativos y dental con (20, 17 y 17 funcionarios respectivamente) y la que presenta menor frecuencia son los médicos con 8 sujetos.

En este estudio se ha encontrado que el cansancio emocional CE y la despersonalización DP se asocian positivamente con el burnout. Y la

realización o logro personal, en cambio, se relaciona de manera inversa o negativa con el síndrome de burnout; siendo estos datos concordantes con lo señalado en el Manual del MBI (Maslach y Jackson, 1982 y 1986).

El aumento de síntomas de cansancio emocional y despersonalización, como dimensiones negativas del burnout en el comportamiento, las actitudes y los pensamientos dañinos y nocivos para la salud en el ámbito laboral, conlleva una disminución auto percibida en el desarrollo, la eficiencia y realización personal, como tercera dimensión constitutiva del burnout, de manera clara.

Los resultados obtenidos señalan un discreto índice de prevalencia de burnout en la muestra de la población del centro médico y dental de carabineros igual al 11,2%. Esto quiere decir que aproximadamente el 11% de la muestra señaló, a través del MBI-HSS, padecer un alto burnout, mediante la percepción de altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, junto a una clara percepción de baja realización personal, como dimensiones que explican el burnout. Este resultado se condice con Hernández de la Cruz y colaboradores quienes realizaron un estudio sobre Burnout entre odontólogos de práctica general y especialistas, encontrando que de 110 cuestionarios MBI realizados, el 10,90% del total de odontólogos presentó el síndrome de Burnout. Esta baja prevalencia también aparece informada de igual modo en otros trabajos, y resultan de los aspectos positivos que estos profesionales encuentran en su propio trabajo, aspectos satisfactorios de su contacto con ciudadanos, y al final,

un buen ajuste persona-trabajo, lo que es un protector contra el padecimiento del Síndrome de Burnout (Newman y Rucker-Reed, 2004; Storh y Panzarella, 1996).

Las puntuaciones medias encontradas en la muestra fueron iguales a 17,77 en cansancio emocional, de 6,69 en despersonalización y de 33,19 para logro personal; similares a las medias de la población general según los estudios de Gil-Monte y Peiró (2000), en donde las medias son de 20,34 para cansancio emocional, 6,04 para despersonalización y 36,39 para logro personal. Esta información puede interpretarse como una situación normal si se atiende al tipo de tareas realizadas por los sujetos, que en su mayoría es la prestación de servicios a terceros.

De esta información se puede rechazar la hipótesis 1 que señala que *“Los funcionarios del Centro Médico y Dental de Carabineros de Viña del Mar, presentarán alta prevalencia de burnout”* y por lo tanto se acepta la hipótesis 2 la cual señala que *“Los funcionarios del Centro Médico y Dental de Carabineros de Viña del Mar, presentarán baja prevalencia de burnout.”*

Con referencia a uno de los objetivos específicos planteados para esta investigación con respecto a la identificación de las variables sociodemográficas relacionadas al burnout se comenzará señalando las referidas al sexo.

Los valores medios obtenidos por los funcionarios del centro médico y dental en las tres dimensiones (CE=17,77; DP=6,69 y LP=33,19) están por debajo

de otros estudios sobre funcionarios de vigilancia (CE= 22,91; DP=11,90 y LP=24,72) por Sánchez y Álvarez (2001). Buendía y Riquelme (1995) destacaron niveles elevados de CE y DP, así como bajos en RP, al comparar las puntuaciones obtenidas en el MBI por un grupo de funcionarios de vigilancia con las de investigaciones previas efectuadas sobre otros colectivos profesionales.

Según los datos recopilados son las mujeres quienes más prevalencia de burnout con un 13,8% de prevalencia lo que equivale a 10 mujeres del total de mujeres de la muestra. Los hombres solo presentan en un 3,8% prevalencia de burnout en relación al total de hombres de la muestra. Las explicaciones a estas diferencias pueden hallarse en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles femenino y masculino, y su interacción con los perfiles y requisitos de las distintas ocupaciones (Gil-Monte y Peiró, 1997). Esto podría deberse a que la principal función que cumplen las mujeres dentro del centro médico y dental es la de auxiliar de enfermería, un puesto que está en directa y constante relación con los pacientes. Esto se refuerza con el estudio realizado por García y cols. (García et al. 1999) quienes habían constatado diferencias por sexo en una muestra realizada sobre profesionales de enfermería y servicios de urgencia y asistencia pública en Santiago. En tal investigación se mostraba una prevalencia del sexo femenino entre los profesionales que presentaban burnout.

En relación a la edad de los sujetos se encontró que el grupo de sujetos que tenían edad entre 51 y 60 años obtuvieron mayores puntajes para burnout en las dimensiones de cansancio emocional con un puntaje medio de 21 y despersonalización con un puntaje medio de 10. De manera inversa el grupo de sujetos que tenían edades entre 20 y 30 años presentaron menores puntajes para burnout en cansancio emocional con un puntaje medio de 16,2 y logro personal (entendiendo que esta dimensión es inversa para el burnout) con un puntaje medio de 34,4.

A la vista de estos resultados se puede establecer los sujetos del grupo de edad comprendido entre los 51 y 60 años, presentan mayores posibilidades de poseer burnout probablemente por el mayor tiempo en el que han ejercido sus funciones profesionales lo que se contradice a algunos estudios que señalan que cuando los años avanzan se va adquiriendo mayor seguridad en la ejecución de las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión (Cherniss, 1980).

Por el contrario, se puede establecer que los sujetos del grupo de edad comprendido entre 20 y 30 años presentan menores posibilidades de poseer burnout, probablemente por el menor tiempo en el que han ejercido sus funciones profesionales.

Además, existió una correlación de 0,542 entre la edad de los sujetos con burnout y la dimensión de logro personal, esto quiere decir que, a mayor edad de los sujetos, existe un mayor sentimiento de logro personal.

Respecto a la variable de antigüedad laboral se pudo establecer que en promedio los sujetos que poseen burnout presentan una antigüedad laboral de 15,2 años trabajados en el centro.

Además se encontró que el grupo de sujetos cuya antigüedad laboral esta en el rango de entre 11 a 15 años trabajando, presentaron mayores puntajes para burnout en las dimensiones de cansancio emocional con un puntaje medio de 19,2; despersonalización con un puntaje medio de 7,7 y menor puntaje en la dimensión de logro personal (entendiendo que esta dimensión es inversa para el burnout) con un puntaje medio de 32,6. Esto se contradice con algunos estudios que señalan que a mayor número de años dedicado a la profesión, mayor es el grado de control y, por tanto, menor el riesgo de “quemarse” (Burke, 1996). Sin embargo, otros estudios como el de García y cols. (García et al. 1999) en donde se recopilan antecedentes que indicaban una mayor prevalencia de burnout en el personal con más años de servicio.

Es por estos resultados que se valida la hipótesis 3 que señala que *“los funcionarios del Centro Médico y Dental de Carabineros de Viña del Mar que llevan más de 10 años de antigüedad laboral presentaran más prevalencia de burnout”*.

Además, existió una correlación de 0,547 entre la antigüedad laboral de los sujetos con burnout y la dimensión cansancio emocional, esto quiere decir que, a mayor número de años trabajados en el centro, mayores síntomas de cansancio emocional presentaran los sujetos.

Con respecto a las funciones ejercidas en el centro médico y dental se encontró que es puesto con mayor prevalencia de burnout es el de auxiliar de enfermería; probablemente se puede deber a que son estos profesionales aquellos que tienen una relación más directa con el usuario. Esta situación es ratificada por Flynn, Thomas-Hawkins & Clarke en el 2009, quienes demostraron que altas cargas de trabajo, falta de apoyo en el ambiente de trabajo, se traducen en un deterioro de la calidad de atención y de la satisfacción del usuario, y esto se asociaba con un aumento significativo del burnout en las enfermeras; una de cada tres enfermeras registradas presentaba Burnout.

5.2. Conclusiones

A través de lo elaborado en esta investigación, la revisión bibliográfica, la realización de toma de datos y el análisis de éstos junto con la presentación de los resultados, es posible señalar que sí fue posible cumplir con los objetivos propuestos, como también encontrar respuestas a las preguntas directrices de esta investigación.

La presente investigación tuvo por objetivo principal detectar la presencia del Síndrome de Burnout, en el centro médico y dental de Carabineros de Chile de Viña del mar, resultado logrado a través de la aplicación del instrumento psicométrico "Maslach Burnout Inventory".

De esta forma, a partir de evaluación psicométrica se logró estimar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal del centro médico y dental de Carabineros de Chile de viña del mar, considerado para ello la totalidad de los funcionarios en la muestra (N=98), estableciendo que efectivamente existe una cantidad de 11 funcionarios que padecen el citado síndrome.

De los datos y resultados obtenidos, a continuación, se destacarán las principales conclusiones desde la perspectiva general de esta investigación propuesta en el marco teórico y de los principales objetivos planteados.

En primer lugar, en el área de los resultados específicos hallados en la muestra de los sujetos de la población del centro médico y dental de Carabineros de Chile, podemos estimar que la población de funcionarios no presenta conductas o respuestas específicas que sugieran índices altos de prevalencia de burnout. Alcanzando una incidencia discreta en torno al 11% de burnout, en el total de la muestra analizada.

Es decir, se ha encontrado que un 11% de los funcionarios del centro médico y dental tienen un alto cansancio o agotamiento emocional y despersonalización, al mismo tiempo que una baja realización personal, como factores o dimensiones explicativas del burnout. En cambio, como grupo, mantienen unos niveles medios normalizados en las tres dimensiones constitutivas del burnout según los baremos de Gil-Monte y Peiró (2000).

De estos 11 sujetos con burnout 1 de ellos es médico, 3 son funcionarios dentales, 1 es auxiliar dental, 1 es personal administrativo y 5 de ellos son auxiliares de enfermería. En cuanto al sexo solo uno de los sujetos es hombre, los 10 restantes son mujeres.

Por otra parte, es de especial consideración un modelo que supone que las tres dimensiones del burnout ocurren en una progresión secuencial diferente en el tiempo, en la cual la ocurrencia de una de las dimensiones precipita el

desarrollo de otra. De acuerdo con este modelo, el Cansancio Emocional ocurre primero seguido de la Despersonalización, que conlleva secuencialmente a la baja Realización Personal o esta última puede desarrollarse en paralelo con alguna de las otras dos (Maslach y cols. 2001), y por lo tanto en base a estas premisas es posible evidenciar que del grupo con burnout el 100% presenta índices altos de Cansancio Emocional, Despersonalización o bajo de Realización Personal. También dentro de estos modelos se ha descrito que la subescala de Cansancio Emocional es posiblemente la más importante, sin embargo, el hecho de que esta dimensión sea un criterio necesario para el SB eso no significa que sea suficiente para establecer la presencia del trastorno en estudio, pues no se debe ver sólo por separado el CE porque se pierde la perspectiva total del SB (Maslach y cols. 2001, Pera y Serra-Prat 2002).

A su vez, además de determinar la prevalencia de burnout en el centro médico y dental, parte del objetivo era caracterizar a este grupo según variables sociodemográficas, dentro del cual existen una serie de preguntas enfocadas a las características del trabajo, ya que es importante tener en cuenta que el SB es una experiencia que es específica del contexto de trabajo (Maslach y cols. 2001)

En relación a las variables sociodemográficas se puede resaltar lo siguiente:

- 1.- Las mujeres presentan mayor incidencia de burnout.

Las explicaciones a estas diferencias pueden hallarse en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles femenino y masculino, y su interacción con los perfiles y requisitos de las distintas ocupaciones (Gil-Monte y Peiró, 1997)

2.- Los sujetos que se encuentran en los grupos de edad entre 51 y 60 años presentan mayores puntajes en cansancio emocional y despersonalización, por lo tanto, tienen mayores probabilidades de poseer burnout.

Esto contradice a algunos estudios que señalan que cuando los años avanzan se va adquiriendo mayor seguridad en la ejecución de las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión (Cherniss, 1980).

3.- Los sujetos que llevan más de 10 años trabajando en el centro médico y dental presentan mayor probabilidad de poseer burnout ya que en todas sus dimensiones los puntajes son indicadores del síndrome.

Dentro de los indicadores laborales encontramos la antigüedad laboral en el centro médico y dental, indicador que se consideró relevante debido a que una de las teorías del burnout propone que es el resultado final de una larga exposición a estresores crónicos de trabajo, por lo tanto el SB debería ocurrir más tarde en los cuidadores de personas o profesionales de salud y es relativamente estable en el tiempo si la gente permanece en el mismo trabajo, situación que se confirma en el estudio

de Palmer, donde se observó que llevar más de trece años ejerciendo la profesión era un factor de riesgo (Palmer 2005), a pesar de esto existen otros autores los cuales afirman que la relación con la antigüedad laboral es inversa a lo postulado por Palmer (Maslach 2009), ya que quienes posean menor antigüedad laboral se encuentran menos preparados para desempeñar su trabajo no teniendo capacidad adaptación, es así como a medida que pasan los años, aquellos que logran manejar estos estresores son quienes se mantendrán en el mismo trabajo. En la presente investigación se confirma que una antigüedad sobre los 10 años presenta mayores posibilidades de poseer burnout.

4.- La función con mayor número de casos de burnout en el centro es la de auxiliar de enfermería.

Está documentado en la bibliografía (Bakker y cols. 2002, Maslach y Jackson 1981, Maslach y cols. 2001, Palmer y cols. 2005) que la sobrecarga de trabajo es uno de los factores organizacionales que tiene mayor influencia en la presencia de ese síndrome, ya que los sujetos en estos casos tienen demasiadas cosas que hacer, pero no poseen ni el tiempo ni los recursos necesarios, por lo tanto existe un desequilibrio entre las exigencias del trabajo y las capacidades del individuo para satisfacer estas exigencias.

Es atinente recordar que todos estos indicadores están insertos en un ambiente laboral, el cual, si presenta pobres condiciones de trabajo, esto

traducido en falta de apoyo, hostilidad, alta competencia, dificultad para resolver conflictos, se genera un quiebre en la comunidad e insatisfacción laboral y por ende un nivel más alto de burnout (Maslach y cols. 2001), además se menciona que una dinámica de trabajo desfavorable genera mayor prevalencia de este síndrome (Aragón y cols. 2008).

Finalmente surge la reflexión sobre que el medir la prevalencia de Burnout en el centro médico y dental, ha favorecido una comprensión más acabada del fenómeno, lo que complementado con los resultados obtenidos en las variables sociodemográficas de la muestra permitió visualizar la incidencia de los aspectos laborales en el indicado síndrome.

5.3. Limitaciones

Existe conciencia sobre las limitaciones conceptuales y metodológicas, siendo la principal la que está relacionada con las posibilidades de generalización de los resultados. En este sentido, y dada la metodología utilizada, no es posible la realización de ningún tipo de inferencia de naturaleza estadística con la intención de generalizar los resultados a otras poblaciones.

5.4. Proyecciones

La información obtenida en la presente investigación permite reafirmar lo encontrado en estudios similares a nivel nacional e internacional con respecto a las probabilidades de incidencia de burnout en poblaciones policiales y del área de la salud. Entonces, se valida la percepción inicial teórica, en el sentido que el hecho de pertenecer a Carabineros de Chile, sumado al área de salud dentro de la institución, significa un factor de riesgo de padecer burnout, lo que se evidenciaría por las altas demandas sociales de dicha profesión, el hecho de trabajar con personas carenciadas y en general, desenvolverse laboralmente en un ambiente de alta peligrosidad física y psicológica. Esta información otorga la posibilidad de implementar acciones protectoras para el síndrome de burnout y desarrollar estrategias de prevención e intervención, individuales y grupales en Carabineros de Chile.

Conforme lo anterior es importante sus resultados obtenidos para integrar estrategias de prevención o cuidado en la población estudiada y en especial a los 11 afectados.

A nivel institucional este estudio permitió detectar los grupos de sujetos que están más propensos a poseer burnout, por ejemplo, las mujeres, con más de 10 años de antigüedad laboral y que ejerzan el cargo de auxiliar de enfermería.

Por lo tanto, estas características agrupan a los sujetos en la categoría mas peligrosa con respecto al burnout y es sobre ellos que se deben planificar los programas de intervención y apoyo psicológico.

Debe asimismo indicarse que este trabajo de investigación cuantitativa necesariamente debe ser complementado *a posteriori* con un enfoque cualitativo, que permita conocer respecto de la dinámica, establecimiento y desarrollo cualitativamente el grado de apoyo del contexto laboral que recibe el personal que presenta Síndrome de Burnout, Depresión, Ansiedad y Estrés, todo lo cual deberá operarse a través de instrumentos específicos, tales como la entrevista clínica en profundidad.

Esta investigación servirá de base para la ejecución una fase investigativa posterior, que permitirá integrar ambos enfoques y dar una visión global y multidimensional de los cuadros clínicos y estrategias de afrontamiento estudiadas en el personal de Carabineros de Chile integrante de las unidades que constituyeron la muestra.

Desde la perspectiva organizacional, el complemento necesario para implementar estrategias de control y prevención del síndrome está constituido por los estudios de clima organizacional, y no obstante la carencia de éstos, se podrá incluir el desarrollo de programas genéricos de control del estrés y específicos de prevención del burnout y cuadros clínicos asociados.

Desde una perspectiva individual, y como se ha informado, en las unidades consideradas en la muestra se están implementando *a priori* programas orientados a la adquisición de estrategias instrumentales dirigidas a controlar el estrés, consolidar asertividad en las relaciones internas y en general, a potenciar todo repertorio conductual funcional a la solución de problemas. En este mismo ámbito de acción, también se incluiría el desarrollo y adquisición de técnicas cognitivas, autocontrol, técnicas de relajación y comunicación interpersonal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Nykyri, E., Kalimo, R., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*. 88, (1), 55-62.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Nykyri, E., Kalimo, R., Koskinen, S., et al. (2006). Burnout in the general population. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*. 41, (1), 11-17.
- Alderete, M.; Pando, M.; Aranda, C. Y Balcázar, N. (2003) "Síndrome de Burnout en Maestros de Educación Básica, Nivel Primaria de Guadalajara", Investigación en Salud, Vol. 5, N°1
- Alonso, A. (2004) intervalos de confianza bootstrap para indicadores en regresión logística. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida*. 10, 1-4, 11-20.
- Altman, D. y Bland, J. (1995). The Normal Distribution. *BMJ* 312:770 (23 March).
- Álvarez G. y Fernández R. (1995) El síndrome burnout o desgaste. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 11 (9), 257-265.
- Anderson, M. B. G., & Iwanicki, E. F. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20(2), 109-132.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Pearson Educación. 1ª Edición, Buenos Aires. p. 496.
- Barría, J. (2002) Síndrome de Burnout en Asistentes Sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *Psiquiatría*. 8, (4). 1-17.
- Bedoya, A. (2015). Síndrome de Burnout en cirujanos dentistas. *Revista Kiru*, 5(2).
- Benavides Pereira, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. y González Gutiérrez, J.L. (2002). La evaluación específica del Síndrome de Burnout en psicólogos: el "inventario de burnout de psicólogos. *Clínica y salud*. 13, (3), 257-283.

- Bernales, J.A. (2008). *Planteamientos estratégicos del Sr. General Director de Carabineros*. Santiago, Chile.
- Bertrán, G., Noemí, P., Romero, S. (1998). Resiliencia: ¿enemigo o aliado para el desarrollo humano? Santiago de Chile: *CIDE documentos*, N° 9.
- Briones, D. (2002) El Síndrome de Burnout: amenaza potencial para Carabineros de Chile. *Revista Académica ACIPOL*, 41, 2002, (1), 53-62.
- Briones, D. (2003). Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento. *Investigación de circulación interna restringida*. Santiago: Carabineros de Chile.
- Briones, M. (2007). Presencia de síndrome de burnout en poblaciones policiales vulnerables de carabineros de Chile. *Ciencia y trabajo*, 9 (24), 43-50.
- Borritz M, Rugulies R, Bjorner J, Villadsen E, Mikkelsen O, Kristensen T. (2005). Burnout among employees in human service work: design and baseline finding of study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(1): 49-58.
- Bosqued, M. (2008). Quemados. El síndrome de burnout; ¿Qué es y cómo superarlo? Madrid: Paidós Ibérica.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés*, 1, 195-218.
- Burke, R. J., & Deszca, E. (1986). Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 39(6), 487-501.
- Burke, R.J. y Richardsen, A.M. (1996). Stress, burnout and health. En C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. New York: CRC.
- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.
- Caplan, J. (2003). Police cynicism: police survival tool?. *The Police Journal*, 76(4), 304-313.
- Carabineros de Chile. (2006). *Plan Estratégico "Bicentenario" 2006-2009*. Santiago, Chile.

Carabineros de Chile. (2015). *Plan Estratégico de Carabineros de Chile Frontera de la Seguridad 2016-2019*. Santiago, Chile.

Centro de Estudio de la Realidad Contemporánea, CERC (2005). *Encuesta Nacional*. Santiago, Chile.

Centro de Estudio de la Realidad Contemporánea, CERC (2006). *Encuesta Nacional*. Santiago, Chile.

Chanlat, F. (1999) "Nouveaux Modes de Gestion, Stress Professionel et Santé au Travail", in BRUNSTEIN I. (1999), L'homme à l'échine plié, Réflexions sur le stress professionnel, *Ed Desclée Brouwer*, Paris

Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Preager.

Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout.

Cortada de Cohan, N. (1994) Diseño Estadístico (Para investigadores de las Ciencias Sociales y de la Conducta). *UDEBA*, Buenos Aires, p. 69-70.

Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness.

Crespo, M., Cruzado, J.A. y Vásquez, C. (1997) Evaluación del afrontamiento. *Rev. Esp. Salud Pública*. Madrid: 23: 797-830.

Cunradi, C. B., Greiner, B. A., Ragland, D. R., & Fisher, J. M. (2003). Burnout and alcohol problems among urban transit operators in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 28(1), 91-109.

Dueñas M, Merma L, Ucharico R. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL* 8(1): 33-37.

Durán, M., Montalbán, F. y Stangeland, P. (2006) El síndrome de estar quemado en la

policía: perfil de incidencia e influencia de factores socio-demográficos. *Revista de Psicología Social*, 21, 1, 95-108. (A)

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.

Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of advanced nursing*, 49(1), 59-67.

Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Estudio sobre burnout en médicos de hospitales públicos de valencia. *Revista Española de Salud Pública* 46 (2) , 1-16.

Estado de Chile (1980). Constitución Política de la República de Chile, Capítulo X, Santiago, Chile.

Euwema*, M. C., Kop, N., & Bakker, A. B. (2004). The behaviour of police officers in conflict situations: How burnout and reduced dominance contribute to better outcomes. *Work & Stress*, 18(1), 23-38.

Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions* (Vol. 117). Pergamon.

Faura, T. (1990). Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista Rol de Enfermería*, 10, 53-56.

Flynn, L., Thomas-Hawkins, C., & Clarke, S. P. (2009). Organizational traits, care processes, and burnout among chronic hemodialysis nurses. *Western journal of nursing research*, 31(5), 569-582.

Flores-Sandí, G. (2006). Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. *Acta médica costarricense*, 48(1), 30-34.

- Fogarty, T. J., Singh, J., Rhoads, G. K., & Moore, R. K. (2000). Antecedents and consequences of burnout in accounting: Beyond the role stress model. *Behavioral Research in Accounting*, 12, 31.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Fundación Paz Ciudadana (2005). Índice Paz Ciudadana Adimark. Santiago, Chile
- Garcés de Los Fayos, E.J., López Soler, C. y García Montalvo, C. (1997). El síndrome de "burnout" y su evaluación: Una revisión de los principales instrumentos de medida. Posterpresentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid.
- García, A., Meza, E. y Palma, O. (1999). Estudio sobre burnout en profesionales de enfermería de servicios de urgencia y asistencia pública de Santiago. Santiago: Universidad de Chile. Facultad Medicina, Escuela de Enfermería.
- Grandey, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, 46(1), 86-96.
- Gardner, R. (2003). Estadística para Psicología Usando SPSS. *Pearson Educación*. 1a Edición, México.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis S.A.
- Gil-Monte, P. y Schaufeli, W. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 7 (19), 121-130.
- Gil-Monte, P. (2000). El síndrome de quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas para su aplicación y recomendaciones para la intervención. Valencia: Departamento de Psicología Social y Organizacional. Facultad de Psicología- Universidad de Valencia.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.

- Gil-Monte, P. (2002). "Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Aproximaciones Teóricas, Explicación y Recomendaciones Para su Intervención. Documento Elaborado Para la OMS, *Revista electrónica de Psicología Científica*, www.psicologiacientifica.com
- Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y M. Barón (comp.), *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*, 231-240. Sevilla: Eudema.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M. y Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 21 (1-2), 107-123.
- Gil-Monte, P., Peiró, J., Valcárcel, P. y Grau, R. (1996). La incidencia del Síndrome de Burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis* 16 (4), 37-42.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In *Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*. Győr: Hungría.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Ondrack, M. (1990). A Gender-role Perspective of Coping and Burnout. *Applied psychology*, 39(1), 5-27.
- GRAU, J. Y CHACON, M. (1998) "Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una Amenaza a los Equipos de Salud", *Conferencia Presentada en la II Jornada de Actualización En Psicología de la Salud*. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, Colombia
- Guerrero, E. (2003). Análisis Pormenorizado de los Grados de Burnout y Técnicas de Afrontamiento del Estrés Docente en Profesorado Universitario. *Anales de Psicología*. 19, (1), 145-158.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. *Stress and burnout in the human services professions*, 1, 29-39.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández de la Cruz C. Estudio comparativo de los síntomas del síndrome de Burnout entre odontólogos de práctica general y especialistas del Distrito Federal y Área metropolitana en el 2007. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, módulo de laboratorio II; 2007.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, DF.
- Hernández-Martín, L., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., & Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3).
- Hernandez Zamora, G., Olmedo Castejon E. e Ibañez, I. (2003). Estar quemado (burnout) y su relacion con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336
- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout.
- Schaufeli, W. B., & Van Horn, J. E. (1995). Maslach Burnout Inventory voor leraren (MBI-NL-Le). *Voorlopige handleiding*.
- Keerkaner P, Kuiper N, Martin R (2004). Sense of humor, physical health, and wellbeing at work: A three-year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor, International Journal of Humor Research*, 17(2): 21–35.
- Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 25(2), 131-144.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of organizational behavior*, 14(1), 3-20.
- Leibovich, N., Schidt, I. y Marro, C. (2002). Estrés. En N. Leibovich y L. Schufer (ed.). El “malestar” y su evaluación en diferentes contextos. Pp. 11-32. Buenos Aires: Eudeba.
- Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human relations*, 43(11), 1067-

1083.

- Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6(2), 107-115.
- Lima, M., Marques, A. y Lopes da Silva, A. (2005) Fuentes de Estrés, Burnout y Estrategias de Coping en Profesores Portugueses. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. Vol. 21, Nº 1-2, 2005, pp. 125-144.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334.
- López, D. (2005). *Estrés. Cómo entenderlo y vencerlo*. Buenos Aires: Lumen. 3ra. Ed.
- Lozano, L. M., Cañadas de la Fuente, G. A., Martín, M., Pedrosa García, I., Cañadas, G. R., Suárez Álvarez, J., ... & Pérez, B. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36 (1-2).
- Manassero, M. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16, (2), 173-195
- Marín, J. R. (1995). *Psicología social de la salud*. Síntesis.
- Martínez, M. Á., Sánchez, A., & Faulín, F. J. (2006). *Bioestadística amigable*. Díaz Santos.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 99-113.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (ed.) *Professional burnout: Recent development in theory and research*. 1-16. U.K.: Taylor y Francis.
- Maslach, C. y Leiter, M. (1997). The truth about Burnout, how organization cause,

personal stress and what to do about it. San Francisco: Jasssey- Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Maslach, C. (2003). Burnout: The cost of caring. California: ISHK.

Maslach, C. (2006). Understanding job burnout. En A: M: Rossi, P. Perrewe y S. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health*. Estados Unidos: Information Age Publishing.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 31-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl>

Mella, D. B. (2007). Presencia de síndrome de burnout en poblaciones policiales vulnerables de carabineros de Chile. *Presentismo*, 9(24), 43

Newman, D. W., y Rucker-Reed, M. L. (2004). Police stress, state-trait anxiety and stressors among U.S. marshals. *Journal of Criminal Justice*, 32, 631-641.

Ministerio de Salud, Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2006). Informe de Resultados Total Nacional, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología.

Miranda, D. (2006). Reseña Histórica de Carabineros de Chile. Academia de Ciencias Policiales. Santiago, Chile.

Molineros, J. (2003) "¿Si los datos no siguen una distribución normal? Rev. Asoc. Española de Hipertensión. Madrid, 01:08.

Montalbán, F., Bonilla, J. e Iglesias, C. (1996). Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 12 (1), 81-88.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1990) El "burnout": una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casall, Cavallo (ed.) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. España: Siglo XXI, 1991, 271-79.

Moreno, B.; Bustos, R.; Matallana, A. Y Miralles, T. (1997) "La Evaluación del Burnout. Problemas y Alternativas. El CBB como Evaluación de los Elementos del Proceso", *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, Vol.13, Nº 2, pgs.185-207

Moriana, E., Herruzo, J. Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical*

and Health Psychology ISSN 1697-2600 2004, Vol. 4, N° 3, pp. 597-621

OIT, ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2004) "Organizarse en Pos de la Justicia Social", Conferencia Internacional del Trabajo, 92 reunión Informe N°1, www.cinterfor.org

Oliver, C. (1993). Análisis de la problemática del estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Olmedo, E. (1993). Propiedades psicométricas del síndrome de Burnout. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, España.

Pagano, R. (2006), Estadísticas para la Ciencias del Comportamiento. Thomson, Learning Ibero, New York, p. 450)

Peiró, J. (1992). Desencadenantes Del estrés laboral. Madrid: Eudema.

Peiró, J., Luque, O., Meliá, J. y Los Certales, F. (1991). El estrés de enseñar. Sevilla: Alfar.

Pelechano, V. y De Miguel, A. (1994) Estrés, Personalidad y Salud. Valencia: Alfaplus.

Pelechano, V.(1994). Inteligencia Social y Habilidades Interpersonales. Análisis y Modificación de Conducta, Rev. Esp. Salud Pública, 10, 26.

Peñuelas, M. A. R. (2010). *Métodos de investigación: diseño de proyectos y desarrollo de tesis en ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Pera, G. y Serra Prat, M. (2003). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria. 16, (6), 480-486.

Pérez, I. (2005). Sufrimiento y sinsentido en el trabajo, Burnout y Estrés Laboral; estrategias para afrontarlos. Buenos Aires: Psicoteca.

Perlman, B. y Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. Human relations, 35 (4), 283-305.

Pichot, P., López-Ibor, J. y Valdés, M. editores (1995). DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson. 1995. pp. 323-456.

- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Pinto, A., Lima, M. y López Da Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*. 21, (1/2), 125-143.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Ponce, C. (2001). Estudio sobre burnout y estrategias de afrontamiento en profesores del segundo ciclo de enseñanza básica de la comuna de San Joaquín. Santiago: Universidad Católica de Chile. Facultad de Enfermería.
- Prowesk, K. S., Moreno, N. P., & Beithia, C. A. (2013). Prevalencia del síndrome de quemarse en el trabajo en policías de Cali. *Informes Psicológicos*, 13(2), 43-58.
- Rayo, C. (2003). Mejoría de los afectos positivos y la satisfacción vital de mujeres en programa de tratamiento por depresión. Tesis para optar al grado de Magister de Salud Pública. Universidad de Chile. Santiago.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosse, J., Boss, R., Johnson, A. y Crown, D. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies*, 16 (4), 428-451.
- Rozas, G. (2000). Estudio descriptivo de factores protectores del burnout en equipos de oncología infantil. Santiago: Universidad Católica de Chile, Facultad de Enfermería.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1992). Estado de ánimo depresivo, atención dividida y procesamiento de información emocional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 43-47.
- Salanova, M., Martínez, I y Lorente, L. (2005). ¿Cómo se relacionan los obstáculos y facilitadores organizacional con el burnout docente?; un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 21 (1/2), 37-54.
- Sánchez, F. y Álvarez, N. (2001). Estudio sobre el síndrome de burnout en el centro penitenciario de Albolote. *Boletín de ATIP*, 3, 10-15.
- Sánchez-Nieto, J. M. (2012). Frecuencia del burnout en policías de la Ciudad de México. *Liberabit*, 18(1), 69-74.
- Seisdedos, N. (1997). MBI Inventario "Burnout de Maslach". *Madrid: TEA ediciones*.

- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 1-16.
- Schaufeli, W. B. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2).
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1257.
- Schwartzmann L. 2004. Estrés laboral, Síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo?. *Cien Trab. Oct-Dic 6 (14)*: 174-184
- Shamansky, S. L. (2002). Presenteeism... or when being there is not being there. *Public Health Nursing*, 19(2), 79-80.
- Storh, J.E. y Panzarella, R. (1996). Police stress : State-trait anxiety in relation to occupational and personal stressors. *Journal of Criminal Justice*, 24, 99-107.
- Storm, K., & Rothmann, S. (2003). A psychometric analysis of the Utrecht Work Engagement Scale in the South African police service. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 62-70.
- Tamayo, M. (2007). Metodología de la Investigación. *México: Limusa*.
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Clínica*, 10(14), 15.
- Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional. Una Mirada del Síndrome de Burnout. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänäänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral medicine*, 31(1), 18-32.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Sixma, H. J. (1994). Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of social and clinical psychology*, 13(1), 86-100.
- Velásquez, R. R., & Gutiérrez, L. C. (2010). Síndrome Burnout en cirujanos dentistas de

hospitales de Lima Metropolitana. *Odontología Sanmarquina*, 13(1), 7-10.

- Vera, A y Wood, P. (1994). Un modelo de salud Mental basado en categorías psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos y validación empírica del modelo. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Diego Portales, Santiago-Chile
- Vicente, B., Rioseco, P., Vilema, M., Uribe, M., Boggiano, G., Torres, S. (1992). Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Revista de Psiquiatría*, XI/4/ 194-202; Chile.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout.
- Wolpin, J., Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1991). Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout?. *Human relations*, 44(2), 193-209.
- Yan, E. C. W., & Tang, C. S. K. (2003). The role of individual, interpersonal, and organizational factors in mitigating burnout among elderly Chinese volunteers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(9), 795-802.
- Yela, J. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*. 50, 37-52

ANEXOS

**ANEXO1
MASLACH BOURNOUT INVENTORY
(M.B.I.)**

El presente cuestionario es absolutamente confidencial y tiene como propósito obtener información respecto de cómo Ud. se siente habitualmente o está siendo afectado en su lugar de trabajo.

En este cuestionario **no hay respuestas buenas o malas**, por lo que se le solicita responder de manera cuidadosa y reflexiva, lo que facilitará el proceso posterior de estudio.

En la Hoja de Respuestas Ud. deberá anotar el número identificador propio, según se le va a indicar (NO SU NOMBRE). El cuadernillo que contiene las preguntas NO DEBE SER RAYADO O MARCADO.

DE ANTEMANO, MUCHAS GRACIAS.

1) Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado /a:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

2) Me siento cansado /a al final de la jornada de trabajo:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

3) Me encuentro cansado / a cuando me levanto en las mañanas y tengo que enfrentar otro día de trabajo:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.

- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

4) Puedo entender con facilidad cómo se sienten los menores, víctimas o recurrentes:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

5) Creo que trato a alguno de los recurrentes, menores o víctimas como si fueran objetos impersonales:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

6) Trabajar todo el día con menores, víctimas o recurrentes es un esfuerzo para mí:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

7) Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los recurrentes, menores o víctimas:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.

- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

8) Me siento agotado /a (“fundido”, “quemado”) por mi trabajo:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

9) Creo que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

10) Me he vuelto más insensible con la gente desde que me desempeño en este trabajo en la Unidad:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

11) Me preocupa que este trabajo me esté insensibilizando o “endureciendo” emocionalmente:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.

- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

12) Me siento muy activo / a (con mucha vitalidad):

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

13) Me siento frustrado / a en mi trabajo:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

14) Creo que estoy trabajando demasiado:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

15) No me preocupa realmente lo que les ocurre a los recurrentes, víctimas o menores que tengo que atender:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.

- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

16) Trabajar en contacto directo con los recurrentes, víctimas o menores, me produce estrés:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

17) Puedo fácilmente crear una atmósfera relajada a los recurrentes, víctimas o menores que atiendo:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

18) Me siento animado / a después de trabajar en contacto con los recurrentes, víctimas o menores:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

19) He realizado cosas en este trabajo, que son útiles y valen la pena:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.

- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

20) En este trabajo, siento que estoy al límite de mis capacidades:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

21) Siento que en mi trabajo, trato en forma adecuada los problemas emocionales:

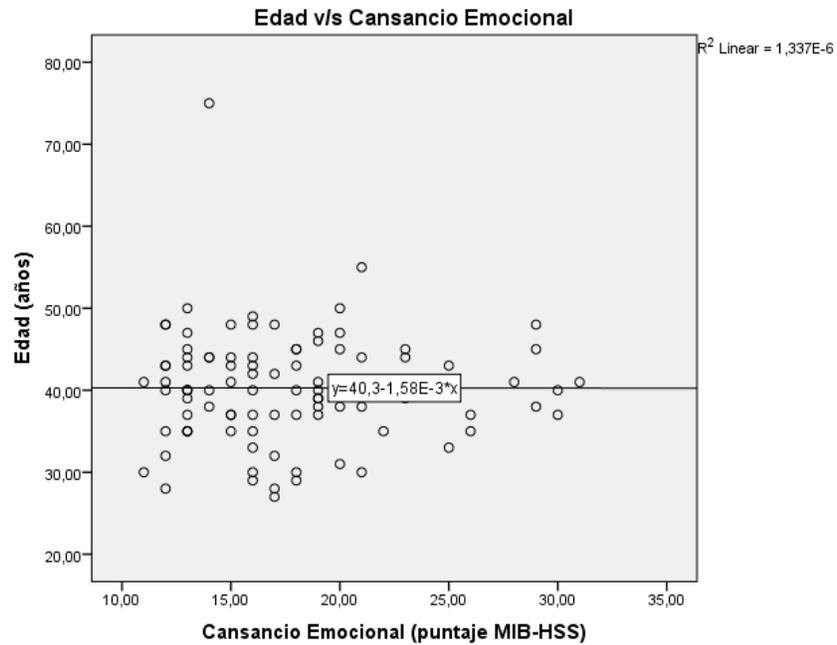
- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

22) Creo que los recurrentes, víctimas o menores con los que trato, me culpan de alguno de sus problemas:

- i. Nunca.
- ii. Alguna vez al año o menos.
- iii. Una vez al mes o menos.
- iv. Algunas veces al mes.
- v. Una vez a la semana.
- vi. Algunas veces por semana.
- vii. Todos los días.

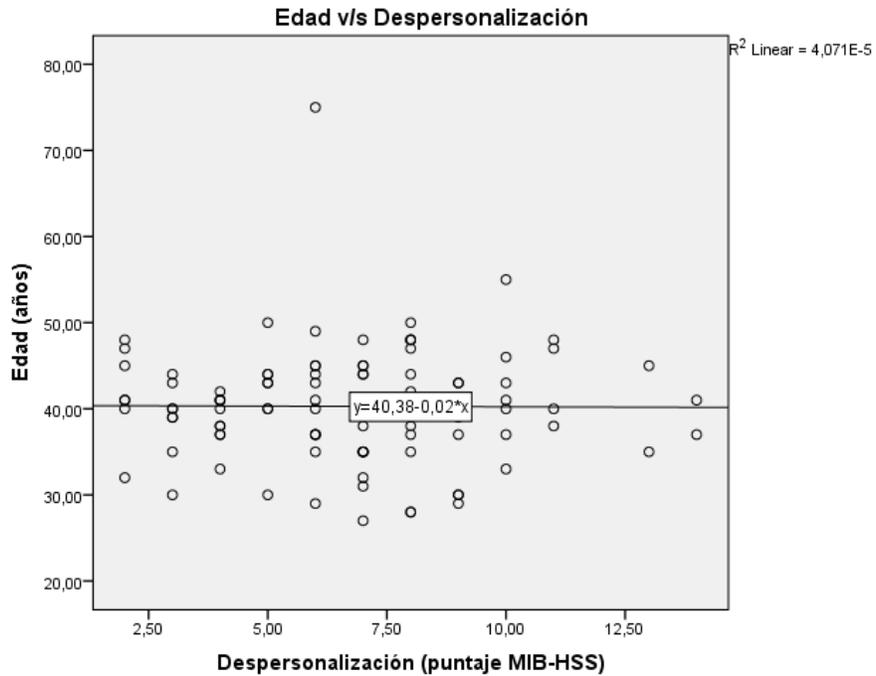
ANEXO2
Graficos y tablas del analisis descriptivo y
correlacional de las distintas variables.

Correlaciones entre edad de todos los sujetos y las distintas dimensiones.



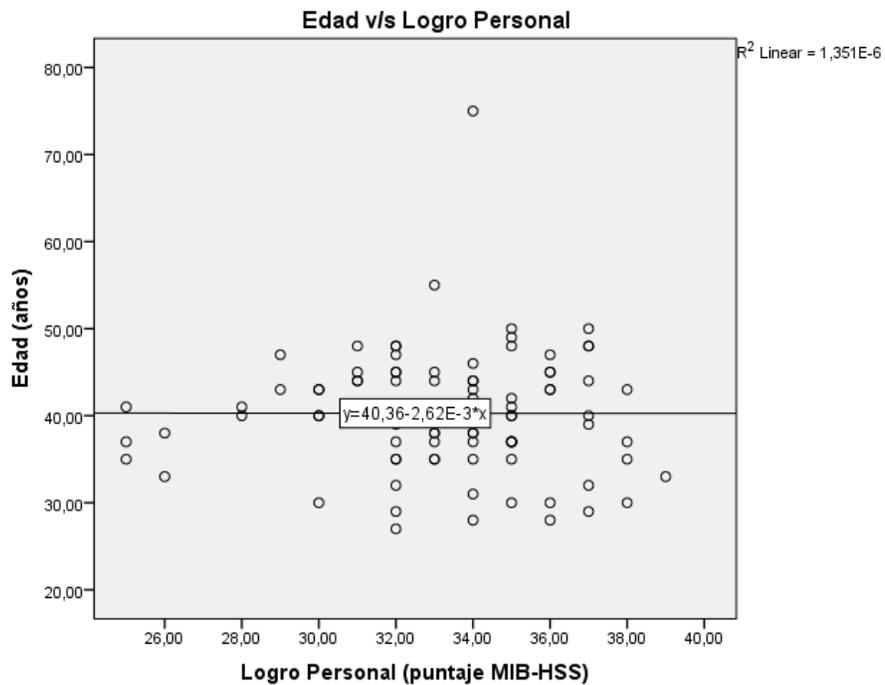
Correlations

		Edad (años)	Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	-,001
	Sig. (2-tailed)		,991
	Sum of Squares and Cross-products	4343,561	-3,663
	Covariance	44,779	-,038
	N	98	98
Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	-,001	1
	Sig. (2-tailed)	,991	
	Sum of Squares and Cross-products	-3,663	2311,602
	Covariance	-,038	23,831
	N	98	98



Correlations

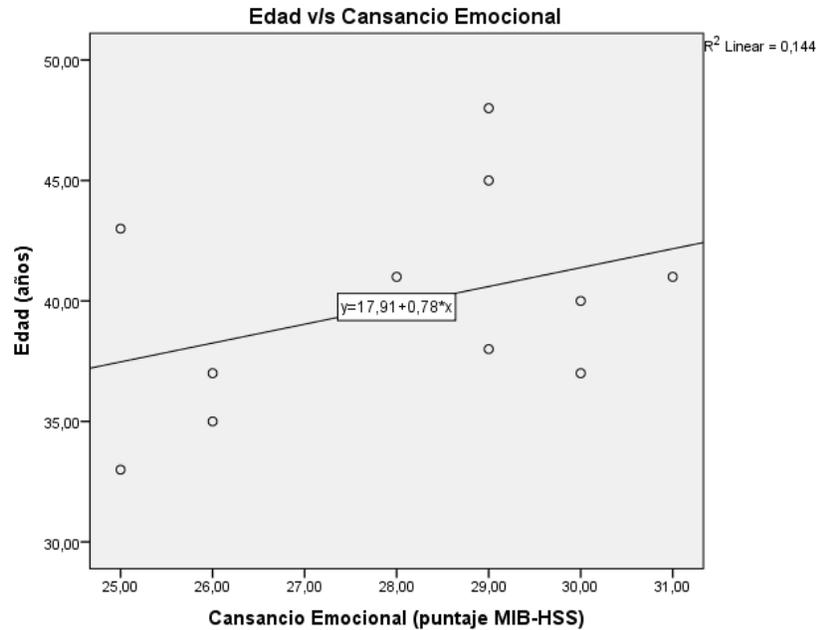
		Edad (años)	Despersonalización (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	-,006
	Sig. (2-tailed)		,950
	Sum of Squares and Cross-products	4343,561	-11,735
	Covariance	44,779	-,121
	N	98	98
Despersonalización (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	-,006	1
	Sig. (2-tailed)	,950	
	Sum of Squares and Cross-products	-11,735	778,816
	Covariance	-,121	8,029
	N	98	98



Correlations

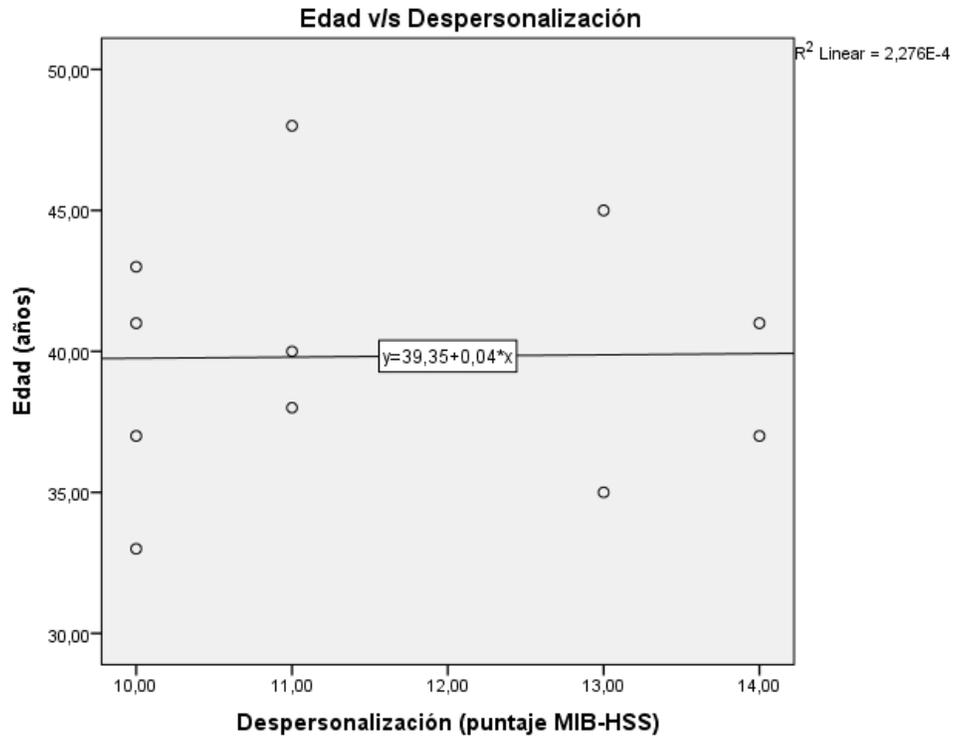
		Edad (años)	Logro Personal (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	-,001
	Sig. (2-tailed)		,991
	Sum of Squares and Cross-products	4343,561	-2,235
	Covariance	44,779	-,023
	N	98	98
Logro Personal (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	-,001	1
	Sig. (2-tailed)	,991	
	Sum of Squares and Cross-products	-2,235	851,316
	Covariance	-,023	8,776
	N	98	98

Correlaciones entre edad de los sujetos con burnout y las distintas dimensiones.



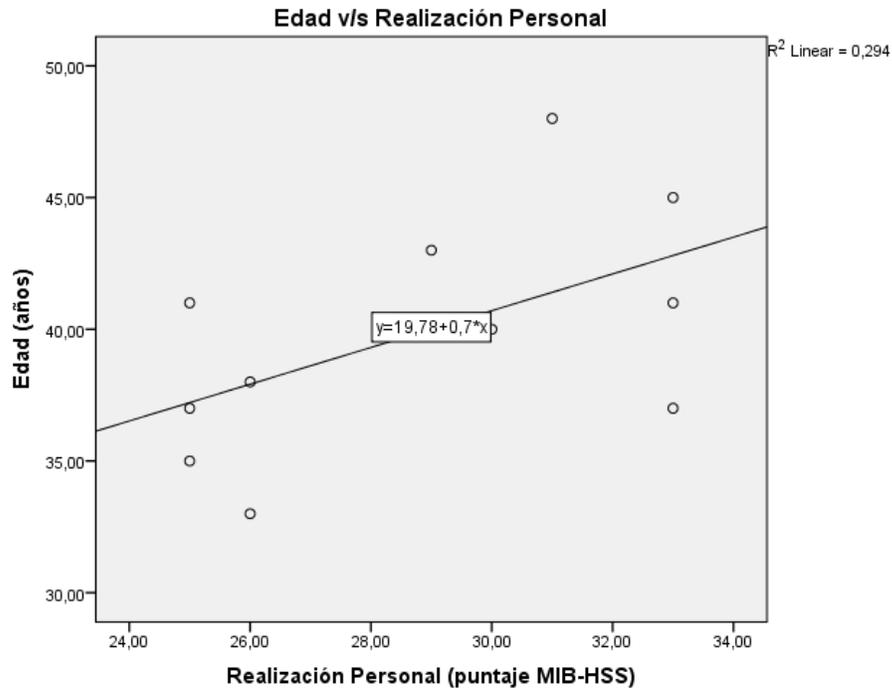
Correlations

		Edad (años)	Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	,379
	Sig. (2-tailed)		,250
	Sum of Squares and Cross-products	195,636	36,000
	Covariance	19,564	3,600
	N	11	11
Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	,379	1
	Sig. (2-tailed)	,250	
	Sum of Squares and Cross-products	36,000	46,000
	Covariance	3,600	4,600
	N	11	11



Correlations

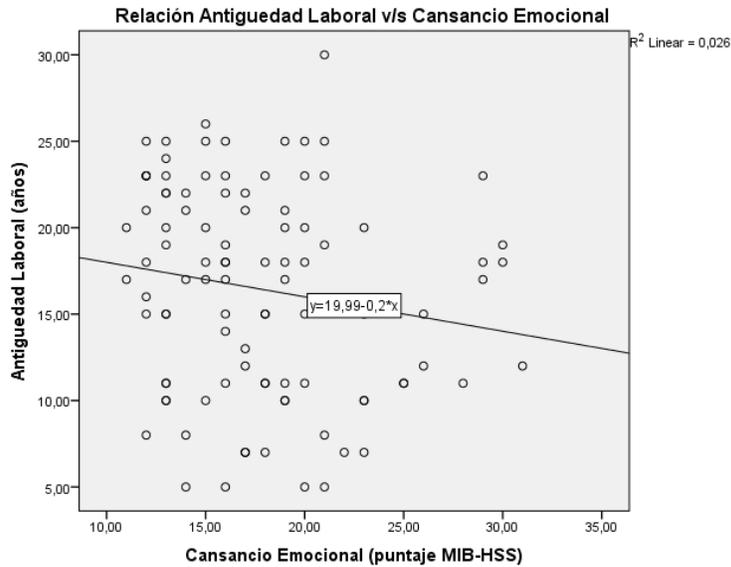
		Edad (años)	Despersonalización (puntuaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	,015
	Sig. (2-tailed)		,965
	Sum of Squares and Cross-products	195,636	1,091
	Covariance	19,564	,109
	N	11	11
Despersonalización (puntuaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	,015	1
	Sig. (2-tailed)	,965	
	Sum of Squares and Cross-products	1,091	26,727
	Covariance	,109	2,673
	N	11	11



Correlations

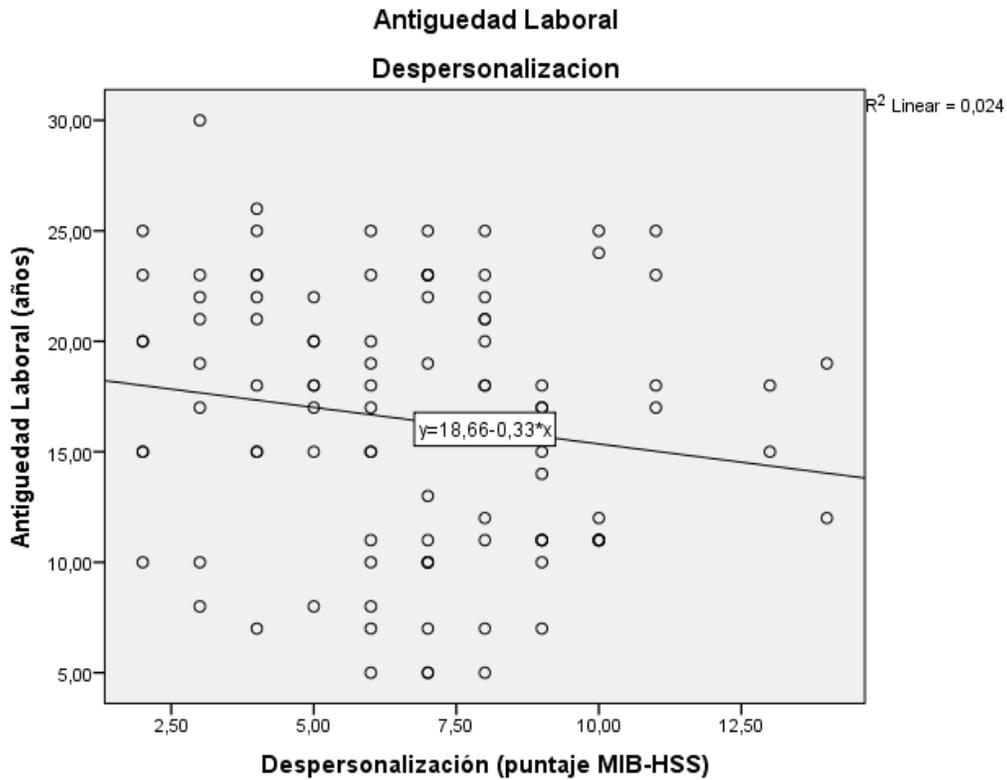
		Edad (años)	Realización Personal (puntaje MIB-HSS)
Edad (años)	Pearson Correlation	1	,542
	Sig. (2-tailed)		,085
	Sum of Squares and Cross-products	195,636	82,455
	Covariance	19,564	8,245
	N	11	11
Realización Personal (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	,542	1
	Sig. (2-tailed)	,085	
	Sum of Squares and Cross-products	82,455	118,182
	Covariance	8,245	11,818
	N	11	11

Correlaciones entre la antigüedad laboral de todos los sujetos y las distintas dimensiones.



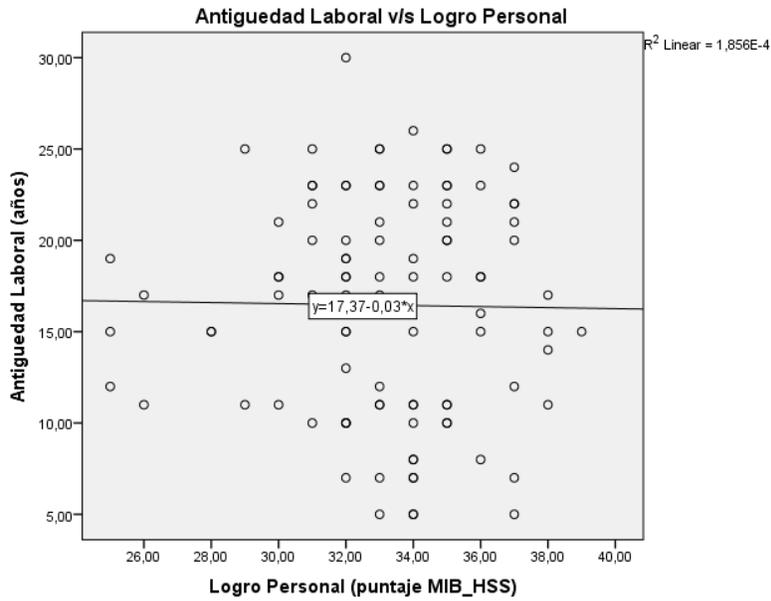
Correlations

		Antigüedad Laboral (años)	Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)
Antigüedad Laboral (años)	Pearson Correlation	1	-,162
	Sig. (2-tailed)		,111
	Sum of Squares and Cross-products	3504,245	-460,673
	Covariance	36,126	-4,749
	N	98	98
Cansancio Emocional (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	-,162	1
	Sig. (2-tailed)	,111	
	Sum of Squares and Cross-products	-460,673	2311,602
	Covariance	-4,749	23,831
	N	98	98



Correlations

		Antigüedad Laboral (años)	Despersonalización (puntaje MIB-HSS)
Antigüedad Laboral (años)	Pearson Correlation	1	-,156
	Sig. (2-tailed)		,125
	Sum of Squares and Cross-products	3504,245	-257,531
	Covariance	36,126	-2,655
	N	98	98
Despersonalización (puntaje MIB-HSS)	Pearson Correlation	-,156	1
	Sig. (2-tailed)	,125	
	Sum of Squares and Cross-products	-257,531	778,816
	Covariance	-2,655	8,029
	N	98	98



Correlations

		Antigüedad Laboral (años)	Logro Personal (puntaje MIB_HSS)
Antigüedad Laboral (años)	Pearson Correlation	1	-,014
	Sig. (2-tailed)		,894
	Sum of Squares and Cross-products	3504,245	-23,531
	Covariance	36,126	-,243
	N	98	98
Logro Personal (puntaje MIB_HSS)	Pearson Correlation	-,014	1
	Sig. (2-tailed)	,894	
	Sum of Squares and Cross-products	-23,531	851,316
	Covariance	-,243	8,776
	N	98	98

ANEXO3
Tabla con informacion sociodemografica y
puntajes obtenidos en el MBI-HSS de todos los
sujetos.

GENERO	EDAD	ANTIGÜEDAD LABORAL	PUNTAJE CE	PUNTAJE DP	PUNTAJR LP	Burnout
H	48	25	12	2	35	NO
H	50	20	20	8	37	NO
H	39	10	23	3	34	NO
H	43	11	25	10	29	SI
H	38	18	20	4	34	NO
H	45	23	20	6	36	NO
H	40	15	18	5	28	NO
M	35	10	15	7	35	NO
H	48	12	17	8	37	NO
H	35	8	12	3	34	NO
H	41	15	20	2	34	NO
H	45	10	23	2	32	NO
H	41	7	23	4	34	NO
M	44	20	23	5	33	NO
M	38	21	19	4	33	NO
M	43	18	16	5	36	NO
M	45	23	18	7	31	NO
M	38	17	29	11	26	SI
M	35	15	26	13	25	SI
M	33	11	25	10	26	SI
M	43	21	12	3	30	NO
M	44	22	14	5	31	NO
M	41	20	15	6	31	NO
M	43	18	12	6	30	NO
M	45	19	13	7	32	NO
M	48	23	15	8	32	NO
M	44	25	15	7	31	NO
M	40	11	20	9	30	NO
M	30	17	11	3	30	NO
M	47	20	19	2	32	NO
M	41	23	12	4	33	NO
M	40	15	13	6	32	NO
M	46	11	19	10	34	NO
M	44	19	21	3	34	NO
M	41	20	11	2	35	NO
M	37	23	16	4	35	NO

M	32	7	17	7	37	NO
M	38	5	14	8	34	NO
M	43	11	18	9	34	NO
M	39	17	19	9	33	NO
M	32	15	12	2	32	NO
M	40	23	12	3	33	NO
M	37	26	15	4	34	NO
M	42	22	17	4	34	NO
M	40	17	14	9	31	NO
M	47	25	13	11	29	NO
M	40	30	21	3	32	NO
M	48	23	12	7	32	NO
M	41	15	23	4	28	NO
M	45	18	29	13	33	SI
M	41	10	19	9	31	NO
M	37	7	18	9	32	NO
M	35	11	16	8	33	NO
M	40	17	16	5	32	NO
M	44	19	16	6	32	NO
M	40	18	30	11	30	SI
M	37	11	13	6	35	NO
M	47	25	20	8	36	NO
M	48	23	29	11	31	SI
M	40	23	21	2	35	NO
M	37	19	30	14	25	SI
M	43	18	15	5	36	NO
M	37	21	17	8	35	NO
M	40	22	13	7	35	NO
M	41	12	31	14	25	SI
M	37	10	19	6	35	NO
M	39	18	19	8	32	NO
M	41	11	28	10	33	SI
M	43	15	13	9	38	NO
M	44	21	14	8	37	NO
M	40	24	13	10	37	NO
H	39	22	13	3	37	NO
H	37	17	15	6	38	NO
H	28	16	12	8	36	NO

H	44	23	13	7	34	NO
H	49	25	16	6	35	NO
H	29	18	18	9	32	NO
H	30	14	16	9	38	NO
H	33	15	16	4	39	NO
H	27	13	17	7	32	NO
H	28	7	17	8	34	NO
H	75	8	14	6	34	NO
H	50	20	13	5	35	NO
H	40	25	19	4	33	NO
H	55	25	21	10	33	NO
M	35	7	22	6	33	NO
M	38	5	21	7	33	NO
M	45	15	18	6	36	NO
M	48	22	16	8	37	NO
M	35	10	13	7	32	NO
M	37	12	26	10	33	SI
M	42	18	16	8	35	NO
M	35	10	13	7	32	NO
M	30	11	18	9	35	NO
M	31	5	20	7	34	NO
M	30	8	21	5	36	NO
M	29	5	16	6	37	NO
M	35	11	13	7	38	NO