



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS**  
**“MAESTRÍA EN SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL”**

**“Síndrome de Burnout y otros Riesgos Psicosociales en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana”.**

*Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magister en Seguridad e Higiene Industrial*

**AUTOR:**

Ing. Christian Henry Plaza Zumba  
CI: 0105326052

**DIRECTOR:**

Mgt. Rodrigo Saúl Jerves Mora  
CI: 0102633732

CUENCA, ECUADOR

2018



## RESUMEN

El trabajo sanitario se encuentra rodeado de altas demandas emocionales y laborales que influyen en la salud del personal sanitario, por lo que el tema de esta investigación tiene como objetivo principal determinar la presencia del Síndrome de Burnout y de Factores de Riesgo Psicosociales en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana.

Para este estudio se utilizó la Metodología Cuantitativa, Investigación No Experimental, Transversal o Transeccional Descriptiva; Correlacional - Causal. Para la evaluación de factores psicosociales se utilizó el Método FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT) y para determinar el Síndrome de Burnout se utilizó el Maslach Burnout Inventory en su adaptación al castellano dirigida a profesionales de servicios humanos (Maslach & Jackson, 1986).

Los resultados encontrados evidencian que efectivamente los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería se encuentran expuestos a factores de Riesgo Psicosocial. Dentro del nivel de riesgo muy elevado predominan, el Tiempo de trabajo con 64%, Carga de trabajo 55% y Participación/Supervisión 82% de la población afectada generando así una situación insatisfactoria de trabajo. Del cuestionario MBI-HSS se evidencio que una Enfermera en el rango de 45-54 años con horario fijo de entrada y salida, presenta el Síndrome de Burnout, cumpliéndose que en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización el nivel de riesgo es alto y en la dimensión Realización Personal el nivel de riesgo es bajo.

**Palabras claves:** Síndrome de Burnout, Factores de Riesgo Psicosocial, Clínica Santa Ana.



## **ABSTRACT**

The health work is surrounded by high emotional demands and labor that influence the health of the personnel, so that the theme of this research has as main objective to determine the presence of the Burnout syndrome and of psychosocial risk factors in medical residents, nurses and nursing auxiliaries of the Clínica Santa Ana.

For this study, we used quantitative methodology, research non experimental, transversal or Transectional correlational Descriptive; - Causal. For the assessment of psychosocial factors FPSICO method was used by the National Institute of Safety and Hygiene at Work (INSHT) and to determine the Burnout Syndrome was used of the Maslach Burnout Inventory in its adaptation into Spanish for professionals of human services (Maslach & Jackson, 1986).

The results show that the Resident Doctors, Nurses and Nursing Assistants are exposed to psychosocial risk factors. Within the very high level of risk predominate, the working time with 64%, 55% workload and Participation/Supervision 82 per cent of the affected population, thus generating an unsatisfactory situation. The MBI-HSS questionnaire showed that a nurse in the range of 45-54 years with fixed schedule of entry and exit, presents the Burnout Syndrome, that in the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization, the level of risk is high and personal fulfilment in the dimension the risk level is low.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Psychosocial Risk Factors, Clinic Santa Ana.



## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	14
DEDICATORIA .....	15
RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
LISTA DE TABLAS .....	7
LISTA DE FIGURAS .....	9
ABREVIATURAS Y SIMBOLOGIA .....	12
Introducción .....	16
CAPITULO I: Descripción de la Clínica .....	20
1.1.    Antecedentes.....	20
1.2.    Misión.....	21
1.3.    Visión.....	21
1.4.    Objetivos.....	21
1.5.    Valores Institucionales.....	22
1.6.    Organigrama .....	22
Capitulo II: Riesgos Psicosociales .....	24
2.1.    Los factores psicosociales: Historia del concepto.....	24
2.2.    Factores psicosociales de riesgo o estrés .....	27
2.2.1.    Características de los factores psicosociales de riesgo.....	30
2.3.    Los Riesgos Psicosociales.....	30
2.3.1.    Características de los riesgos psicosociales .....	32
2.3.2.    Principales riesgos psicosociales .....	34
2.3.2.1.    El estrés .....	34
2.3.2.1.1.    Efectos del Estrés.....	52
2.3.2.1.2.    Clasificación .....	53
2.3.2.1.3.    Psicología del Estrés .....	57



2.3.2.1.4. El estrés y otros constructos psicológicos en el ámbito sanitario ..... 58

2.3.2.2. El Síndrome de Burnout ..... 61

2.3.2.2.1. Causas ..... 64

2.3.2.2.2. Consecuencias ..... 65

2.3.2.2.3. Aspectos epidemiológicos ..... 68

2.3.2.3. Violencia ..... 70

2.3.2.4. Acoso laboral - Mobbing ..... 75

CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS..... 86

3.1. Metodología..... 86

3.2. Tipo de Estudio..... 86

3.3. Hipótesis o Pregunta de Investigación ..... 87

3.4. Variables, indicadores..... 87

3.5. Población ..... 88

3.6. Métodos de recolección de datos ..... 88

3.6.1. Método de evaluación de factores psicosociales F-PSICO..... 88

3.6.1.1. Niveles de riesgo ..... 90

3.6.1.2. Aplicaciones del método ..... 90

3.6.1.3. Presentación de resultados ..... 91

3.6.2. Maslach Burnout Inventory MBI-HSS ..... 91

CAPITULO IV: RESULTADOS..... 94

4.1. Resultados de la aplicación del Método de Evaluación de Factores Psicosociales F-PSICO ..... 94

4.1.1. Datos Demográficos ..... 94

4.1.2. Tasa de respuesta..... 95

4.1.3. Principales Factores de Riesgo Psicosocial en los trabajadores ..... 96

4.1.4. Análisis del Cuestionario Maslach Burnout Inventory ..... 136



4.1.4.1.	Prevalencia del Síndrome de Burnout .....	136
4.1.4.2.	Análisis por Dimensiones .....	137
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....		156
5.1.	Limitaciones del Estudio.....	161
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		162
6.1.	Conclusiones .....	162
6.2.	Recomendaciones .....	163
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....		166
ANEXOS .....		170
Anexo 1: Método de Evaluación Factores Psicosociales. Cuestionario F-PSICO.....		170
Anexo 2: Relación de Factores Psicosociales.....		179
Anexo 3: Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey.....		180
Anexo 4: Programa informático en Excel para tratar datos del Cuestionario MBI.....		181



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Listado de Factores Organizacionales -----	27
Tabla 2	Factores de Estrés Psicosocial-----	28
Tabla 3	Desventajas asociadas al SB -----	66
Tabla 4	Variables-----	88
Tabla 5	Niveles de riesgo Factores Psicosociales-----	90
Tabla 6	Nivel de riesgo Burnout-----	93
Tabla 7	Información demográfica de los trabajadores -----	95
Tabla 8	Niveles de Riesgo Población Estudio -----	98
Tabla 9	Niveles de Riesgo Mujer -----	100
Tabla 10	Niveles de Riesgo Médicos Residentes -----	103
Tabla 11	Niveles de Riesgo Hombre/Médico Residente/-25-34 años -----	104
Tabla 12	Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo ----	106
Tabla 13	Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo ----	107
Tabla 14	Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/25-34 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible	110
Tabla 15	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera-----	112
Tabla 16	Niveles de Riesgo Auxiliar de Enfermería -----	113
Tabla 17	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	114
Tabla 18	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/16-24 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible -----	116
Tabla 19	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	117
Tabla 20	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Una parte fija obligada y una parte flexible -----	119
Tabla 21	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Tengo liberta para adaptar el horario de trabajo -----	121
Tabla 22	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/36-44 años/ Horario fijo de entrada y salida del trabajo -----	123
Tabla 23	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	124
Tabla 24	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	126
Tabla 25	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible -----	128
Tabla 26	Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	129
Tabla 27	Niveles de Riesgo Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	131



Tabla 28 Niveles de Riesgo Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible-----	133
Tabla 29 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	135
Tabla 30 Dimensiones del SB Enfermera afectada-----	136
Tabla 31 Nivel de Riesgo AE-Sexo-----	137
Tabla 32 Nivel de Riesgo DE-Sexo-----	139
Tabla 33 Nivel de Riesgo RP-Sexo-----	140





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama de la Clínica Santa Ana -----	23
Figura 2 Fases del Síndrome General de Adaptación de Selye-----	35
Figura 3 Esquema del estrés. -----	38
Figura 4 Dos interpretaciones de la secuencia temporal estímulo ambiental-emoción dolorosa -----	50
Figura 5 Proceso de valoración -----	52
Figura 6 Tipos de estrés según la duración de la exposición. Continua adaptación-patología. -----	55
Figura 7 A, Relación entre el factor estresor y la respuesta al mismo. B: tipos de respuesta al estrés. -----	58
Figura 8 Perfiles de Riesgos Psicosocial Población Total -----	96
Figura 9 Datos descriptivos F-PSICO -----	97
Figura 10 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer-----	100
Figura 11 Perfiles de Riesgos Psicosocial Residentes-----	102
Figura 12 Perfiles de Riesgos Psicosocial Hombres/Médicos Residentes/25-34 años-----	103
Figura 13 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Médico Residente/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo -----	106
Figura 14 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Residente/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	107
Figura 15 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Médico Residente//25-34 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible -----	109
Figura 16 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera-----	112
Figura 17 Perfiles de Riesgos Psicosocial Auxiliar de Enfermería -----	113
Figura 18 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	114
Figura 19 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/16-24 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible-----	115
Figura 20 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo-----	117
Figura 21 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermería/25-34 años/Una parte fija obligada y una parte flexible-----	119



Figura 22 Perfil de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/25-34 años/ Tengo libertad para adaptar el horario de trabajo----- 121

Figura 23 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/35-44 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo----- 122

Figura 24 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera 45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo----- 124

Figura 25 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo----- 126

Figura 26 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible----- 128

Figura 27 Perfiles de Riesgos Psicosocial Auxiliar de Enfermería/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo----- 129

Figura 28 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo ----- 131

Figura 29 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible----- 133

Figura 30 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/45-54 años/ Horario fijo de entrada y salida del trabajo----- 134

Figura 31 Síndrome de Burnout ----- 136

Figura 32 Dimensión AE----- 137

Figura 33 Dimensión AE-Mujer ----- 138

Figura 34 Dimensión AE-Hombre ----- 138

Figura 35 Dimensión DE----- 139

Figura 36 Dimensión DE-Mujer ----- 139

Figura 37 Dimensión DE-Hombre ----- 140

Figura 38 Dimensión RP-Sexo----- 141

Figura 39 Dimensión RP-Mujer ----- 141

Figura 40 Dimensión RP-Hombre----- 141

Figura 41 Dimensión AE/Mujer/16-24 años----- 142

Figura 42 Dimensión DE/Mujer/16-24 años----- 143



Figura 43 Dimensión RP/Mujer/16-24 años ----- 143

Figura 44 Dimensión AE/Mujer/25-34 años----- 143

Figura 45 Dimensión DE/Mujer/25-34 años----- 144

Figura 46 Dimensión RP/Mujer/25-34 años ----- 144

Figura 47 Dimensión AE/Hombre/25-34 años ----- 144

Figura 48 Dimensión DE/Hombre/25-34 años ----- 145

Figura 49 Dimensión RP/Hombre/25-34 años ----- 145

Figura 50 Dimensión AE/Mujer/16-24 años----- 146

Figura 51 Dimensión DE/Mujer/16-24 años----- 147

Figura 52 Dimensión RP/Mujer/16-24 años ----- 147

Figura 53 Dimensión AE/Mujer/25-34 años----- 147

Figura 54 Dimensión DE/Mujer/25-34 años----- 148

Figura 55 Dimensión RP/Mujer/25-34 años ----- 148

Figura 56 Dimensión AE/Mujer/35-44 años----- 148

Figura 57 Dimensión DE/Mujer/35-44 años----- 149

Figura 58 Dimensión RP/Mujer/35-44 años ----- 149

Figura 59 Dimensión AE/Mujer/45-54 años----- 149

Figura 60 Dimensión DE/Mujer/45-54 años----- 150

Figura 61 Dimensión RP/Mujer/45-54 años ----- 150

Figura 62 Dimensión AE/Mujer/55-64 años----- 150

Figura 63 Dimensión DE/Mujer/55-64 años----- 151

Figura 64 Dimensión RP/Mujer/55-64 años ----- 151

Figura 65 Dimensión AE/Mujer/45-54 años----- 153

Figura 66 Dimensión DE/Mujer/45-54 años----- 153

Figura 67 Dimensión RP/Mujer/45-54 años ----- 154

Figura 68 Dimensión AE/Mujer/55-64 años----- 154

Figura 69 Dimensión DE/Mujer/55-64 años----- 154

Figura 70 Dimensión RP/Mujer/55-64 años ----- 155



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

El Ing. Christian Henry Plaza Zumba, autor del trabajo de titulación "SÍNDROME DE BURNOUT Y OTROS RIESGOS PSICOSOCIALES EN MÉDICOS RESIDENTES, ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA SANTA ANA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 23 de enero de 2018.

---

Christian Henry Plaza Zumba

C.I: 0105326052



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

El Ing. Christian Henry Plaza Zumba en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "SÍNDROME DE BURNOUT Y OTROS RIESGOS PSICOSOCIALES EN MÉDICOS RESIDENTES, ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA SANTA ANA", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de enero de 2018.

---

Christian Henry Plaza Zumba

C.I: 0105326052



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Mgt. Saúl Jerves por la dirección del presente trabajo de investigación. A la Clínica Santa Ana por la apertura de sus instalaciones y a sus trabajadores por la colaboración prestada a esta investigación. Al Gerente Ing. Raúl Barzallo por su aprobación para llevar a cabo este trabajo de investigación.

Christian Henry Plaza Zumba



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis Padres, Manuel y Rosario quienes me han apoyado en todas las etapas de mi vida, a mi Hermano Israel que ha sido parte sustancial en mi vida y a mi Esposa Liliana quien ha sido pilar fundamental y apoyo incondicional en la consecución de este objetivo.

Christian Henry Plaza Zumba



## **ABREVIATURAS Y SIMBOLOGÍA**

TT: Tiempo de trabajo

AU: Autonomía

CT: Carga de trabajo

DP: Demandas psicológicas

VC: Variedad/Contenido

PS: Participación/Supervisión

ITC: Interés por el trabajador/Compensación

DR: Desempeño de rol

RAS: Relaciones y apoyo social

SB: Síndrome de Burnout

AE: Agotamiento Emocional

DE: Despersonalización

RP: Realización Personal

MBI: Maslach Burnout Inventory





## **Introducción**

Las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas han generado un nuevo contexto para las organizaciones laborales. Estos cambios en las características de la actividad laboral y de su contexto, han tenido importantes repercusiones en el sistema de trabajo y muy particularmente en las formas de organizarlo, lo que ha requerido de una gran capacidad de adaptación de los trabajadores (Hernández et al. 2004). En esta era de la globalización, en que la calidad, la eficiencia y la innovación son los pilares del crecimiento socioeconómico, del progreso empresarial e institucional, se requiere fortalecer el talento humano presente en las organizaciones de salud, para garantizar la calidad de sus servicios y las competencias que demanda el entorno. El trabajo sanitario se encuentra rodeado de altas demandas emocionales y laborales que influyen en la salud del personal sanitario, por lo que el tema de esta investigación tiene como objetivo principal determinar la presencia del Síndrome de Burnout y de factores de Riesgo Psicosociales, objetivos específicos; identificar, medir y evaluar los factores de riesgo psicosocial predominantes en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana y establecer la prevalencia de los efectos causados por los factores de Riesgo Psicosociales.

A partir de una serie de problemas que se generan día a día en la realización del trabajo como: Quejas de pacientes o familiares, descarga errónea de medicación, administración de medicamentos a destiempo o no administración de medicamentos, no registro de procedimientos adicionales, etc., los cuales generan consecuencias como; llamados de atención verbales y escritos (memos), multas, conflictos con pacientes o familiares, se busca establecer un diagnóstico de la situación actual de trabajo para pasar luego a una intervención que puede ser global o diferenciada.



El trabajo de Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería está expuesto a un gran número de riesgos laborales, siendo los factores de riesgo psicosocial los causantes de un enorme impacto en la calidad de vida de los mismos. El trabajo hospitalario que realizan los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería es una fuente de estrés y carga mental, por lo que no se puede prever cuándo una situación de trabajo es susceptible de originar en los trabajadores estados de estrés o fatiga mental.

El concepto teórico de factores psicosociales fue definido por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo.” Los riesgos psicosociales, según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, son “las condiciones presentes en una situación laboral, directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador”.

En 1981 Christina Maslach y Susan E. Jackson, definen el Síndrome de Burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”. Siendo éstas las tres dimensiones del SB: *(1) Agotamiento emocional. (2) Despersonalización. (3) Baja realización personal en el trabajo.*

Para la evaluación de factores psicosociales se utilizara el Método FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT), ya que es una



metodología ampliamente difundida a nivel mundial. Consta de 44 preguntas, algunas de ellas múltiples, de forma que el número de ítems asciende a 89. Ofrece información sobre 9 factores. Para determinar el Síndrome de Burnout se utilizará como instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI por sus siglas en inglés). Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

Es importante investigar el tema para poder determinar qué factores presentes en este trabajo deben modificarse para evitar consecuencias patológicas sobre la salud de los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería. Por ello, es importante identificar qué factores psicosociales están presentes en una determinada situación de trabajo, y valorar hasta qué punto puede contribuir a la satisfacción personal o, por el contrario, son susceptibles de influir negativamente en la salud de los trabajadores.

El servicio de salud en el Ecuador ha cambiado en los últimos años, con la transformación en los modelos de atención, la priorización de la APS (atención primaria de salud) y el aumento de la inversión en salud destinada a la capacitación del recurso humano sanitario e infraestructura. El fortalecimiento del sistema de salud, a través de la RIPS (Red integral pública de salud), ha estado alineado con el cumplimiento de los objetivos del milenio que buscan ofrecer una mejor calidad de vida a toda la población. En Ecuador y en específico en la ciudad de Cuenca son pocos los estudios que exponen la problemática referente a riesgos psicosociales en el trabajo, por lo que con los resultados obtenidos de esta investigación se podrá tomar acciones o medidas correctivas y establecer medidas preventivas respecto a los factores de la organización. Además constituirá un aporte teórico y práctico muy valioso y una guía de orientación para que otras personas desarrollen sus estudios.



## CAPITULO I: Descripción de la Clínica

### 1.1. Antecedentes

La "CLÍNICA SANTA ANA" de 1963, se inició con cuatro médicos, dos consultorios, seis pensionados, nueve medias pensiones, un quirófano, una sala de partos y una cuna para neonatos, un botiquín de emergencia y los servicios domésticos necesarios; al cumplir sus "Bodas de Oro" se ha transformado en el prestigioso "CENTRO MEDICO QUIRÚRGICO, SANTA ANA", que en la actualidad cuenta con cerca de 200 médicos especializados en las más diversas ramas de la medicina: 97 socios y alrededor de un centenar de asociados; con un Departamento de Enfermería; Hospitalización con 50 camas: 10 suites, 12 pensiones, ocho medias pensiones y las restantes repartidas en cuidados intensivos, pediatría y neonatología y emergencia; con una moderna unidad quirúrgico; con 78 consultorios repartidos en dos elegantes edificios; una botica abierta al público; rehabilitación, diálisis, endoscopías, electrocardiografía, electroencefalografía, laboratorios clínicos y de anatomía patológica, departamento de imágenes y muchos otros servicios anexos, sin descuidar la docencia e investigación, a cargo del Departamento de enseñanza, investigación y publicaciones.

La Clínica "Santa Ana", se fundó en base a principios de servicio y de solidaridad humana, de afán de progreso científico y técnico, de culto a la amistad en su más alta expresión, de mutuo respeto y consideración a los derechos y deberes de sus socios, principios que se conservan; porque la Clínica ha dado pruebas, con realidad sus servicio a la colectividad, sin caer en el mercantilismo, ha mantenido, mantiene aún, y quizás nunca pierda, el elevado nivel científico, técnico y ético, que le han colocado en un respetable lugar, ante el cuerpo médico y la sociedad a la que sirve.



La Clínica Santa Ana es una institución de Atención Médica de Especialidades, al servicio de la colectividad de Cuenca y el País, que brinda servicios de recuperación de la Enfermedad y protección de la Salud, con alto grado de responsabilidad social. Es una entidad de derecho privado que pertenece a la “Clínica Santa Ana Centro Médico Quirúrgico Sociedad Anónima”, que se constituye mediante escritura pública el cuatro de julio de 1970, inscrita en el registro mercantil de la ciudad de Cuenca; con el numero ciento treinta, el veinte y tres de noviembre de 1971. Siendo una Sociedad Anónima de nacionalidad ecuatoriana.

## **1.2.Misión**

“Clínica Santa Ana es una institución médica privada que brinda a sus clientes Servicios Integrales de Salud, con capacidad profesional, experiencia, vocación, calidad humana y tecnología moderna”.

## **1.3.Visión**

“Clínica Santa Ana es un centro médico al servicio de la salud, de gran prestigio a nivel regional, que genera Valor para sus Clientes e Inversionistas, y garantiza bienestar y desarrollo profesional a sus Colaboradores”.

## **1.4.Objetivos**

- Mantener el debido respeto a la dignidad del paciente.
- Garantizar seguridad en su equipamiento e instalaciones para atender al paciente.



- Mejorar continuamente las prácticas Clínicas Quirúrgicas, de acuerdo a la tecnología vigente.
- Procurar el acceso continuo y oportuno en la atención del paciente.
- Vigilar las competencias del recurso humano de la entidad.
- Procurar una rentabilidad adecuada, en su gestión institucional.

### **1.5. Valores Institucionales**

- Precio justo y Excelencia en el Servicio.
- Sentido de Pertenencia, Compromiso y Lealtad.
- Respeto, Tolerancia y Equidad.
- Honestidad.
- Solidaridad.

### **1.6. Organigrama**

En la figura 1 se encuentra el Organigrama de la Clínica Santa Ana, en el cual la población estudio pertenece al área operativa; Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería. Estas áreas dependen de la Dirección Médica.

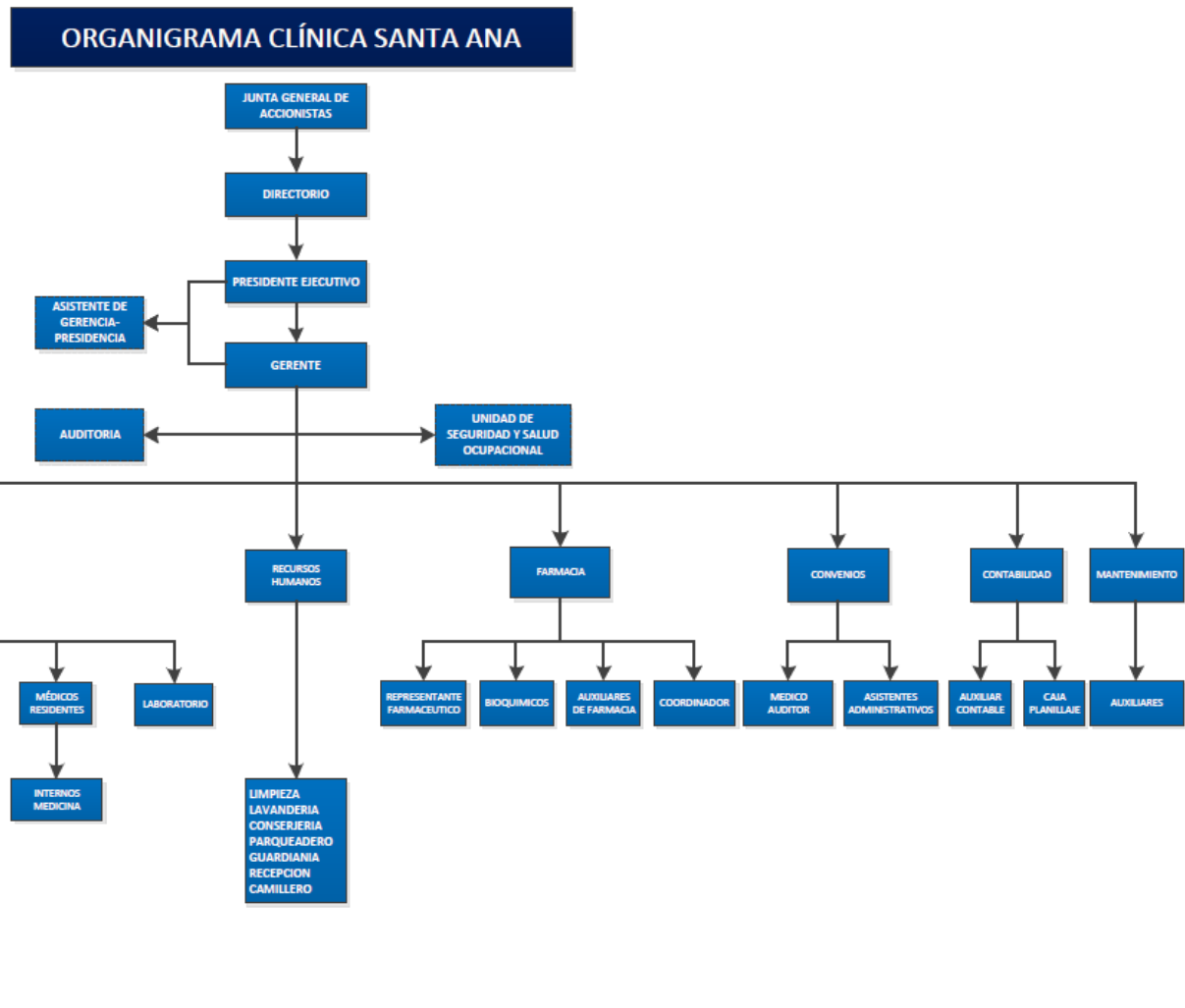


Figura 1 Organigrama de la Clínica Santa Ana  
 Autor: Christian Plaza



## Capítulo II: Riesgos Psicosociales

El estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral, no es nuevo, aunque si la importancia y reconocimiento que ha adquirido en los últimos años (EU-OSHA, 2002; Houdmont y Leka 2010; Leka y Houdmont, 2010; Näswall, Hellgren, Sverke, 2008). Como consecuencia de los importantes cambios en las organizaciones y de los procesos de globalización actual, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa, haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo (EU-OSHA, 2007).

Probablemente, hay hoy tres formas prevalentes de referirse a ellos: 1) factores psicosociales, 2) factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés y 3) riesgos psicosociales. Aunque son términos próximos entre ellos, sus referencias históricas y conceptuales son diferentes e incluso hay diferencias entre ellos que pueden ser notables. En la actualidad es frecuente hablar de unos y otros, a veces de forma intercambiable, sin establecer ninguna distinción. En este sentido parece oportuno tratar de establecer sus diferencias, aun reconociendo que son términos próximos y relacionados entre sí y que no siempre las diferencias resultan claras. Un enfoque histórico y conceptual puede ayudar a ello.

### **2.1.Los factores psicosociales: Historia del concepto**

Uno de los primeros documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control” documento publicado por la Organización Internacional del





Trabajo en 1984. Se constata en la publicación que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que consta una clara llamada de la Asamblea Mundial de la Salud para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores.

El concepto teórico de factores psicosociales fue definido por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo.”

En el documento, publicado originalmente en 1984, se comienza por reconocer la complejidad del tema “Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos” (OIT, 1986, p. 3). Por lo mismo, consideran que cualquier intento de definición tiene que ser amplio y complejo, al menos lo suficiente como para recoger su problemática global. Se propone como definición “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (OIT, 1986, p. 3)

Tales factores psicosociales pueden ser: la mala utilización de las habilidades, la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el



salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (OIT, 1986, p. 5).

Un segundo documento histórico relacionado con el tema es la obra “Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud, editado por la OMS y coordinado por Kalimo, El-Batawi y Cooper (1988). Se expone en el mismo que este tipo de factores provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y que está influenciado por los innumerables factores que afectan al trabajador. La complejidad del tema y la importancia del trabajador real serían los datos iniciales con los que debe afrontarse su estudio e investigación.

Si en la década de 1970 se alerta la sensibilidad acerca de la relevancia y los efectos que pueden tener los factores psicosociales, es en la de 1980 cuando se produce las primeras obras colectivas y oficiales, y comienzan a aparecer las primeras aproximaciones conceptuales al tema vinculándolos a los efectos de la organización sobre el trabajo y la salud (OIT, 1986; Kalimo et al. 1988). Tal como expone la tercera edición de la Enciclopedia de la Seguridad y Salud en el Trabajo (OIT, 1998), a partir de estos momentos la organización en el trabajo y los factores organizacionales se convierten en expresiones intercambiables para referirse a los factores psicosociales y sus efectos sobre la salud. Unas y otras expresiones se utilizan para referirse a los factores sociales que influyen la conducta y la salud de los trabajadores.

Carayon, Haims y Yang (2001) definen los factores psicosociales como las características percibidas del ambiente de trabajo que tienen una connotación emocional para los trabajadores y los gestores. Cox y Griffiths (1996), los definen como los aspectos del trabajo, de la organización y de la gestión laboral, y sus contextos sociales y organizacionales. Martín Daza y Pérez Bilbao las definen como aquellas condiciones que se encuentran presentes en



una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo (1997). Desde la perspectiva de un modelo de indicadores, Roozeboom, Houtman y Van den Bossche, (2008) identifican tales factores proponiendo una serie de indicadores organizacionales y laborales que se recogen en la Tabla N°1.

FACTORES ORGANIZACIONALES	
<b>Política y Filosofía de la Organización</b>	Relacion Trabajo-Familia Gestión de los Recursos Humanos Política de seguridad y salud Responsabilidad Social Corporativa Estrategia empresarial
<b>Cultura de la Organización</b>	Política de Relaciones Laborales Información Organizacional Comunicación organizacional Justicia Organizacional Supervisión/Liderazgo
<b>Relaciones Industriales</b>	Clima laboral Representación Sindical Convenios Colectivos
FACTORES LABORALES	
<b>Condiciones de empleo</b>	Tipo de contrato Salario Diseño de carreras
<b>Diseño del puesto</b>	Rotación de puestos Trabajo grupal
<b>Calidad en el trabajo</b>	Uso de habilidades personales Demandas laborales Autonomía y capacidad de control Seguridad física en el trabajo Apoyo social Horas de trabajo Teletrabajo

**Tabla 1 Listado de Factores Organizacionales**  
**Autor: Modificado de Roozeboom, Houtman y Van den Bossche, 2008.**

## 2.2. Factores psicosociales de riesgo o estrés

Cuando los factores organizacionales de las empresas y organizaciones son disfuncionales, es decir, provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés. Los factores psicosociales cuando son factores con probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del



trabajador son factores de riesgo (Benavides et al. 2002), es decir, cuando actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés laboral (Peiró, 1993). Desde este enfoque, los factores psicosociales de riesgo o de estrés se definirían como factores organizacionales con el riesgo de tener efectos negativos sobre la salud. Siguiendo la categorización de Cox y Griffiths (1996) cada una de las categorías principales puede dar lugar a innumerables factores psicosociales de riesgo o de estrés. La tabla N°2 recoge las opciones posibles.

FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL	
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido,, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo, y otros factores laborales..
Ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales falta de apoyo social
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual, bajo
Relación Trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia Bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración

**Tabla 2 Factores de Estrés Psicosocial**  
**Autor: Modificado de Cox y Griffiths, 1996.**

Tal como recogen Cox y Griffiths (1996), los efectos de los factores psicosociales de estrés pueden afectar tanto la salud psicológica como la salud física a través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés. En este contexto, se plantean dos marcos teóricos necesarios: elaborar los modelos de estrés laboral que puedan explicar el conjunto de factores psicosociales de riesgo o estrés, y establecer los mecanismos psicofisiológicos que establecen los nexos entre la percepción y experiencia subjetiva de estrés y las respuestas del organismo.



Los modelos de estrés laboral han tratado de desarrollar modelos teóricos de las principales fuentes de estrés procedentes del sistema organizacional, de su estructura y de su funcionamiento (Cox, Griffiths y Rial-Gonzalez, 2000; Cooper, 1998; Cooper, Dewe y Driscoll, 2001; Crandall y Perrewé, 1995). Aunque, debido a la misma multiplicidad de los estresores organizacionales, y el número de teorías de estrés es amplio, algunas de ellas son las más citadas y utilizadas (Kompier, 2003; Le Blanc, de Jonge y Schaufeli, 2000). Entre las diferentes propuestas, cuatro tienen un reconocimiento muy generalizado: el modelo de estrés organizacional de Michigan (Kahn, Wolfe, Snoeke y Rosenthal, 1964), el modelo de ajuste persona-entorno (French, Rogers y Cobb, 1974), el modelo de demandas-control (Karasek, 1979) y el modelo de esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996).

De forma paralela a la formulación de los modelos teóricos de estrés laboral, se han ido formulando los modelos que explican los efectos nocivos del estrés sobre la salud a través de la investigación básica y aplicada (Cooper y Dewe, 2004). Los primeros trabajos de Selye (1956) pusieron de manifiesto un síndrome general de adaptación vinculado al estrés. Otros estudios posteriores (Everly, 1989) hicieron patente la activación de ejes neurales, endocrinos y neuroendocrinos que suponían una preparación del organismo para la respuesta de lucha o huida o de resistencia a la amenaza y la agresión. Estudios posteriores han vinculado el sistema inmune a la respuesta de Estrés (Rabin, 1999; Sandin, 2001). Hoy día existe un común acuerdo en que la respuesta de estrés supone una modificación sistémica del organismo (McEwen, 2002; Martínez Plaza, 2007). La paradoja es que la respuesta que prepara al organismo para mantener su salud puede conducirlo a la enfermedad (Selye, 1975).

Complementariamente, en el ámbito laboral se comprobaba una estrecha asociación entre los factores psicosociales de riesgo y el daño a la salud. El estrés relacionado con el trabajo



(work-related stress) sería el agente psicofisiológico mediador entre los problemas laborales organizacionales y los problemas de salud, físicos y mentales (Cox, Griffiths y Rial-Gonzalez, 2000). El modelo inicial de Levi, (1971, 1981) establecía la correspondencia entre los estresores psicosociales, organizacionales y los problemas de salud mediante la intervención del programa biológico del organismo. De aquí la importancia de evaluar factores psicosociales (Moncada y Llorens, 2006; Nogareda y Almodóvar, 1997; Oncins y Almodóvar, 2006) como determinantes de la salud de los trabajadores.

### **2.2.1. Características de los factores psicosociales de riesgo**

Los factores de riesgo psicosocial tienen características propias:

- Se extienden en el espacio y el tiempo.
- Dificultad de objetivación
- Afectan a los otros riesgos
- Tienen escasa cobertura legal
- Están moderados por otros factores
- Dificultad de intervención

### **2.3.Los Riesgos Psicosociales**

Un riesgo psicosocial laboral es el hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes. Los riesgos psicosociales, a diferencia de los factores psicosociales, no son condiciones organizacionales sino hechos,



situaciones o estados del organismo con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma importante.

Los riesgos psicosociales son contextos laborales que habitualmente dañan la salud en el trabajador de forma importante, aunque en cada trabajador los efectos puedan ser diferenciales. En este sentido los hechos, situaciones o contextos que se propongan como riesgos psicosociales laborales tienen que tener una clara probabilidad de dañar a la salud física, social o mental del trabajador (WHO, 1990) y hacerlo de forma importante. Por ejemplo, la violencia en el trabajo o el acoso laboral, habitualmente propuestos como tales, parecen serlo. Característica de los riesgos psicosociales es que son riesgos con probabilidades altas de causar daños importantes. Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y mayor probabilidad de ser más graves.

Este planteamiento no disminuye la importancia de los factores psicosociales, ni de los factores psicosociales de riesgo o estrés, sino que los enmarca en el concepto más global y básico de riesgos laborales y sus posibles efectos negativos para la salud (I-WHO, 2008; Griffiths, 1999). Los efectos negativos de los factores psicosociales de estrés, por ejemplo el ritmo del trabajo, pueden en algún caso ser altos, mayores incluso que los resultantes de la violencia o el acoso, pues depende de la intensidad de la respuesta de estrés y su mantenimiento en el tiempo, pero la probabilidad de ello es baja, de la misma manera que un riesgo menor puede en ocasiones causar un daño mayor.

Desde este planteamiento, los factores psicosociales, pueden afectar positiva o negativamente a la salud, los factores psicosociales de estrés pueden afectar negativamente a la salud, habitualmente de forma menor y los riesgos psicosociales suelen generalmente tener



consecuencias importantes para la salud. Los riesgos psicosociales laborales se conceptualizan como tales porque afectan habitualmente de forma importante a la salud.

Los riesgos psicosociales laborales no son autónomos sino que tienen sus antecedentes en los factores psicosociales de riesgo. El acoso laboral, el acoso sexual o la violencia general tienen sus antecedentes en los factores psicosociales de riesgo o estrés. Pero los riesgos psicosociales no pueden ser reducidos a sus antecedentes, no son la suma lineal de ellos, sino que tienen un valor situacional y contingencial propio que no agota su varianza en sus antecedentes lógicos y empíricos. Eso supone que el estrés, la violencia, o el acoso no pueden ser evaluados sólo a través de sus antecedentes sino que debe hacerse a través de indicadores propios directos, lo que supone su evaluación directa.

### **2.3.1. Características de los riesgos psicosociales**

- **Afectan a los derechos fundamentales del trabajador**

Los riesgos psicosociales no se refieren a aspectos marginales o secundarios de las condiciones organizacionales del trabajo, sino a elementos básicos de sus características de ciudadano que trabaja, de su dignidad como persona, de su derecho a la integridad física y personal, de su derecho a la libertad y de su derecho a la salud positiva y negativa. Los riesgos psicosociales más citados, y generalmente más admitidos como tales, como la violencia y el acoso laboral o sexual son atentados a la integridad física, personal, a la dignidad del trabajador o su intimidad, elementos propios de los derechos fundamentales de los trabajadores.





- **Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador**

Los efectos de los factores psicosociales de riesgo actúan sobre la salud del trabajador a través de los mecanismos de la respuesta de estrés (Levy, 1981). Tal como lo recoge la OIT (1986) y la OMS (Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1987), tales respuestas están fuertemente mediadas por los mecanismos de percepción y contextuales, es decir los efectos sobre la salud del trabajador de los factores psicosociales de estrés son principalmente moduladores.

- **Afectan a la salud mental de los trabajadores**

Los riesgos psicosociales tienen repercusiones en la salud física de los trabajadores, pero tienen especialmente repercusiones notables en la salud mental de los trabajadores. Aunque no pueda hacerse una diferenciación neta, los riesgos psicosociales, por su propia naturaleza, afectan de forma importante y global a los procesos de adaptación de la persona y su sistema de estabilidad y equilibrio mental. Los datos actuales indican que la ansiedad, la depresión además de otros indicadores de mala salud mental están asociados a la exposición a los riesgos psicosociales (Cox, Griffiths y Leka, 2005; Cox y Rial-Gonzalez, 2000).

- **Tienen formas de cobertura legal**

La importancia real de los riesgos psicosociales, su alta incidencia y la relevancia de sus consecuencias en la salud de los trabajadores ha obligado al desarrollo de una cobertura legal inicial y al desarrollo de una jurisprudencia sobre el tema. Mientras que los problemas ocasionados por los problemas generados por los factores psicosociales de estrés han estado



abordados de una forma genérica, existe actualmente una legislación incipiente que atiende al estrés, la violencia y el acoso, como casos más claros.

### **2.3.2. Principales riesgos psicosociales**

A continuación se exponen los más reconocidos como tales y algunos otros que tienen un cierto consenso como riesgos importantes en el ámbito laboral y a los que se reconoce importantes consecuencias en la salud y calidad de vida de los trabajadores.

#### **2.3.2.1.El estrés**

El término “estrés” o *Síndrome General de Adaptación* fue introducido en Medicina a partir de los trabajos de Hans Selye (1936), médico y fisiólogo de nacionalidad austrohúngara (1907-1982). Sus experimentos iniciales se centraban en las hormonas sexuales mediante la inyección de extracto de ovario en ratas. Los principales hallazgos incluían hipertrofia de la corteza adrenal, atrofia del sistema retículo endotelial y úlceras digestivas, obteniendo los mismos resultados con otro tipo de extractos como placenta o hipófisis. Selye decidió exponer a las ratas a condiciones adversas como temperaturas extremas, traumatismos, fármacos o ejercicio físico intenso. Los resultados fueron idénticos a los obtenidos con los extractos de ovario, placenta e hipófisis y se tradujeron en una publicación en el *British Journal Nature* en 1936 titulada *Un síndrome producido por diversos agentes nocivos*. Aquí se planteaba que, independientemente del estímulo nocivo al que el animal fuera sometido, la respuesta orgánica era siempre la misma. Además esta reacción provocaba un esfuerzo por parte del sujeto de adaptarse a la situación adversa. Lo cual Selye denominó *Síndrome General de Adaptación*, (Figura N°2) y lo estructuró en tres fases:



- Fase 1 o fase de reacción de alarma: se da en un primer momento de choque donde se desencadena un estado de hipertensión arterial, taquicardia, taquipnea, midriasis, hipotermia, hemoconcentración, disminución de la diuresis, hipocloremia, hiperpotasemia, piloerección y linfocitosis.
- Fase 2 o fase de resistencia: como consecuencia de un estímulo estresante mantenido se produce una adaptación de los mecanismos orgánicos de compensación.
- Fase 3 o fase de agotamiento: esto tiene lugar cuando la capacidad del organismo ha sido superada por un exceso de demanda hacia el individuo. Debe tenerse en cuenta que si el estímulo amenazante es persistente, el proceso puede llevar a enfermedades graves e incluso la muerte.



**Figura 2 Fases del Síndrome General de Adaptación de Selye**  
**Fuente: Melgosa J. Sin Estrés. 1ª ed. España: SAFELIZ; 1999.**

En 1970, McGrath aportó otra definición que tiene gran aceptación en la comunidad científica y fue: *“el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esa demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”*.



Esta definición hace referencia a un proceso homeostático que es resultado del balance entre las demandas de la realidad y la capacidad de respuesta del individuo, siendo modulado este balance por la percepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo.

La Comisión Europea define el estrés laboral como “un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos” (2002, p. 7). Shirom (2003) diferencia dos tipos de estrés laboral: 1) cuando las demandas laborales superan los recursos del trabajador, 2) cuando el trabajador se ve expuesto a eventos críticos. En el primer caso se produce un efecto de desajuste, en el segundo un efecto de descompensación, especialmente si la exposición es a estresores intensos o agudos. En este sentido, el estrés como riesgo psicosocial no consiste en las respuestas propias de las situaciones de tensión, que es una respuesta de alerta del organismo, ni tampoco en el conjunto de ellas sino que es un estado de agotamiento del organismo que dificulta de forma importante las respuestas funcionales y adaptativas del organismo y la persona. Como tal, produce un deterioro global e importante en el rendimiento del trabajador y en la misma organización laboral como totalidad. Precisamente por ello ha sido considerado como “el lado oscuro del trabajo” (Holt, 1982). De este modo, debe ser evaluado directamente y no sólo como efecto.

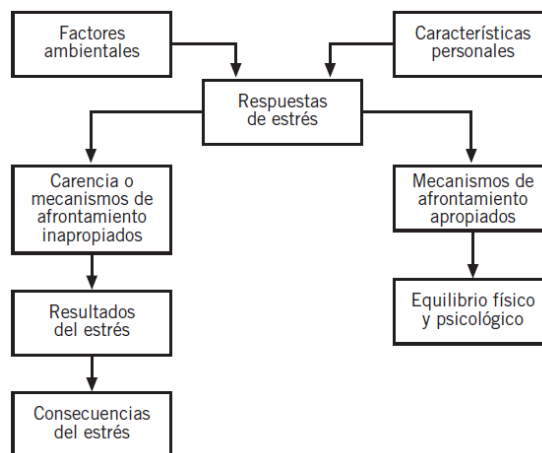
El estrés es la categoría general de respuesta del organismo a las amenazas que recibe (Selye, 1956), y a las percepciones de riesgo que sufre (Mason, 1971), y que puede tener diferentes modalidades (Campbell y Singer, 1987) y no sólo una respuesta genérica a los factores que suponen una dificultad, un reto o una amenaza.



Es importante atender a las formas que pueden adoptar la respuesta de estrés pues resultan relevantes para su aplicación posterior al ámbito laboral. Dos son las formas principales, el estrés crónico (Lazarus y Folkman, 1986, 2000) y el estrés temporal (Holmes y Rahe, 1967). Tanto uno como otro tienen marcadas consecuencias en la salud, resultado del agotamiento del organismo en la respuesta para solucionar los problemas o las amenazas. También se ha reconocido modalidades complementarias que aluden a la intensidad de la respuesta, como es la respuesta de estrés agudo (Bryan y Harvey, 2000), debida a la intensidad del problema y al esfuerzo que debe hacer el organismo para responder a ella, y la respuesta de estrés postraumático en el que se mantiene o incluso se amplía el nivel de la respuesta en el tiempo (Friedman, Keane y Resick, 2007). Todas estas formas tienen su correspondencia en el marco laboral.

No se puede exponer la naturaleza y las formas que adopta el estrés sin referirse a la relevancia que tiene en el proceso la persona que sufre el estrés. El modelo transaccional (Lazarus y Folkman, 1986) expone la importancia que tienen la moderación o mediación de las variables personales, psicológicas y orgánicas en la respuesta al estrés. La respuesta de cada persona a las fuentes de estrés es personal, diferente en cada uno, tanto en sus modalidades como en su intensidad. El modelo de Hobfoll (1989) sobre el mantenimiento de los recursos de la persona insiste igualmente en los procesos medicinales. Resultado de estos enfoques conceptuales, el estrés es definido como un patrón de reacciones que se produce cuando los trabajadores encuentran demandas de trabajo que no se corresponden con sus conocimientos, destrezas o habilidades y que cuestionan su capacidad para hacerles frente (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

El estrés está determinado por las situaciones potencialmente estresantes, o factores ambientales, junto a las características personales del individuo que valora la situación y los recursos de que dispone para afrontarla. Del resultado de esa valoración dependerá la experiencia subjetiva de estrés y la consiguiente puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento. Cuando las estrategias de afrontamiento puestas en marcha no son adecuadas, el individuo presentará alteraciones fisiológicas y del comportamiento que pueden dar lugar, si la situación persiste, a deterioros más o menos permanentes en la salud de la persona. Así, el estrés laboral puede definirse como “una desfavorable interacción entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a perturbaciones psicológicas y comportamientos malsanos, y finalmente a la enfermedad”. En la figura N°3 se presenta el esquema de estas interrelaciones, que desarrollamos a continuación.



**Figura 3 Esquema del estrés.**  
**Fuente: Estrés laboral en el medio sanitario**

### ➤ Factores ambientales

En el medio laboral se ha definido un gran número de factores susceptibles de provocar estrés. En líneas generales, las situaciones potencialmente estresantes pueden ser situaciones



altamente traumáticas (pérdida del empleo), importantes, pero que necesitan de una exposición prolongada (posibilidad de quedarse sin empleo) o sucesos menores pero reiterados (pequeños pero continuos conflictos interpersonales).

Por otro lado, las situaciones potencialmente estresantes además de negativas también pueden suponer mejoras que, sin embargo, conllevan algún elemento amenazante (ascensos), y no están relacionadas invariablemente con los excesos; los déficit también pueden resultar impactantes para la persona afectada (monotonía, falta de tareas). Teniendo en cuenta lo dicho y siguiendo a Cooper y Davidson, podemos clasificar los factores susceptibles de provocar estrés en el medio laboral en cinco niveles, que describimos a continuación.

➤ **Factores inherentes al puesto de trabajo**

- **Ergonómicos:** Los profesionales de la salud se encuentran en su medio laboral con riesgos de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, escasa calidad del aire, radiaciones, etc.), químico (gases anestésicos, etc.), biológico (infecciones virales y bacterianas) y relacionados con la fatiga (riesgos posturales, cargas excesivas, etc.), así como disposiciones de espacio físico (ausencia de intimidad, hacinamiento) y de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo (pantallas de ordenador, equipos e instrumentos inadecuados, deficiencias de mantenimiento), susceptibles de convertirse en fuentes de estrés.
- **Trabajo por turnos y nocturno:** El trabajo por turnos y nocturno, muy frecuente en este medio, influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (temperatura corporal, índice metabólico y concentración de azúcar en sangre, eficiencia mental,



etc.) pudiendo dar lugar a problemas de sueño y fatiga, siendo valorado por los profesionales como una importante fuente de estrés. Además, es frecuente que los trabajadores sometidos a este régimen se quejen de aislamiento social, puesto que es difícil mantener una vida familiar y social normal en estas circunstancias.

- **Adecuación de demandas:** El trabajo puede considerarse excesivo tanto cuantitativamente (exceso de tareas en un determinado período o gran número de horas de trabajo) como cualitativamente (excesiva demanda con relación a la preparación y habilidades del trabajador o gran nivel de responsabilidad en la toma de decisiones clínicas); en ambos casos pueden presentarse disfunciones del comportamiento (como hábito tabáquico o consumo de alcohol) y otros síntomas relacionados con el estrés, siendo éste uno de los aspectos peor valorados por el personal sanitario. Por otro lado, la falta de tareas durante la jornada laboral o la realización sistemática de tareas rutinarias y aburridas con relación a las competencias del trabajador, que en ocasiones pueden ser bruscamente interrumpidas por emergencias, pueden tener efectos nocivos sobre la salud y reducir la capacidad de reacción ante situaciones anormales.
- **Uso de nuevas tecnologías:** La incorporación en el trabajo de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado (como la cada vez más frecuente informatización de los puestos de trabajo clínicos), y que introducen nuevas formas de organización, también pueden producir estrés.





➤ **Función en la organización**

- **Estrés de rol:** La función o el rol que la persona desempeña en su trabajo puede ser una importante fuente de estrés laboral. Este estrés puede deberse tanto a la ambigüedad (el trabajador no sabe qué se le está exigiendo) como al conflicto de las funciones (las exigencias son contradictorias o incompatibles entre sí).

➤ **Desarrollo de la carrera profesional**

- **Los ascensos:** que en principio constituyen una situación positiva, pueden suponer para el sujeto un sobreesfuerzo físico y mental: más horas de trabajo, una mayor responsabilidad, conflictos interpersonales, realización de tareas para las que falta experiencia, etc., pudiendo resultar altamente estresantes. Por otro lado, los ascensos insuficientes o inexistentes propician la aparición de sentimientos de insatisfacción, de fracaso y pueden estar relacionados con alteraciones fisiológicas y conductuales.
- **La inestabilidad en el trabajo:** está relacionada con falta de compromiso con la organización, así como con trastornos físicos y mentales. Además, en situaciones de falta de estabilidad en el puesto de trabajo las personas están más predispuestas a aceptar condiciones ambientales menos adecuadas, sobrecarga de trabajo, etc., que añaden más experiencias estresantes a la ya existente de la inestabilidad.
- **Pérdida del puesto de trabajo:** La pérdida del empleo, además de tener un importante impacto negativo en las relaciones familiares y sociales, está



considerada como un acontecimiento de naturaleza muy grave, generador tanto de problemas físicos como psíquicos.

➤ **Relaciones laborales**

- **Relaciones con compañeros:** La relación con compañeros de trabajo es una variable habitualmente muy valorada, y es un factor central de la salud personal y organizacional. En este sentido, el apoyo social percibido supone un importante amortiguador de las experiencias estresantes. Por el contrario, la ausencia de contacto con otros trabajadores o la ausencia de colaboración entre ellos puede producir elevados niveles de tensión y estrés entre los miembros del grupo.
- **Relaciones con supervisores:** El estilo de supervisión, el tipo de trato, la comunicación, la capacidad de planificación, etc. son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión de los empleados.
- **Relaciones con subordinados:** Tener la responsabilidad del trabajo de otras personas también puede suponer estrés, especialmente cuando se quiere combinar un estilo de dirección centrado en los resultados que además tenga en cuenta a los trabajadores. En lo que se refiere a las relaciones con compañeros, supervisores o subordinados, un generador de estrés particularmente importante es el mobbing. Este término hace referencia a las situaciones en las que un empleado, de modo frecuente y durante un período superior a 6 meses, es amenazado y acosado por compañeros, subordinados o superiores, con el fin de obligarle a que abandone su trabajo.



- **Relaciones con pacientes:** Muchos estudios han demostrado que las profesiones de carácter asistencial, en las que se prestan servicios y ayuda a otras personas, son las más proclives al estrés. El estrés cronificado, que generalmente se presenta después del primer año de trabajo, es lo que se denomina “síndrome de burnout” (SB), “síndrome del desgaste profesional” o “síndrome de estar quemado”, y está caracterizado por cansancio emocional (pérdida de energía, desgaste, cansancio, fatiga, etc.), despersonalización (irritabilidad, actitudes negativas y respuestas impersonales hacia los pacientes) y falta de realización personal (respuestas negativas hacia sí mismo y sentimientos de inadaptación ante las tareas que se tienen que realizar). Esta situación de insatisfacción y frustración tiene consecuencias negativas, tanto para la organización como para el sujeto que la padece. En lo que respecta a la organización, puede dar lugar a deterioros en la calidad asistencial, favorecer los errores diagnósticos, está asociada a absentismo, rotaciones excesivas, bajas por enfermedad, etc., e incluso abandono del puesto de trabajo. Además, existe una elevada correlación entre los síntomas del burnout y la insatisfacción de los pacientes. Por el contrario, cuanto mayor es la satisfacción del personal sanitario con su trabajo mejor es la valoración de los pacientes respecto al conjunto de la atención médica que reciben. En lo que se refiere al sujeto, puede afectar a su salud física y mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas, estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, tabaquismo, etc.

➤ **Estructura y atmósfera institucionales**

- **Características estructurales de la organización:** Determinadas características organizacionales, como pueden ser la centralización en la toma de decisiones, la



formalización de los procedimientos, estilos de supervisión muy directivos, etc., pueden resultar estresores relevantes.

- **Falta de autonomía en el trabajo:** Los bajos niveles de control en el trabajo pueden ser resultado de las características físicas del diseño del puesto, de la estructura organizacional y de aspectos psicosociales del ambiente laboral. Peiró distingue entre control intrínseco (posibilidades del propio sujeto para planificar su trabajo, determinar procedimientos a utilizar, etc.) y control extrínseco (política empresarial, salarios, incentivos, beneficios sociales, etc.). En el primer caso, los niveles de autonomía bajos están asociados a síntomas somáticos, absentismo y movilidad laboral. Por el contrario, la mayor participación da lugar a mayor rendimiento y productividad, menor tasa de rotación del personal y niveles más bajos de trastornos físicos y mentales, siempre que el individuo tenga las habilidades necesarias para hacer uso de esas oportunidades de control. En lo que respecta al control extrínseco, éste parece menos relacionado con la salud mental, aunque es valorado y deseado por los trabajadores.

#### ➤ **Características personales**

Los factores ambientales mencionados anteriormente, con ser importantes, no son condición suficiente para producir estrés, ni permiten tampoco predecir la duración, la intensidad o los efectos sobre la salud de las personas. Como ya hemos mencionado, la experiencia subjetiva de estrés está mediatizada por una serie de variables personales que tienen un papel determinante a la hora de establecer los recursos físicos y psicológicos que el



sujeto puede utilizar para responder a las demandas del medio. Podemos dividir estas variables personales en dos grandes grupos:

➤ **Factores biológicos/demográficos**

- **Edad:** La relación entre edad y estrés es compleja. En general, se ha observado que en los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc. Sin embargo, los individuos de más edad tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en muchos casos, la disminución en su capacidad de trabajo.
- **Sexo:** Aunque no hay unanimidad sobre el tema, la experiencia de estrés en los trabajadores parece más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas. En este sentido, puede destacarse como ejemplo el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas.
- **Situación familiar:** La familia puede ser en muchos casos una fuente de estrés y en otros muchos un importante apoyo. Sin embargo, aunque hasta ahora no ha sido posible establecer una relación causal, parece que el apoyo social, o ayuda real o percibida por el individuo en sus relaciones interpersonales, influye de manera



importante en la salud de las personas y podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés. A pesar de lo mencionado, y en líneas generales, podemos afirmar que los mayores niveles de estrés, fundamentalmente por sobrecarga, se van a encontrar en las parejas de doble carrera para las que es tan importante el trabajo como la atención de la familia.

➤ **Factores afectivo/cognitivos**

- **Patrón de conducta tipo A:** Desde principios de los años sesenta se comprobó que las personas con un determinado patrón de comportamiento presentaban un riesgo significativamente mayor de sufrir cardiopatías coronarias. Este patrón de conducta, denominado tipo A, se caracteriza por impaciencia, velocidad excesiva, competitividad, compromiso excesivo con el trabajo, hostilidad y agresividad. Estas características suponen la necesidad de solucionar con máxima urgencia las situaciones, de imponerse un volumen de trabajo excesivo, de trabajar solos bajo situaciones agudas de estrés (con la consiguiente insatisfacción respecto a subordinados y sensación de incompreensión respecto a supervisores), de disgusto ante las interrupciones, etc., aumentando el valor de las situaciones potencialmente estresantes, en especial cuando los recursos de afrontamiento son deficientes. La presencia del patrón de conducta tipo A puede favorecer, en determinados contextos, una rendimiento laboral más alto con resultados favorables a corto plazo para la persona y la organización.



Esta circunstancia supone un refuerzo importante para la consolidación de esta conducta; sin embargo, a largo plazo, como ya hemos comentado, puede provocar deterioros importantes en la salud de las personas y considerables déficit en su rendimiento.

- **Locus de control:** En general, las personas pueden tener una mayor o menor creencia de control sobre su entorno. Rotter formuló el concepto de locus de control interno para referirse a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo, y locus de control externo para la creencia de que esos acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Estas creencias suelen ser relativamente estables y tienen importantes implicaciones en el rendimiento y el bienestar en el trabajo. Las personas con locus de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas. Su experiencia, por tanto, resulta menos amenazante ante los estresores que la de las personas con locus de control externo, más propensos al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral. Sin embargo, en actividades de carácter repetitivo, o donde es poco probable que se pueda ejercer algún control, las personas con locus de control externo mostrarán menos síntomas de malestar.

➤ **Proceso de apreciación**



"El estrés y la tensión surgen de las interacciones que se dan entre unas percepciones del individuo sobre el entorno, la personalidad, la amenaza experimentada y la conducta como respuesta a la amenaza" (Fineman, 1979).

En varios estudios se ha constatado la extraordinaria importancia que adquieren los mecanismos de recopilación cognitiva (percepción, interpretación, evaluación) en la generación del estrés. Estos mecanismos de apreciación favorecen un determinado tipo de razonamiento que lleva asociada la correspondiente alteración emocional.

La percepción es una compleja función psíquica que elabora los datos sensoriales llegados a la conciencia por medio de los sentidos. No solamente hace referencia a la percepción que el sujeto tiene del medio a partir de datos sensoriales, sino también la percepción que tiene el sujeto de sí mismo (de sus capacidades, deseos...). En cualquier caso, la percepción está influenciada por una serie de factores ligados a la historia personal del sujeto (experiencia, formación, sensibilidad). Estos aspectos de carácter emocional afectan al contenido percibido que asimilamos. De la fidelidad que uno tenga en sus percepciones depende en gran medida su adaptación a la realidad.

La interpretación y la evaluación son funciones mediante las que, a partir de la observación de las circunstancias o el contexto que rodean a una situación, se busca o intenta explicar la importancia o el significado de esa situación; esto nos permite obtener un juicio acerca del carácter de esa situación.

La apreciación que tenemos de una situación depende de ciertos aspectos actuales que la contextualizan en el momento presente. Por otra parte, existen ciertos factores ligados a la





historia personal del sujeto (experiencia, formación, sensibilidad, características de personalidad...) que conformarán una peculiar forma de percibir e interpretar la realidad; son los estilos cognitivos. Éstos arraigan en el sujeto de forma muy consistente y a partir de ellos se explica en gran medida las diferencias en la forma de apreciar la realidad entre sujetos que están en una misma situación. Existe además una forma de apreciación anticipatoria o prospectiva sobre las posibles consecuencias de nuestras conductas y en general sobre nuestro porvenir, que también va a influir en la forma en la que el sujeto va a apreciar la realidad actual.

El proceso de apreciación a partir de la información obtenida de la relación que se establece entre demandas-ofertas del entorno y características-demandas de la persona ofrece una valoración positiva (situación motivadora, estrés, ajuste, equilibrio) o una valoración negativa (emoción dolorosa, distrés, desequilibrio) de esa situación y orienta al individuo en la elaboración de las respuestas específicas para enfrentarse a esa situación.

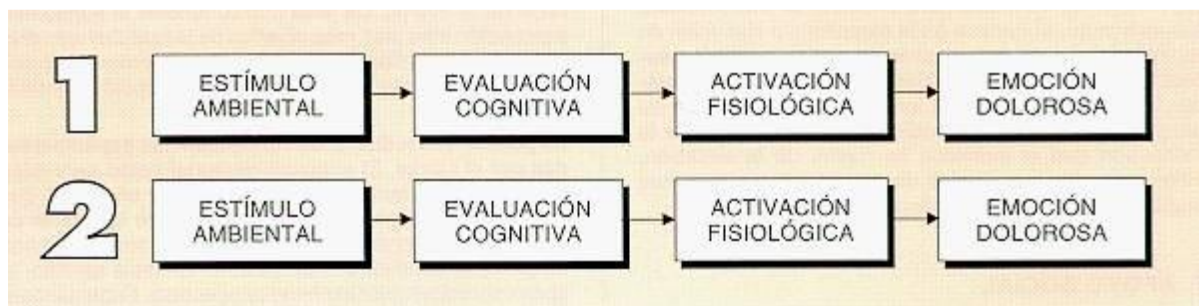
➤ **Proceso de respuesta**

En general, ante un cambio de situación que afecte al individuo (PRESIÓN) se desencadena una reacción orgánica (TENSIÓN). Así, cuando cualquier estímulo suponga un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno se produce un estado de alerta, de movilización, de preparación para controlar este cambio de situación.

En este sentido, esta activación no tiene en sí misma un carácter negativo. El sujeto no responde específicamente ante cualquier demanda, es decir, no considera la naturaleza del

estímulo (sea positivo o negativo) sino que se da una reacción orgánica y psicológica común ante cualquier estímulo, a la que denominaremos "respuesta no específica".

Con respecto a la secuencia temporal y causal seguida entre la respuesta no específica (activación fisiológica) y el proceso de apreciación (evaluación cognitiva) existen divergencias entre varios autores (figura N°4).



**Figura 4 Dos interpretaciones de la secuencia temporal estímulo ambiental-emoción dolorosa**  
Fuente: NTP 318.

En la generación del estrés, según algunos autores (BECK, ELLIS, LAZARUS), un estímulo ambiental produce una evaluación cognitiva negativa, a la que sucede una activación fisiológica y la consecuente ansiedad como emoción dolorosa. Según esto, lo que pensamos precede a lo que sentimos.

Según otros (SCHACHTER, VALIAS), un estímulo ambiental produce una activación fisiológica, seguida de una interpretación negativa de dicha activación y finalmente una emoción dolorosa.

Aunque estos dos esquemas discrepan sobre cómo y cuándo interactúan los aspectos físicos y psíquicos, sin embargo coinciden en considerar como elemento fundamental en la



generación del estrés, el aspecto cognitivo (lo que pensamos de los sucesos internos y externos).

En realidad, parece que la respuesta no específica varía en magnitud en función del estímulo y de la evaluación cognitiva que se haga de él, no así en el contenido de esa activación (movilización física, reacción de alarma...) que siempre será igual independientemente del estímulo o de la evaluación cognitiva que de aquél se haga. La respuesta total a una situación tiene un componente no específico, al que nos hemos referido, y un componente específico. La respuesta específica consiste en una serie de conductas concretas para enfrentarse a la situación, a diferencia de la respuesta no específica, que tiene un carácter preparatorio. Así, se ponen en acción una serie de mecanismos psicológicos y conductuales de un carácter muy diverso y variado, ya que esta respuesta no se produce automáticamente, y variará su magnitud y su contenido en función de la naturaleza de la demanda (qué se nos requiere), en función de la apreciación que el individuo haga de ese estímulo y en función también de ciertas capacidades del sujeto como, por ejemplo, la capacidad de reproducir experiencias y conocimientos adquiridos anteriormente (memoria), la capacidad de encontrar nuevas soluciones a un problema (creatividad), la capacidad para desarrollar el pensamiento según estructuras lógicas (razonamiento), etc.

El objetivo último de este proceso ante una determinada situación es la de proteger al individuo de ser dañado tanto psicológicamente como fisiológicamente (figura N°5).



**Figura 5 Proceso de valoración**  
**Fuente: NTP 318.**

Las respuestas "internas" y "externas" están relacionadas. El fracaso en las respuestas defensivas (valoración negativa, emoción dolorosa...) desencadenará la aparición de la sintomatología asociada al estrés y mermará la capacidad del individuo para enfrentarse a la realidad. Por otra parte, el fracaso en la elección y/o ejecución de las respuestas de enfrentamiento con la realidad (respuestas inadecuadas a las demandas) aportará información al individuo sobre los ineficaces resultados de su acción y posiblemente modificará de forma negativa la valoración que el individuo ha hecho de la situación, incrementando sus niveles de estrés y mermando sus respuestas defensivas o adaptativas.

#### **2.3.2.1.1. Efectos del Estrés**

Cuando el estrés persiste, u ocurre repetidamente, puede tener varios efectos negativos sobre los trabajadores y las compañías para las que trabajan.

- **Efectos sobre los trabajadores:** el estrés relacionado al trabajo puede conducir a diversos problemas de salud que afectan la salud fisiológica y psicológica, así como el proceso cognitivo y las conductas del trabajador. No se debe cometer el error de pensar en los riesgos psicosociales y organizacionales como meros riesgos a las salud psicológica (Cox, 1993). Las ausencias por enfermedad debidas a problemas



de salud mental, músculo esquelético o cardiovascular pueden ser el resultado, y la incapacidad laboral o la muerte pueden ser eventualmente la consecuencia.

- **Efectos sobre las compañías:** el estrés relacionado con el trabajo puede afectar el desempeño corporativo debido a los costos asociados con un creciente ausentismo y rotación de personal, reducción en el desempeño y productividad, aumento en las prácticas laborales inseguras y en las tasas de accidentes, aumento en las quejas de clientes, sustitución de trabajadores ausentes, adiestramiento de trabajadores sustitutos y otros.

#### 2.3.2.1.2. Clasificación

El estrés se puede clasificar teniendo en cuenta tres variables fundamentales: la duración de la exposición al agente estresante, la etiología y el impacto que genere.

##### ➤ Según la duración de la exposición

Se puede diferenciar tres tipos de estrés: agudo, agudo episódico y crónico:

- El estrés agudo es aquel que aparece en respuesta a un agente estresante en horas o días. Este agente puede pertenecer al pasado reciente o al futuro cercano y puede ser una experiencia traumática que implica una amenaza hacia la seguridad o integridad física de la persona (catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones, etc.) o un cambio brusco y amenazador en el entorno social del individuo (pérdida de varios seres queridos, incendio de la

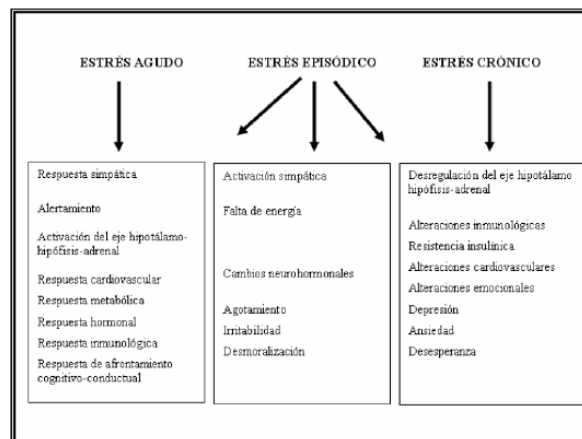


vivienda, entre otras). Sus efectos se incrementan si existe además un agotamiento físico u otros factores asociados al envejecimiento. Este tipo de estrés es el más común y el que la mayoría de las personas reconocen haber experimentado en algún momento de sus vidas. En general, no produce daños graves en el individuo sino que la sintomatología más frecuente es el enfado, la ansiedad y/o depresión, los trastornos musculares, el malestar gastrointestinal o las manifestaciones vegetativas (sudoración profusa, taquicardia, frialdad de las zonas acras, taquipnea, etc.)

- El estrés agudo episódico tiene lugar, sobre todo, en personas que manifiestan estrés agudo de manera habitual o frecuente y son incapaces de disminuir el estado de alarma. Un ejemplo de este tipo de sujetos son aquellos que organizan mal su tiempo, que siempre van con prisas y que se manifiestan ansiosas y, en algunas ocasiones, hostiles. Los síntomas asociados a este tipo de estrés son más duraderos y se centran en problemas cardiovasculares como la hipertensión arterial, episodios de migrañas y sensación de opresión torácica.
- El estrés crónico se presenta de forma mantenida en el tiempo, es continuo, aunque no necesariamente ha de ser de alta intensidad. Según Sandin (2003), para que el estrés sea crónico el estresor debe estar presente durante un periodo de tiempo igual o superior a seis meses. En esta situación, se produce una respuesta permanente que provoca la adaptación del organismo y aumenta la vulnerabilidad a padecer diferentes alteraciones funcionales e incluso

patologías como infartos cardiacos, accidentes cerebro-vasculares o incluso cáncer. Este tipo de estrés se ha relacionado con la tentativa de suicidio.

De manera esquemática estos tres tipos de estrés que se representan de la siguiente manera según las respuestas fisiológicas y patológicas que podrían generar. (Figura N°6). El estrés agudo desencadena respuestas adaptativas, mientras que el estrés crónico da lugar a carga alostática que induce el desarrollo de patologías.



**Figura 6 Tipos de estrés según la duración de la exposición. Continua adaptación-patología.**  
 Fuente: adaptado de Kop WJ. Chronic an acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease.

### ➤ Según la etiología

- El estrés físico es consecuencia de trabajo físico intenso o sobrecarga postural mantenida y se traduce, principalmente, en problemas musculoesqueléticos.
- El estrés psicoemocional se considera el más frecuente en el siglo XXI. Se fundamenta, sobre todo, en situaciones que sobrepasan de forma subjetiva las capacidades del individuo y, además, resultan ser mantenidas en el



tiempo. Esta situación se relaciona con fatiga del sistema cardiovascular pudiendo llegar a ocasionar problemas a ese nivel.

- El estrés psicosocial se define como el “estrés generado cuando ocurren relaciones interpersonales conflictivas”. Su consecuencia es un cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías según la predisposición genética del individuo, su historia vital y su ambiente cultural.

#### ➤ **Según el impacto**

Dentro de este grupo, se distingue el eustrés y el distrés. Se entiende que el eustrés es el “estrés bueno” ya que sus efectos tienen consecuencias positivas para el sujeto permitiéndole una mejor adaptación al entorno y favoreciendo su equilibrio orgánico. Además, en 1970, Harris equiparó el eustrés a reacciones placenteras y en 1988 Cooper lo definió como una *discrepancia positiva entre las percepciones y los deseos del individuo*. Por otro lado, en el año 2000, Cavanaugh et al. Definieron los conceptos de eustrés y distrés a través de un estudio empírico basado en la percepción del individuo acerca de las demandas de su puesto de trabajo. En este sentido, estos autores diferenciaron el estrés auto-reportado en “reto” u “obstáculo”. Es decir, el eustrés lo entendieron como un reto hacia las demandas laborales a las que se enfrenta el individuo mientras que el distrés se configuró como la circunstancia en la que el sujeto no es capaz de alcanzar sus objetivos debido a limitaciones o demandas excesivas que interfieren con el desarrollo habitual de su trabajo.





### 2.3.2.1.3. Psicología del Estrés

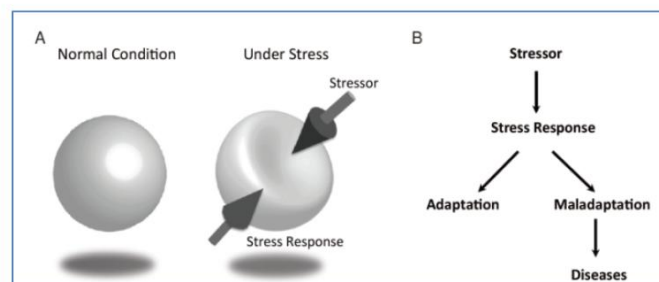
#### ➤ El estrés en el ámbito laboral

El estrés laboral se ha ido convirtiendo con el paso de los años en un tema de gran magnitud y trascendencia para la Salud Pública. La Unión Europea considera el estrés asociado al puesto de trabajo como el segundo problema laboral más frecuente por detrás de los trastornos musculoesqueléticos. El impacto económico del estrés asociado al puesto de trabajo se diferencia en costes *socio-económicos*; en el año 2002 la Comisión Europea estimó que los costes relacionados con el estrés laboral estaban alrededor de 20 billones de euros al año. *Organizacionales*; el centro de Salud Mental de Sainsbury estimó en 2007 que el coste global de los trabajadores británicos en el contexto del estrés, la ansiedad y la depresión era de 1.700 millones de euros al año. Y *sectoriales*; en el ámbito de la construcción, Alemania registraba pérdidas de 1.5 millones de días de trabajo anuales debido a trastornos psicosociales, lo que se traducía en 160 millones de euros. En educación, en 2004 se calculaba en Reino Unido se perdían cada año 213.300 días de trabajo como resultado de estrés, ansiedad y depresión de los profesores. En el sector salud el Sistema Nacional de Salud Británico reportaba en el año 2009 la cantidad de 2.3 billones de euros como consecuencia de costes directos de absentismo por enfermedad (absentismo relacionado con depresión). Los costes derivados del estrés fueron aproximadamente 586 millones de euros al año.

#### ➤ Aspectos psicopatológicos del estrés

En algunas ocasiones cuando el individuo no llega a dar cumplida respuesta a la demanda solicitada, el estrés, bien sea laboral o de otra índole, puede alterar su bienestar físico y/o

psicológico. Todos los organismos tienen mecanismos con capacidad de responder a estímulos desestabilizadores de la homeostasis (agentes estresantes, en inglés *stressor*) y adaptarse al nuevo entorno. Sin embargo cuando estos estímulos superan dicha capacidad se puede ver afectado el desarrollo normal de la vida personal y profesional del individuo. Así pues, la falta de adaptación al agente estresante se traduce en situaciones patológicas (Figura N°7).



**Figura 7 A, Relación entre el factor estresor y la respuesta al mismo. B: tipos de respuesta al estrés. Fuente: Inoue N. Stress and atherosclerotic cardiovascular disease. J. Atheroscler Thromb. 2014; 21 (5):391-401.**

#### 2.3.2.1.4. El estrés y otros constructos psicológicos en el ámbito sanitario

El entorno sanitario es ideal para el desarrollo de estrés y otras alteraciones psicológicas asociadas al puesto de trabajo. La estrecha relación con los pacientes y sus familiares, la necesidad de trabajar en equipo, las exigencias en cuanto a la actualización continua de conocimientos y técnicas, los turnos de trabajo rotatorios y la nocturnidad, así como los recortes en cuestiones de recursos materiales y humanos, son algunas de las variables que influyen en la alteración del bienestar físico y psicológico de los trabajadores de la salud.

Cuando la intensidad y/o la cronicidad del agente estresante son superiores a la capacidad del individuo, se produce una respuesta defectuosa. En esta situación se encuentra el origen de



una variedad de enfermedades relacionadas con el estrés que se desarrollan en el contexto de vulnerabilidad (genética, epigenética y/o constitucional).

La tensión inducida y mantenida tiene efecto sobre todo el organismo afectando el desarrollo normal de la actividad profesional y la vida personal. Entre los cambios psicofisiológicos más frecuentes están los problemas musculoesqueléticos, los trastornos de los ritmos sueño-vigilia, la pérdida de apetito e incluso la aparición de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. Se ha comprobado que existe una relación directa entre elevados niveles de estrés percibido y disfunciones en el sistema inmunitario que dan lugar, sobre todo, a la aparición de infecciones víricas.

En la última década, se han publicado numerosos trabajos relacionados con el estrés en este contexto y otros constructos psicológicos tales como el síndrome de *burnout*, la calidad de vida relacionada con la salud, los riesgos psicosociales y el apoyo social percibido.

En primer lugar, el síndrome de *burnout* ha sido y sigue siendo un constructo ampliamente estudiado por diferentes autores desde 1974 hasta la actualidad. Está directamente relacionado con el entorno laboral y se caracteriza por ser frecuente en profesionales que desarrollan su labor en contextos donde existe interacción con terceras personas (clientes, pacientes, usuarios, etc.). A pesar de que existe una dificultad manifiesta a la hora de definir este concepto, la aportación de Maslach y Jackson en 1981 ha sido la más aceptada por parte de la comunidad científica. Estos autores le confieren un carácter tridimensional a lo que se conoce como el síndrome de *burnout* desde un punto de vista psicosocial. Así pues, para ellos, el *burnout* hace referencia a la combinación del agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Se entiende por agotamiento emocional a la



sensación que experimenta un trabajador cuando existe una alta sobrecarga emocional ligada a su labor profesional. En cambio, la despersonalización hace referencia a la aparición de sentimientos negativos hacia el trabajo. La baja realización personal en el trabajo entendida como la tendencia a la autoevaluación negativa por parte del profesional que se traduce en insatisfacción y baja autorealización.

Uno de los trabajos más recientes sobre la temática destaca que el síndrome de burnout se manifiesta desde etapas formativas más iniciales como es la carrera médica universitaria. Esta revisión sistemática obtiene como resultados que en EEUU casi el 50% de los estudiantes de medicina padecen burnout y que esto puede verse relacionado con trastornos psiquiátricos e intentos de autolisis. Finalmente, recomienda la formación del profesorado en la identificación y el manejo de este síndrome con el fin de garantizar el bienestar psicológico del alumnado durante la formación médica universitaria. Igualmente otros autores ya apuntaban hacia la vulnerabilidad en este aspecto de los médicos internos residentes, cirujanos y el colectivo relacionado con el área de salud mental. Incluso se ha observado como la etapa de la carrera profesional modula la satisfacción laboral de los trabajadores sanitarios siendo los que se encuentran a mitad de la carrera profesional los que registran mayores niveles de despersonalización e intención de abandono de la medicina en los siguiente 24 meses.

En segundo lugar se entiende por calidad de vida relacionada con la salud “*la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones*”. Esta es la definición más clásica y extendida en la literatura al haber sido elaborada por el Grupo Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud en 1948. No obstante, al igual que lo que ocurría con el constructo burnout, la calidad de vida relacionada con la salud ha sido



sometida a debate en numerosas ocasiones. La mayoría de los autores coinciden en la idea de que se trata de un término multifactorial que incluye aspectos como la autoestima, la satisfacción personal, el funcionamiento social, la salud mental y el rol social, entre otros; sin embargo se desconoce que dimensión aporta un mayor peso específico.

### **2.3.2.2.El Síndrome de Burnout**

El Síndrome de Burnout (SB) o de desgaste profesional es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el SB, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas.

En 1980, Edelwich describió cuatro fases que aparecían en el Síndrome de Burnout: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores; fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo; fase de apatía o indiferencia hacia el trabajo.

No es sino hasta 1981 con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que el Síndrome de Burnout adquirió verdadera importancia. Ellas definen el Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Siendo éstas



las tres dimensiones del SB. (1) *Agotamiento emocional*: situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo. Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios. (2) *Despersonalización*: como el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo; y, (3) *Baja realización personal en el trabajo*: como la tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

Maslach y Jackson elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI por sus siglas en inglés). Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

Adán y Gil-Monte proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del Síndrome de Burnout y lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido.

Pines y Aronson (1988) describen el burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una larga implicación en una situación que es emocionalmente demandante”. (p. 9). En la misma línea Shiron (1989) considera el burnout como un estado afectivo caracterizado por los sentimientos de haber agotado las energías físicas, emocionales y mentales. La propuesta se basa en el modelo de Hobfoll (1989) de Conservación de los Recursos, consistente en que las personas tienden a conservar, obtener y



proteger los recursos que valoran. La propuesta del Shirom-Melamed Burnout Measure incluye la evaluación del agotamiento físico, emocional y cognitivo.

El “Burnout” se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en numerosos tipos de profesionales y grupos ocupacionales, pero especialmente en trabajadores que se desempeñan en el sector servicios, los cuales trabajan en contacto directo con clientes y/o usuarios de este tipo de organizaciones (Dormann & Zapf, 2004).

Todos los planteamientos y revisiones técnicas del SB lo proponen como la consecuencia de un estrés crónico laboral (Burke y Richardson, 2000; Cordes y Dougherty, 1993; Hobfoll y Shirom, 2000; Schaufeli y Enzman, 1998). Una característica de gran importancia es que mientras el estrés es el resultado de una sobrecarga cualitativa y cuantitativa, el burnout aparece sólo cuando previamente han estado motivados por el mismo tipo de trabajo que posteriormente no soportan y rechazan (Pines, 1993). Otro elemento que ha sido relacionado con el burnout ha sido el conflicto interpersonal y el estrés proveniente de la relación de ayuda y asistencia (Leiter y Maslach, 1988).

El planteamiento efectuado presenta el desgaste profesional como el resultado de una tarea de ayuda o ejercicio profesional que ha supuesto un desgaste progresivo de los propios recursos sin que se haya producido una recuperación de los mismos, de forma que el trabajador afronta la situación mediante procesos de distanciamiento y alejamiento. Ese proceso de desgaste profesional viene determinado por el mismo tipo de tarea que se ejerce, pero también por la falta de condiciones organizacionales que no brindan suficiente protección y apoyo al profesional. El desgaste profesional no sería consecuencia de la vulnerabilidad del trabajador, sino de las demandas interpersonales y emocionales propias de



la tarea sin que el trabajador tenga suficientes recursos para la misma. El desgaste profesional sería en este sentido la primera y más importante consecuencia del trabajo interpersonal, propio de muchas profesiones de servicios y de un componente presente en la práctica totalidad de ellos.

En este sentido, el desgaste profesional es un estado resultante del trabajo profesional y de situaciones laborales específicas. Como tal, es un problema laboralmente ocasionado y que en principio afecta al entorno laboral produciendo una desimplicación laboral, con repercusiones en la salud de los trabajadores, con frecuencia vinculado a una sintomatología amplia y variada (Fidalgo Vega, 2007; Schaufeli y Enzman, 1998). Su extensión y estudio epidemiológico ha sido más frecuente en las profesiones que sostienen el estado del bienestar, educación, sanidad y bienestar social, de aquí la importancia de atender, prevenir y disminuir sus efectos.

#### **2.3.2.2.1. Causas**

Los factores postulados como predisponentes para el desarrollo de Burnout han sido numerosos y diversos. Los más frecuentemente mencionados han sido: el desempeño de profesiones asistenciales, la baja edad, la inestabilidad afectiva (falta de pareja estable), la personalidad competitiva, el género masculino, la formación deficiente, y circunstancias propias del ambiente laboral (falta de motivación; volumen de trabajo excesivo; relación defectuosa entre los colegas; sobrecarga de pacientes, etc.) Asimismo, recientemente se ha reportado que la sobrecarga laboral actuaría como predictora de la calidad de la atención médica ofrecida a los beneficiarios de los servicios de salud.





El contexto laboral de los trabajadores sanitarios reúne en la actualidad una serie de características que se describen en la literatura médica como asociadas al síndrome en estudio. Entre ellas pueden citarse: 1) *Exceso de horas de trabajo*; 2) *relación/comunicación defectuosa entre colegas, o con las autoridades*; 3) *escasez o ausencia de estímulos económicos (sueldos insuficientes)*; 4) *falta de oferta de capacitación continua*; 5) *dificultad/imposibilidad de ascender laboralmente*; 6) *no disponibilidad de suficiente instrumental y/o espacio físico para el desempeño de las diferentes actividades*; 7) *riesgo de juicios de “mala praxis”*; 8) *dificultades en la relación médico-paciente*; etc.

#### **2.3.2.2.2. Consecuencias**

Entre las consecuencias del síndrome se describen siguiendo a Orłowski alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Siguiendo a Flórez además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

El padecimiento de este síndrome se acompaña de manifestaciones físicas, psicológicas y sociales. Entre las primeras se citan: cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, síntomas gastrointestinales, hipertensión arterial y trastornos del apetito. Las manifestaciones psicológicas incluyen, entre otras: irritabilidad, déficit atencional y trastornos de la memoria. La afectación de las relaciones interpersonales se expresa en conductas que afectan la relación con los miembros de la familia, con otros allegados y con colegas. Pero la consecuencia última del Burnout está dada por *la crisis de la identidad profesional*: el sujeto no puede



identificarse con la actividad que desempeña y experimenta que su ejercicio profesional carece de sentido. Se instala entonces una pérdida de empatía y de satisfacción por brindar asistencia a los pacientes. Debido a los efectos que puede provocar el padecimiento del síndrome en la salud de los trabajadores de una institución sanitaria y, consecuentemente, en la calidad de su desempeño profesional y de la atención brindada a los pacientes, resulta evidente la importancia de implementar de estrategias que permitan tanto su prevención, como la detección temprana y el tratamiento adecuado de los afectados.

Las consecuencias que se ha expuesto del burnout exceden del centenar, ya que no se ha resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo. En el fondo del tema subyace el problema de la definición del burnout y de los términos en los que se haga (Schaufeli y Buunk, 1996). Incluso acogándose a la definición más común, como es la propuesta operativamente por el MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1996), la ambigüedad persiste pues el término de cansancio emocional puede incluir una gama muy amplia de manifestaciones. Por ello, la línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede ser resultar borrosa y siempre arbitraria. De hecho, entre las medidas del burnout las hay que incluyen respuestas fisiológicas y organizacionales, mientras que otras se atienden al síndrome definido de una u otra forma (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993), tabla N°3.

<b>SÍNTOMAS DESCRIPTIVOS DEL BURNOUT EMOCIONALES</b>	<b>COGNITIVOS</b>	<b>CONDUCTUALES</b>	<b>SOCIALES</b>
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía Desilusión Pesimismo Hostilidad Falta de tolerancia Acusaciones a los clientes Supresión de sentimientos	Pérdida significado Pérdida de valores Desaparición de expectativas Modificación autoconcepto Desorientación cognitiva Pérdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Evitación responsabilidades Absentismo Conductas inadaptativas Desorganización Sobreimplicación Evitación de decisiones Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación de contactos Conflictos interpersonales Malhumor familiar Aislamiento Formación de grupos críticos Evitación profesional

**Tabla 3 Desventajas asociadas al SB**  
**Fuente: Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993**



Indudablemente, el énfasis en los estudios sobre las consecuencias del burnout se ha puesto en los factores emocionales. Es una consecuencia de la misma definición operativa efectuada por Maslach y Jackson (1981) que centran el síndrome en los factores emocionales. Parece relevante constatar que de los 22 ítems que constituyen el síndrome, 12 de ellos comienzan con la expresión “I feel”. Los síntomas afectivos relacionados con la depresión, la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima han sido los más referidos. Es habitual dibujar la imagen de la persona “quemada” como alguien “amargado”, sin ganas ni voluntad para emprender cualquier tarea. En parte como una consecuencia de los efectos descritos, los sentimientos de irritabilidad, disgusto y agresividad han sido también frecuentemente citados.

El aspecto conductual es otra de las dimensiones insuficientemente consideradas en el estudio del desgaste profesional. Por ejemplo, la despersonalización es una dimensión en la que está implicada de forma muy clara la conducta interpersonal. La despersonalización puede asumir muchas formas y tener niveles muy diferentes y sin embargo tales aspectos han sido muy poco analizados. Consecuencia del síndrome es la pérdida de la conducta proactiva de la persona, de forma que el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. Como manifestaciones conductuales del burnout los aspectos usualmente más citados han sido el aumento del consumo de estimulantes (Quattrochi-Tubin, Jones y Breedlove, 1982) y otros tipos de abuso de sustancias (Nowack y Pentkoswski, 1994). Los hábitos de salud suelen estar relacionados de forma negativa con los niveles del burnout (Nowack, Hanson, y Gibbons, 1985).

Entre las formas de manifestación social del burnout están sus consecuencias sobre la organización en la que se prestan los propios servicios. Algunos de tales efectos, como el



cinismo, han sido ya expuestos, otros, más de índole conductual, son las repercusiones sobre el absentismo, la rotación empresarial y las intenciones de abandonar la organización (Firth y Britton, 1989). Los resultados encontrados indican que la influencia del burnout sobre el absentismo no está clara. Algunos autores han encontrado que influencia los retrasos, la multiplicación de descansos y el absentismo (Maslach y Jackson, 1981), aunque la varianza explicada raramente ha sido considerable (Lazaro, Shinn, y Robinson, 1985). Algunos trabajos ni siquiera han encontrado relaciones significativas entre ambas variables (Quattrochi-Tubin, y col, 1982). Lazaro y col. (1985) encontraron que cuando se controlaba el efecto de la edad y el género el burnout no predecía el absentismo.

Entre las manifestaciones físicas citadas estarían las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales (Belcastro, 1982). Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome (Kahill, 1988). Shiron (1989) considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica. Entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios. Sin embargo en todos estos estudios la variable salud siempre ha sido un criterio autoinformado y apenas si se pueden encontrar estudios con síntomas objetivamente evaluados tales como el efectuado por Melamed, Kushnir y Shirom, (1992) para los riesgos cardiovasculares.

#### **2.3.2.2.3. Aspectos epidemiológicos**

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado



nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime”: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. La rotación de turno laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de



experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

### **2.3.2.3. Violencia**

La violencia es probablemente un rasgo de las nuevas formas y estilos de vida, predominantemente urbana, anónima, acelerada y competitiva. La violencia es un marcador de nuestra sociedad occidental que se ha trasladado al marco laboral en el que ha ido aumentando en los últimos años (Chapelle y Di Martino, 2006). Sus consecuencias sobre la calidad de vida laboral son amplias y sus repercusiones sobre la salud del trabajador se extienden tanto a los aspectos físicos como a los mentales. Es también un riesgo laboral que ha ido teniendo cada vez mayor atención legal y de la jurisprudencia. El trabajo actual supone contextos ambientales de trabajo, el manejo de materiales altamente valiosos y la interacción con personas en situaciones imprevistas que hacen posible la aparición de distintas formas de violencia, incluidos atracos y asaltos.



La OIT (2003) define la violencia laboral como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo. La OMS (Krug et al., 2002) la define como el uso intencional del poder, amenaza o efectivo, contra otra persona o un grupo, en circunstancias relacionadas con el trabajo, que cause o tiene un alto grado de probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación, y la Comisión Europea considera que consiste en incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con un riesgo explícito o implícito a su seguridad, bienestar o la salud (Wynne, Clarkin, Cox, y Griffiths, 1997).

Habitualmente se ha distinguido dos formas principales (Wynne et al. 1997), la violencia física y la violencia psicológica, a pesar de que no siempre sus límites sean claros y puedan darse simultáneamente la una y la otra. En la delimitación conceptual de la violencia en el trabajo ha sido de gran importancia teórica y práctica el reconocimiento de los contextos en los que puede aparecer la violencia. En este sentido suele aceptarse la propuesta clasificatoria de la California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA) (1995). Esta clasificación divide los tipos de violencia en tres tipos fundamentales:

- **Violencia tipo I:** Actos violentos procedentes de personas que no están relacionadas con el propio trabajo. Es un tipo de violencia que se comete con ocasión de robos, asaltos y atracos en el lugar de trabajo. El objetivo de esta forma de violencia es la obtención de bienes valiosos para los asaltantes.



- **Violencia tipo II:** Actos violentos provenientes de los clientes a quienes se atiende o se presta servicio. Es el tipo de violencia vinculado a la reclamación o exigencia de supuestos derechos. El objetivo del mismo es obtener un servicio que no se estaba recibiendo.
- **Violencia tipo III:** Actos violentos que provienen de compañeros o superiores del propio lugar de trabajo. Es el tipo de violencia asociado a la aparición de conflictos laborales de tipo organizacional o personal. El objetivo del mismo es obtener unos beneficios que no estaban obteniendo o estaban siendo reclamados por otros grupos.

Especial mención en este contexto merece la violencia del cliente, reconocida como uno de los tipos básicos de violencia en el trabajo. Su estudio es hasta el momento marcadamente insuficiente Grandey, Dickter y Kock-Pen-Sin (2004), aunque diferentes estudios muestran claramente la importancia de la violencia por parte de los clientes hacia los trabajadores de servicios (Baron y Neuman, 1996). La marcada orientación de servicios del mercado de trabajo actual, la acentuación de la atención al cliente ha convertido la interacción con el cliente en uno de los protagonistas y de las preocupaciones actuales de la mayoría de las empresas. La satisfacción del cliente es la gran obsesión de las empresas, y en parte su criterio de actuación, lo que entraña no pocas contrapartidas por parte de los trabajadores. La violencia de tipo II habitualmente se genera a partir de la frustración de las expectativas de servicios, de la ira o la rabia ante la incapacidad para obtener lo deseado, por lo que habitualmente son conductas agresivas reactivas (Anderson y Bushman, 2002).

La violencia física se puede dar en cualquiera de los tres tipos reconocidos de violencia. Su prevalencia es mayor en la violencia de tipo I, vinculada al robo y al asalto, pero no es extraña





su aparición en la violencia de tipo II o violencia del cliente. Más extraña pero también posible es su presencia en la violencia de tipo III, o violencia interna en el propio ámbito de trabajo. Sin duda es la que más resalta, pero no siempre es la más importante por sus efectos. En los últimos años se han ofrecido diferentes revisiones de su extensión, causas, proceso y consecuencias (Bowie, Fisher, Cooper, 2005; Gefffer, Braverman, Galasso, Marsh, 2004; Chappell y Di Martino, 2006; Kelloway, Barling, Hurrell, 2006).

La revisión de la literatura indica que la exposición a la violencia física genera en los empleados miedo en un primer lugar, y una disminución de los recursos emocionales y cognitivos del trabajador en segundo lugar (Rogers & Kelloway, 1997; Schat & Kelloway, 2000). Sin embargo, el análisis de los efectos de la violencia no puede hacerse atendiendo sólo a la violencia realmente ejercida, a los hechos violentos, pues también la amenaza ambiental de violencia genera efectos similares (Hall y Spector, 1991). Víctimas de la violencia lo son no solo quienes la sufren, sino quienes la anticipan y quienes la contemplan. Tal como ha puesto de manifiesto Taylor (1989), también quienes presencian sucesos de violencia sufren sus efectos.

La agresión no física en los lugares de trabajo está más extendida que la agresión física (Greenberg y Barling, 1999). La atención prestada a las formas de violencia psicológica es cada vez mayor como recoge la definición de la Comisión Europea (Wynne et al. 1997). Hay una amplia gama de mal trato interactivo en las organizaciones que no obstante su escaso valor en intensidad y gravedad, su persistencia agudiza y aumenta sus efectos. Este tipo de incidentes se ajusta a la literatura acerca de los “daily hassles” o molestias cotidianas. Este tipo de problemas han sido ampliamente tratados y expuestos en la literatura acerca de los efectos del estrés (DeLongis, Coyne, Dukof, Folkman y Lazarus, 1982; Kanner, Coyne,



Schaefer y Lazarus, 1981; Lazarus y Folkman, 1986) Según este modelo este tipo de microestresores en intensidad pero presentes de forma continua y crónica a lo largo del tiempo puede tener consecuencias más graves que los incidentes agudos graves debido al agotamiento consiguiente del organismo. Se ha comenzado a indagar este tipo de comportamientos para analizar sus antecedentes y comprobar la importancia de sus consecuencias (Donovan, Drasgow y Munson, 1998; Fox y Spector, 2005; Tepper, 2000;), aunque comparativamente la amplitud de su estudio es claramente menor.

Uno de los conceptos que está teniendo una amplia difusión es el de incivismo (Anderson y Pearson, 1999), propuesto como una de las formas en las que se ejerce la violencia psicológica laboral. Lo autores lo definen como comportamientos de baja intensidad con la ambigua intención de hacer daño, violando las normas de trabajo de respeto mutuo. Las conductas incívicas se caracterizan por ser groseras y descorteses, mostrando falta de consideración por los demás. Como tal sería una forma de “Conducta antisocial laboral” (Giacolone y Greenberg, 1997).

Otro concepto que expresa el comportamiento hostil laboral y la violencia psicológica es el de “Pequeña tiranía (Petty Tyranny)” y la “Supervisión abusiva” que aluden a un tipo de mando y dirección caracterizada por su carácter nocivo y molesto que pueden llegar a tener una gran importancia. Ashforth (1994) se refiere a la “pequeña tiranía” para aludir al ejercicio del poder de forma personal y arbitraria en el que las normas son ignoradas, puestas o quitadas en función de las conveniencias del momento. Con frecuencia se utiliza para aumentar la propia capacidad de poder por lo que adquiere un valor de agresividad instrumental.



La “supervisión abusiva” se refiere a conductas agresivamente hostiles sin que se ejerza la agresión física. Moberg, Ritter y Fischbein (2002) la definen como conductas interpersonales persistentes negativas y agresivas. Tepper (2000) lo asocia a la ridiculización de los subordinados, privada y pública, al ostracismo, a la invasión del espacio personal, al trato rudo y descortés. Bies (2001) lo identifica con la crítica pública y desmoralizadora y la rudeza de trato. Una variable que no se centra en las prácticas directivas es el “Socavamiento social” (Social undermining”) (Duffy, Ganster y Pagon, 2002) y que se define como Conducta dirigida a socavar a lo largo del tiempo la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales positivas, el trabajo exitoso y la reputación favorable. Consiste por tanto en un tipo de acción, frecuentemente encubierta que socava la imagen personal y profesional del trabajador.

#### **2.3.2.4. Acoso laboral - Mobbing**

El acoso laboral es una de las formas de violencia en el trabajo, pero por sus características y por algunas de sus consecuencias propias, parece que debe ser tenido en cuenta como una forma específica de riesgo laboral y no sólo como forma de violencia laboral. Los efectos de los atentados a la propia dignidad e intimidad del trabajador no tienen ni la misma forma, ni la misma naturaleza ni las mismas consecuencias que pueden tener un atraco o asalto o la violencia física o verbal de un cliente. Los efectos del acoso laboral en la salud de los trabajadores son de clara importancia y están teniendo una atención cada vez mayor.

El *mobbing* o acoso laboral es considerado actualmente uno de los riesgos laborales más importantes en la vida laboral. En la actualidad es descrito por algunos autores como el tópico de investigación de los años 90 (Hoel, Rayner y Cooper, 1999) y un serio problema laboral



(Salin 2003). El número creciente de casos aparecidos en la prensa ha aumentado el interés social hacia el problema y la preocupación legal por el tema, hasta el punto que ya existen sentencias que consideran el acoso psicológico como un delito penal (Juzgado de lo Penal nº 1 de Jaén, septiembre de 2006).

Se ha constatado la existencia en las empresas de trabajadores sometidos a un hostigamiento psicológico tal, que presentan síntomas psicossomáticos y reacciones anormales hacia el trabajo y el ambiente laboral. Muchas de estas manifestaciones se ajustan a la definición de mobbing, término empleado en la literatura psicológica internacional para describir una situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema (en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos por el Leymann Inventory of Psychological Terrorization, LIPT), de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo, según definición de H. Leymann. En castellano, se podría traducir dicho término como “psicoterror laboral” u “hostigamiento psicológico en el trabajo”.

### ➤ **Formas de expresión**

De la definición anterior se deduce la existencia de dos partes enfrentadas entre las que se puede diferenciar, por una parte, a los “hostigadores” con comportamientos y actitudes hostiles, activas, dominadoras y, por otra, al agredido con actitudes y comportamientos de tipo reactivo o inhibitorio. La expresión de las situaciones de hostigamiento psicológico hacia un individuo se manifiesta de muy diversas maneras, a través de distintas actitudes y comportamientos. Leyman distingue 45 comportamientos hostiles que pueden ser de distinta naturaleza:



- **Acciones contra la reputación o la dignidad personal del afectado;** por medio de la realización de comentarios injuriosos contra su persona, ridiculizándolo o riéndose públicamente de él, de su aspecto físico, de sus gestos, de su voz, de sus convicciones personales o religiosas, de su estilo de vida, etc. Uno de estos comportamientos, de gran incidencia y objeto de diversos estudios, sentencias judiciales, etc. es el acoso sexual. Se pueden dar también diversas acciones contra la reputación del afectado como trabajador.
- **Acciones contra el ejercicio de su trabajo;** encomendándole trabajo en exceso o difícil de realizar cuando no innecesario, monótono o repetitivo, o incluso trabajos para los que el individuo no está cualificado, o que requieren una cualificación menor que la poseída por la víctima (shunting); o, por otra parte, privándole de la realización de cualquier tipo de trabajo; enfrentándole a situaciones de conflicto de rol (negándole u ocultándole los medios para realizar su trabajo, solicitándole demandas contradictorias o excluyentes, obligándole a realizar tareas en contra de sus convicciones morales, etc.).

Muchas de las acciones comprenden una manipulación de la comunicación o de la información con la persona afectada que incluyen una amplia variedad de situaciones; manteniendo al afectado en una situación de ambigüedad de rol (no informándole sobre distintos aspectos de su trabajo, como sus funciones y responsabilidades, los métodos de trabajo a realizar, la cantidad y la calidad del trabajo a realizar, etc., manteniéndole en una situación de incertidumbre); haciendo un uso hostil de la comunicación tanto explícitamente (amenazándole, criticándole o reprendiéndole acerca de temas tanto laborales como referentes a su vida privada) como implícitamente (no dirigiéndole la palabra, no haciendo caso a sus



opiniones, ignorando su presencia); utilizando selectivamente la comunicación (para reprender o amonestar y nunca para felicitar, acentuando la importancia de sus errores, minimizando la importancia de sus logros).

Otras acciones muestran la característica de que son situaciones de inequidad mediante el establecimiento de diferencias de trato, o mediante la distribución no equitativa del trabajo, o desigualdades remunerativas, etc.

Parece que es habitual que un individuo que padece esta situación de mobbing sea objeto, al mismo tiempo, de varios de los tipos de hostigamiento descritos por parte de su/s hostigador/es.

### **2.3.2.5. Acoso sexual**

El acoso sexual es planteado también como una de las formas de la violencia laboral, y más frecuentemente como una modalidad del acoso laboral, sin embargo el acoso sexual tiene igualmente un contexto propio, unas formas específicas y unas consecuencias especiales que hace que no se identifique con la violencia en el trabajo o el acoso laboral. El acoso sexual ha generado trabajos, estudios empíricos sobre sus consecuencias y una jurisprudencia particular, por lo que puede ser considerado como un riesgo laboral específico. Como tal, es una fuente actual de preocupación e inquietud social, laboral y personal en pocos casos.

Algunos estudiosos del acoso (Fitzgerald) proponen un modelo según el cual el acoso sexual en las organizaciones es función de las características de la organización y las



características del trabajo y que, por tanto, debe ser estudiado tanto a nivel de cultura grupal como de clima organizacional.

Según tal modelo, el acoso sexual en las organizaciones es, básicamente, función de dos aspectos: el clima organizacional y si el contexto es masculino o femenino. El clima organizacional se refiere a aquellas características de la organización que facilitan que exista o no un clima de tolerancia hacia el acoso sexual (en tal sentido se ha encontrado que la percepción de que la organización tolera en alguna medida el acoso sexual en el trabajo está correlacionado positivamente con experiencias de acoso sexual. Muestras de tolerancia hacia el acoso sexual son el que las quejas sobre el mismo no se tomen en serio, que sea arriesgado plantear quejas, que los acosadores tengan poca probabilidad de ser efectivamente castigados, etc.).

La segunda variable se refiere a si predominan los hombres o las mujeres y a si el tipo de tareas son predominantemente masculinas o femeninas (las mujeres que trabajan en contextos predominantemente masculinos tienen más probabilidades de sufrir acoso sexual).

Estos dos elementos determinan la prevalencia del acoso sexual. Distinguiendo según el tipo de acoso sexual, parece que las condiciones y el clima organizacional determinan en mayor medida el acoso que crea un ambiente hostil que el acoso *quid pro quo*, y que éste está más influenciado por características individuales del acosador.

Otros estudiosos del acoso (Schneider) examinan las experiencias de acoso sexual dentro de un marco general de estrés y, en tal sentido, el acoso sexual, como otros estresores, en la



mayoría de los casos consiste en sucesos que, aisladamente apenas son significativos, pero que acumulativamente puede llegar a ser muy estresantes.

Atendiendo a las definiciones expuestas, habitualmente se han considerado dos tipos básicos de acoso sexual, en función de si hay o no chantaje en el mismo. El acoso sexual conocido técnicamente como “quid pro quo”, una cosa por la otra, es el chantaje sexual. Consiste en solicitar los favores sexuales, de forma más o menos abierta, a cambio de la obtención de algún tipo de beneficios laborales o a cambio de no experimentar y sufrir consecuencias desagradables como el despido, el cambio de puesto de trabajo u otros cambios molestos. En este caso, la condición sexual de la persona afectada es el criterio único o decisivo para la toma de decisiones que pueden beneficiar o perjudicar laboralmente a la persona. En este caso, el tipo de acoso sexual se ejerce preferentemente por quien ostenta una posición de poder y puede afectar el destino laboral, habitualmente jefes y superiores, pero puede igualmente incluirse a los compañeros, cuando por su influencia, de un tipo u otro, pueden influir en el destino profesional de la persona afectada.

El segundo tipo es el acoso sexual producido por un ambiente hostil. Consiste en la existencia de unas condiciones de trabajo por el que los atributos sexuales, normalmente de mujeres, es una de las características que deben exhibirse incluso cuando no guarda relación con el trabajo que se está efectuando. Cuando las mujeres deben de vestir una determinada minifalda, utilizar un tipo de escote sin que ello sea básico para su trabajo, se ven obligadas a trabajar en función de sus atributos sexuales sin que el trabajo sea de tipo sexual, se atenta contra su condición de trabajadora al reducirla a sus atributos sexuales. En este ambiente, la mujer se ve reducida a sus aspectos sexuales y su forma de presentarse constituye un riesgo de acoso, sin que ello esté vinculado a la naturaleza de su trabajo. Otra forma de *ambiente hostil*





es aquel en el que las mujeres reciben un tratamiento desconsiderado, como trabajadores de segundo nivel y en el que reciben funciones discriminativas y secundarias.

El documento de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) “*la lucha contra el acoso sexual en el trabajo*” delinea con claridad el nuevo marco conceptual, jurídico, laboral y social del acoso sexual (INSHT, 1995):

- El acoso sexual en el trabajo no es un litigio personal entre partes cuya resolución concierne exclusivamente a ellas y no a la empresa, sino que debe ser considerado como una conducta inadecuada que debe ser sancionada por la empresa.
- El acoso sexual no es un juego inofensivo o flirteo entre adultos, que saben lo que hacen, sino que es una acción que puede generar problemas personales, morales, físicos y psicológicos a quienes lo sufren.
- El acoso sexual se inscribe habitualmente en el derecho a un trato igualitario y nos discriminatorio, de manera que las características sexuales no se asocien a un tipo de trato o conducta organizacional.

### **2.3.2.6. Inseguridad contractual**

La inseguridad laboral ha existido de siempre, pero las nuevas condiciones emergentes de trabajo, la globalización y los procesos empresariales actuales de fusión, absorción, deslocalización, disminución de plantillas y cambio de línea productiva ha hecho que la inseguridad laboral sea actualmente un riesgo laboral con categoría propia, tanto por su extensión como por sus efectos.



La inseguridad laboral podría definirse como una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro, y también como una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera. Rodgers y Rodgers, (1989) consideran que trabajo precario es aquel en el que hay un bajo nivel de certeza acerca de su continuidad, bajo control sobre el trabajo, escaso nivel de protección frente al desempleo o discriminación e insuficiente remuneración. Así la inseguridad laboral se ha descrito como uno de los riesgos laborales más importantes (De Witte, 1999; Goudswaard y Andries, 2002). Un elemento relevante que lo diferencia de los factores de riesgo es la importancia de sus consecuencias. En los factores de riesgo similares como la intensidad de trabajo o la irregularidad del tiempo de trabajo, están afectadas características del trabajo, mientras que en la inseguridad laboral lo que está afectado es el mismo trabajo, su misma continuidad, no las formas que pueda adoptar, por lo que sus consecuencias son claramente mayores.

Cuatro son los aspectos que se pueden diferenciar en la seguridad contractual (Rodgers y Rodgers, 1989): a) el bajo nivel de certeza sobre la continuidad del contrato, b) el bajo nivel de control sobre el número de horas de trabajo y sobre las condiciones del mismo, c) el bajo nivel de protección social (desempleo o discriminación) d) el bajo nivel de control sobre la paga o el salario.

El miedo a perder el trabajo, la inseguridad en el mismo, el escaso control sobre elementos del propio contrato se ha convertido en características del trabajo actual. La incertidumbre del futuro es una de las mayores fuentes de ansiedad y miedo, especialmente cuando no son exclusivamente personales, sino que incluyen también a la familia. Este tipo de preocupación



y sus consecuencias tiene consecuencias tanto en la salud física como en la mental de los trabajadores.

### **2.3.2.7. Otros riesgos psicosociales**

A continuación se exponen dos de ellos que han recibido un constante aumento de la atención: el conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional. Otros posibles podrían ser la intensidad laboral (Dollard, Skinner, Tuckey y Bailey, 2007), el envejecimiento de la población trabajadora y la irregularidad de los tiempos de trabajo (Brun y Milczarek, 2007). Aunque sean riesgos emergentes destacables, no es claro que tengan las mismas características que los mencionados directamente.

#### **2.3.2.7.1. Conflicto familia-trabajo**

Hay una razón de suma importancia para considerar el conflicto trabajo familia como un riesgo psicosocial laboral relevante y con repercusiones acusadas: ambos ocupan elementos centrales de la identidad de la persona actual y ocupan mayoritariamente el uso del tiempo disponible. Ambos son los referentes más determinantes de la vida personal en todas sus manifestaciones, por lo que la interacción entre ambos tiene un valor crítico central.

Con respecto a los cambios sociales, sin duda uno de los más relevantes ha sido la incorporación de la mujer al trabajo. En España, mientras que la tasa de empleo de las mujeres en 1999 era de 31.64%, este porcentaje ha aumentado en 2009 hasta un 53.27%. Esta incorporación supone un cambio en la estructura y en la dinámica familiar, y conlleva dificultades para compaginar trabajo y familia.



Aquellas mujeres que habitualmente se encargaban de atender las responsabilidades familiares ahora también deben atender las laborales, por lo que se encuentran con mayores problemas de conciliación. La nueva situación afecta también a los hombres pues se genera inevitablemente un replanteamiento del juego familiar de roles ya que como Paterna y Martínez (2006) sugieren, se les pide mayor colaboración en tareas familiares. Las nuevas exigencias, aunque sigan distribuyéndose de forma desigual, afectan en principio a hombres y mujeres.

El conflicto familia-trabajo aparece cuando las presiones de la familia y el trabajo son incompatibles (Greenhaus & Beutell, 1985). El conflicto entre las dos esferas lo han diferenciado en dos tipos (conflicto familia-trabajo y conflicto trabajo-familia) según la direccionalidad del conflicto. La importancia que en los últimos años se está dando a la conciliación familiar y laboral ha generado un aumento de este tipo de estudios, sobre todo en cuanto al conflicto trabajo familia (Eby et al. 2005).

Las condiciones actuales del mercado parecen haber agudizado este conflicto. Se han producido, y se están produciendo, cambios en la organización del trabajo en un doble sentido, aumento de la flexibilidad de los tiempos de trabajo en función de los tiempos de la demanda, e intensificación de las jornadas de trabajo a fin de completar y terminar plazos de entrega compromisos organizacionales, aspectos ambos que dificultan todavía más la conciliación trabajo familia y facilitan la aparición de conflictos entre ambas dedicaciones.

#### **2.3.2.7.2. Trabajo emocional**

Como se ha expuesto anteriormente, el sector de servicios es actualmente el sector con mayor número de trabajadores en activo, lo que ha supuesto una profunda reorganización del mercado de trabajo y la atención a aspectos del mismo anteriormente secundarios. El perfil de



factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y de estrés y de riesgos psicosociales se ha modificado de forma notoria. Uno de los aspectos emergentes del mismo es el trabajo emocional, un tipo de trabajo en el que la regulación de las emociones forma parte importante del mismo.

El trabajo emocional se ha definido como el autocontrol de las emociones positivas y negativas, especialmente de estas últimas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional en el desempeño de su puesto y que tienen como objetivo asegurar la satisfacción del cliente y la consecución de objetivos organizacionales (Martínez Iñigo, 2001). El trabajo emocional implica el control de las emociones de uno mismo para influir en las emociones de su cliente, con el objetivo de ser eficaz en su trabajo (lo cual, en el sector servicios, incluye el crear y/o mantener un estado emocional positivo en su cliente). El trabajo emocional, elemento ineludible en todo trabajo con personas, tiene indudables influencias en el bienestar físico y psicológico del trabajador debido a su complejidad y al consumo de recursos, El trabajador para expresar emociones organizacionalmente deseables en sus clientes debe ejercer un control sobre ellas, que según Hirschfeld (2003) puede hacer de dos maneras:

- Actuación superficial: Es el proceso por el que el trabajador expresa una emoción distinta a la que siente.

- Actuación profunda; cuando el trabajador modifica la emoción que siente y por tanto que expresa. Este control necesita un trabajo cognitivo pero resulta en una emoción más auténtica.



## CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Metodología

Para este estudio se utilizara la Metodología Cuantitativa, porque el objeto de estudio es externo al sujeto que lo investiga tratando de lograr la máxima objetividad. Intenta identificar leyes generales referidas a grupos de sujeto o hechos. Sus instrumentos suelen recoger datos cuantitativos los cuales también incluyen la medición sistemática, y se emplea el análisis estadístico como característica resaltante.

### 3.2. Tipo de Estudio

Se trata de una Investigación No Experimental, Transversal o Transeccional Descriptiva; Correlacional - Causal. Es no experimental debido a que se trata de observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señalan Kerlinger y Lee (2002): "En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos". Son diseños transeccionales descriptivos ya que tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, estas son también descriptivas. Son además diseños transeccionales correlacionales-causales porque describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales).



Se usara también la investigación Documental, de campo o Mixta. La investigación documental es aquella que se realiza a través de la consulta de documentos (libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.). La de campo o investigación directa es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio. La investigación mixta es aquella que participa de la naturaleza de la investigación documental y de la investigación de campo (Zorrilla ,1993:43).

El estudio se realizó en los meses de julio y agosto del 2017, en el cual los trabajadores respondieron a los cuestionarios aplicados de forma individual, tanto el cuestionario F-PSICO para identificar los Riesgos Psicosociales a los que están expuestos los trabajadores y el cuestionario Maslach Burnout Inventory para la valoración de Burnout.

### **3.3.Hipótesis o Pregunta de Investigación**

Los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosocial y presentan los efectos del Síndrome de Burnout.

### **3.4.Variables, indicadores**

Las variables e indicadores de la investigación (Tabla N°4) se presentan a continuación:

Variable dependiente: Efectos en la salud.

Variables independientes: Factores de Riesgo Psicosocial predominantes; Síndrome de Burnout.



Variable a medir	Dimensiones	Indicadores	Índices	Instrumentos
Efectos en la Salud	Psíquica	Absentismo	Valor porcentual	Recopilación información personal
	Física			
	Social			
Factores de Riesgo Psicosocial	Nivel de Riesgo	Muy elevado		
		Elevado		
		Moderado		
		Situación adecuada		
Síndrome de Burnout	Agotamiento Emocional Despersonalización Realización Personal	Bajo		
		Medio		
		Alto		

**Tabla 4 Variables**  
**Autor: Christian Plaza**

### 3.5.Población

Se trabajó con el total del colectivo de Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana para realizar la evaluación Riesgos Psicosociales y determinar la presencia del Síndrome de Burnout, en total fueron sesenta y tres (63) trabajadores de los cuales dieciséis (16) son Médicos Residentes, (31) Enfermeras y (16) Auxiliares de Enfermería durante el tiempo que duro el estudio.

### 3.6.Métodos de recolección de datos

Para el estudio se utilizaran los siguientes métodos de recolección de datos:

#### 3.6.1. Método de evaluación de factores psicosociales F-PSICO

Para la identificación y evaluación de factores de riesgo psicosociales se utilizara el F-PSICO, método elaborado en el Centro Nacional de Condiciones de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), en formato AIP (Aplicación





Informática para la Prevención) el cual está diseñado para ser administrado de manera informatizada, pudiendo también ser aplicado en papel. La AIP contiene el cuestionario, el programa informático para la obtención de los distintos perfiles e instrucciones detalladas para la correcta utilización del método, así como fichas de ayuda para la recogida de información previa a la evaluación y para la planificación de las actuaciones preventivas.

El método F-Psico (Anexo N°1) consta de 44 preguntas, algunas de ellas múltiples, de forma que el número de ítems asciende a 89. Ofrece información sobre 9 factores (Anexo N°2) listados a continuación:

- Tiempo de trabajo (TT)
- Autonomía (AU)
- Carga de trabajo (CT)
- Demandas psicológicas (DP)
- Variedad/contenido (VC)
- Participación/Supervisión (PS)
- Interés por el trabajador/Compensación (ITC)
- Desempeño de rol (DR)
- Relaciones y apoyo social (RAS)



### 3.6.1.1. Niveles de riesgo

Éstos se sitúan en cuatro niveles que se indican en la Tabla N°5.

Percentil obtenido	Riesgo
Percentil $\geq$ P85	Muy elevado
$P75 \leq$ Percentil $<$ P85	Elevado
$P65 \leq$ Percentil $<$ P75	Moderado
Percentil $<$ P65	Situación adecuada

**Tabla 5 Niveles de riesgo Factores Psicosociales**  
**Autor: Nota técnica de prevención 926.**

### 3.6.1.2. Aplicaciones del método

El objetivo concreto en la aplicación de este cuestionario dentro del estudio fue netamente identificar y valorar la exposición de los trabajadores a los Riesgos Psicosociales para conocer la problemática del ambiente laboral no adecuado de la Clínica Santa Ana.

La finalidad principal del método es facilitar una herramienta para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial. Por tanto, su objetivo es aportar información que permita el diagnóstico psicosocial de una empresa o de áreas parciales de la misma. A fin de facilitar esta tarea, el método incluye un apartado en el que se describe el proceso de evaluación e intervención de los factores psicosociales, en el que se detallan las fases que deben seguirse para una correcta evaluación. Asimismo, contiene un apartado: “Propuestas de mejora”, en el que se describen algunas recomendaciones generales de intervención, a modo de ayuda para la toma de decisiones sobre las acciones de mejora que deberán tomarse a partir de los resultados obtenidos. De manera más concreta, cabe destacar cinco posibles aplicaciones del método de factores psicosociales:



- a) Para la evaluación de situaciones específicas.
- b) Para la localización de fuentes de problemas.
- c) Para diseñar cambios (contenido, magnitud y dirección) y priorizar actuaciones.
- d) Para la comparación de un grupo en dos momentos distintos o entre distintos grupos.
- e) Para tomar conciencia de la situación.

### **3.6.1.3. Presentación de resultados**

El método ha sido concebido para obtener valoraciones grupales de trabajadores en situaciones relativamente homogéneas. El método presenta los resultados en dos diferentes formatos; por un lado se ofrecen las probabilidades de riesgo junto con la media aritmética del colectivo analizado para cada uno de los factores (Perfil Valorativo) y, por otro, se ofrece el porcentaje de contestación de cada opción de respuesta de cada pregunta (Informe) por parte del colectivo analizado.

### **3.6.2. Maslach Burnout Inventory MBI-HSS**

Para determinar la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería se utilizara el Maslach Burnout Inventory – versión Human Services Survey - (MBI-HSS) (CHRISTINA MASLACH • SUSAN E. JACKSON, 1986) en su versión en español. Los datos se recogieron mediante la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) elaborada por Gil-Monte (1994) y Gil-Monte y Peiró (1997), dirigida a profesionales de servicios humanos (Maslach & Jackson, 1986) (Anexo N°3) ya que está dirigido a los profesionales de la salud y se destina



sólo a trabajadores/as dedicados/as a trabajos de contacto con personas (educación, sanidad, asistentes social, etc.).

Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (8 ítems) (v. g., Me siento acabado); *agotamiento emocional* (9 ítems) (v. g., Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo); y, *despersonalización* (5 ítems) (v. g., Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes).

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Este cuestionario se realiza en 10 a 15 minutos y mide los tres (3) aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

- Subescala de agotamiento emocional: Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
- Subescala de realización personal: Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.



Obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

En el estudio se contempló que en la aplicación del cuestionario no existiría un punto de corte establecido para decir si hay o no Síndrome de Burnout ya que de todas las respuestas se obtiene una puntuación que se suma. Para interpretarlo se utiliza la siguiente escala (Tabla N°6):

<b>Nivel</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
<b>Bajo</b>	<19	<6	<= 40
<b>Medio</b>	Entre 19 - 26	Entre 6 a 9	Entre 34 - 39
<b>Alto</b>	>= 27	>9	<= 33

**Tabla 6 Nivel de riesgo Burnout**  
**Autor: Fuente, Cuestionario Maslach Burnout Inventory**

Por ello en el análisis de cada uno de estos factores se obtiene resultados bajos, medios o altos, lo que permite evaluar el Síndrome de Burnout que tiene cada trabajador con relación a cada factor, es decir agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Cabe recalcar que para la Dimensión Realización Personal un nivel bajo es considerado grave.



## CAPITULO IV: RESULTADOS

Para el procesamiento de los datos se recolecto la información de los cuestionarios aplicados a los trabajadores de la Clínica Santa Ana, utilizando las encuestas del F-PSICO y el cuestionario Maslach Burnout Inventory, cabe mencionar que la información de las encuestas correspondientes al F-Psico se ingresó a la AIP (Aplicación Informática para la Prevención).

Para el procesamiento de los datos del cuestionario Maslach Burnout Inventory se elaboró un programa informático en Excel (Anexo N°4), que cuenta con la opción de ingresar los datos manualmente, estos datos se guardan en una base de datos y permite analizar las diferentes relaciones entre variables demográficas y las dimensiones del Síndrome de Burnout. Las figuras y tablas fueron realizadas en Excel.

### **4.1.Resultados de la aplicación del Método de Evaluación de Factores Psicosociales**

#### **F-PSICO**

##### **4.1.1. Datos Demográficos**

El estudio se realizó con toda la población compuesta por Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, cuya información demográfica se reúne en la Tabla N°7:



Característica		n	%
Rango de edad	16-24 años	4	7
	25-34 años	26	47
	35-44 años	2	4
	45-54 años	11	20
	55-64 años	12	22
	65 o más años	0	
Sexo	Hombre	5	9
	Mujer	50	91
Ocupación	Enfermera	27	49
	Auxiliar de Enfermería	13	24
	Residente	15	27
Horario	Horario fijo de entrada y salida del trabajo	42	76
	Una parte fija obligatoria y una parte flexible	12	22
	Tengo libertad para adaptar el horario de trabajo	1	2

**Tabla 7 Información demográfica de los trabajadores**  
**Autor: Elaboración propia a partir de los datos del sistema informático F-PSICO**

#### 4.1.2. Tasa de respuesta

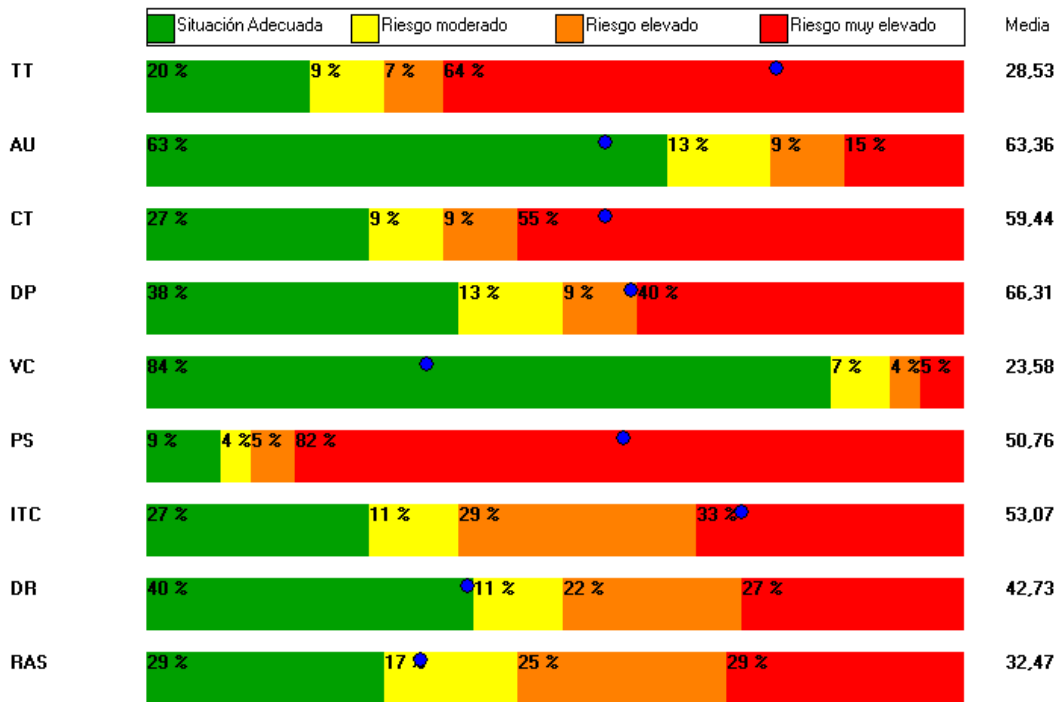
En total fueron 55 participantes debido a que: del grupo de Enfermeras, una (1) se encontraba con permiso de maternidad y tres (3) con vacaciones. Renunció un (1) Médico Residente. De las Auxiliares de Enfermería una (1) se encontraban de vacaciones y dos (2) no llenaron las encuestas. Resumiendo la población quedó constituida por 55 trabajadores como se detalla en la Tabla N°7.

Se obtuvo un porcentaje de respuesta del 96%, 55 encuestas llenadas y un 4% de que indica 2 encuestas no llenadas.



### 4.1.3. Principales Factores de Riesgo Psicosocial en los trabajadores

➤ **Análisis Población Estudio**



**Figura 8** Perfiles de Riesgos Psicosocial Población Total  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

A continuación se presentan los Datos Descriptivos de la Población Estudio:





Datos descriptivos										
Nombre	N° casos	TT Tiempo	AU Autono	CT Carga	DP Demand	VC Varied	PS Partic	ITC Interé	DR Desemp	RAS Relaci
		SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME	SA RM RE ME
Todos los cuestionarios	55	20 9 7 63	63 12 9 14	27 9 9 54	38 12 9 40	83 7 3 5	9 3 5 81	27 10 29 32	40 10 21 27	29 16 25 29
a. ¿Qué edad tienes?										
>16-24 años	4	0 25 50 25	75 0 25 0	50 0 0 50	75 0 0 25	100 0 0 0	0 0 25 75	25 0 50 25	50 25 0 25	50 0 25 25
>25-34 años	26	15 11 3 69	65 11 11 11	19 15 3 61	23 19 11 46	80 3 3 11	7 3 3 84	34 11 19 34	34 11 15 38	34 11 23 30
>35-44 años	2	50 0 0 50	100 0 0 0	100 0 0 0	50 50 0 0	50 50 0 0	0 0 0 100	0 0 100 0	100 0 0 0	50 0 50 0
>45-54 años	11	54 0 9 36	72 0 9 18	36 0 18 45	63 0 0 36	81 18 0 0	18 9 0 72	18 9 36 36	36 9 45 9	0 36 18 45
>55-64 años	12	0 8 0 91	41 33 0 25	16 8 16 58	33 8 16 41	91 0 8 0	8 0 8 83	25 16 25 33	41 8 25 25	33 16 33 16
>65 o más años	0									
b. Sexo										
>Hombre	5	0 0 0 100	60 0 0 40	0 20 0 80	0 0 20 80	60 0 0 40	0 0 0 100	40 20 0 40	40 0 20 40	60 0 0 40
>Mujer	50	22 10 8 60	64 14 10 12	30 8 10 52	42 14 8 36	86 8 4 2	10 4 6 80	26 10 32 32	40 12 22 26	26 18 28 28
c. Ocupación										
>Enfermera	27	33 11 7 48	66 14 7 11	33 7 11 48	51 14 3 29	85 11 3 0	18 7 7 66	33 3 37 25	48 14 14 22	37 7 22 33
>Auxiliar de Enfermería	13	7 0 7 84	61 15 0 23	30 7 15 46	53 0 15 30	92 0 7 0	0 0 7 92	15 23 30 30	46 0 38 15	15 30 38 15
>Residente	15	6 13 6 73	60 6 20 13	13 13 0 73	0 20 13 66	73 6 0 20	0 0 0 100	26 13 13 46	20 13 20 46	26 20 20 33
d. Tu horario es:										
>Horario fijo de entrada y salida del trabajo	42	23 9 7 59	64 11 4 19	33 9 9 47	40 7 7 45	85 9 0 4	7 4 2 85	28 14 30 26	38 9 28 23	23 19 26 30
>Una parte fija obligatoria y una parte flexible	12	8 0 8 83	58 16 25 0	8 8 8 75	25 33 16 25	75 0 16 8	16 0 8 75	25 0 16 58	50 16 0 33	41 8 25 25
>Tengo libertad para adaptar el horario de trabajo	1	0 100 0 0	100 0 0 0	0 0 0 100	100 0 0 0	100 0 0 0	0 0 100 0	0 0 100 0	0 0 0 100	100 0 0 0

Figura 9 Datos descriptivos F-PSICO  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
<b>SA</b>	11	35	15	21	46	5	15	22	16
<b>RM</b>	5	7	5	7	4	2	6	6	9
<b>RE</b>	4	5	5	5	2	3	16	12	14
<b>RME</b>	35	8	30	22	3	45	18	15	16

**Tabla 8 Niveles de Riesgo Población Estudio**  
**Autor: Christian Plaza**

Respecto al factor Tiempo de Trabajo, el 64% (35) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 7% (4) en el nivel de riesgo elevado, 9% (5) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 20% (11) en situación adecuada. En cuanto al factor Autonomía, el 15% (8) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 9% (5) en el nivel de riesgo elevado, 13% (7) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 63% (35) en situación adecuada.

Del factor Carga de Trabajo, el 55% (30) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 9% (5) en el nivel de riesgo elevado, 9% (5) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 27% (15) en situación adecuada. Con relación al factor Demandas Psicológicas, el 40% (22) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 9% (5) en el nivel de riesgo elevado, 13% (7) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 38% (21) en situación adecuada.

De la Variedad/Contenido del trabajo, el 5% (3) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 4% (2) en el nivel de riesgo elevado, 7% (4) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 84% (46) en situación adecuada.



Con referencia al factor Participación/Supervisión, el 82% (45) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 5% (3) en el nivel de riesgo elevado, 4% (2) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 9% (5) en situación adecuada.

Del factor Interés por el trabajador/Compensación el 33% (45) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 29% (3) en el nivel de riesgo elevado, 11% (2) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 27% (5) en situación adecuada.

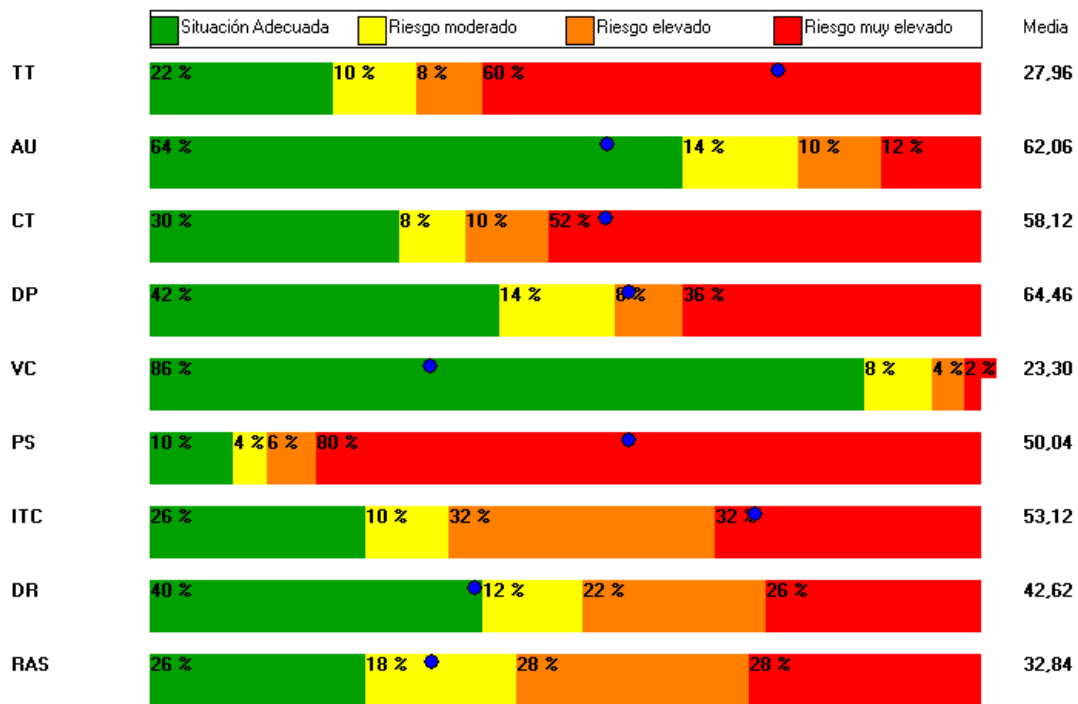
De acuerdo al Desempeño de Rol, el 27% (15) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 22% (12) en el nivel de riesgo elevado, 11% (6) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 40% (22) en situación adecuada.

De las Relaciones y Apoyo Social, el 29% (16) de la población está dentro del nivel de riesgo muy elevado, 25% (14) en el nivel de riesgo elevado, 17% (9) en dentro del nivel de riesgo moderado y el 29% (16) en situación adecuada.

Los factores Participación/Supervisión, Tiempo de Trabajo, Carga de Trabajo, Demandas Psicológicas presentan mayor afectación, con un porcentaje de 82%, 64%; 55%; y 40% respectivamente.



**Colectivo: Mujer**



**Figura 10 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer**  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	11	32	15	21	43	5	13	20	13
RM	5	7	4	7	4	2	5	6	9
RE	4	5	5	4	2	3	16	11	14
RME	30	6	26	18	1	40	16	13	14

**Tabla 9 Niveles de Riesgo Mujer**  
 Autor: Christian Plaza

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 60% (30) de riesgo muy elevado, de 8% (4) de riesgo elevado, 10 % (5) de riesgo moderado y 22% (11) en situación adecuada. Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta una insatisfacción en el grupo de trabajadores.

Autonomía: los valores llegan a 64% (32) en situación adecuada, 14 % (7) en riesgo



moderado, 10% (5) en riesgo elevado y en el nivel de riesgo muy elevado el 12% (6). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: este factor es representado en 52% (26) por el riesgo muy elevado, el 10% (5) en riesgo elevado, 8% (4) en riesgo moderado y 30% (15) en situación adecuada. Se debe tomar medidas correctivas rápidamente puesto que los trabajadores presentan estrés debido a la carga de trabajo. Demandas Psicológicas: evidencia valores en situación adecuada del 42% (21), en un nivel de riesgo moderado de 14% (7), un nivel de riesgo elevado del 8% (4) y un nivel de riesgo muy elevado de 36% (18). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta una insatisfacción del grupo de trabajadores, traducido en estrés en su puesto de trabajo.

Variedad/Contenido: el nivel de situación adecuada llega a 86% (43), el riesgo moderado está en el 8% (4), 4% (2) en el riesgo elevado y en el riesgo muy elevado denota tan sólo el 2% (1), por lo que se considera que no hay fuente de problemas; de todas formas se debería realizar evaluación general de los riesgos psicosociales. Participación/Supervisión: en el rango de situación de riesgo muy elevado se encuentra un 80% (40) mientras en el intermedio califica con 6% (3) de riesgo elevado y aparece un 4% (2) en el rango de riesgo moderado con una situación adecuada del 10% (5). Necesita acciones inmediatas para este factor.

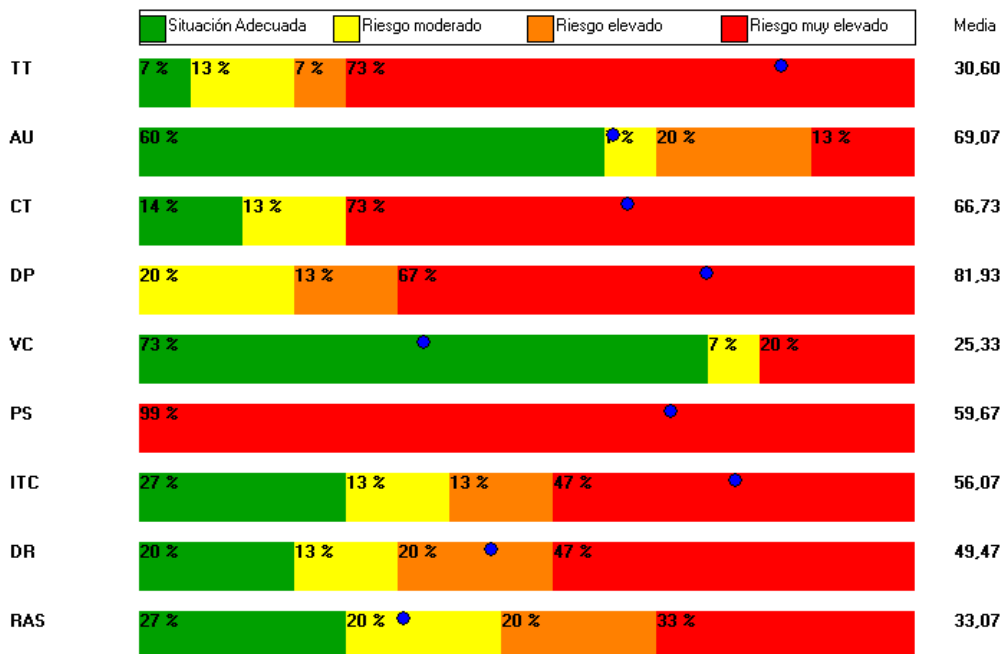
Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 26% (13), en el nivel de riesgo moderado en 10% (5) elevado en 32% (16) y en el nivel de riesgo muy elevado en 32% (16), lo que quiere decir que hay trabajadores que se sienten aislados en la Clínica. Se debe considerar una alerta para acciones futuras. Desempeño de rol: el nivel de



riesgo situación adecuada llega a 40% (20), en el riesgo moderado denota el 12% (6), en el riesgo elevado denota el 22% (11) y el nivel de riesgo muy elevado llega a 26% (13), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño.

Relaciones y apoyo social: se presenta un nivel de riesgo muy elevado de 28%, nivel de riesgo elevado de 28%, nivel de riesgo moderado 18% y dentro de situación adecuada el 26% (14). Se debe considerar una alerta para acciones futuras. Los factores Tiempo de Trabajo, Carga de Trabajo, y principalmente la Participación/Supervisión presentan mayor afectación, con un porcentaje de 60%; 52%; y 80% respectivamente.

**Colectivo: Médicos Residentes**



**Figura 11 Perfiles de Riesgos Psicosocial Residentes**  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

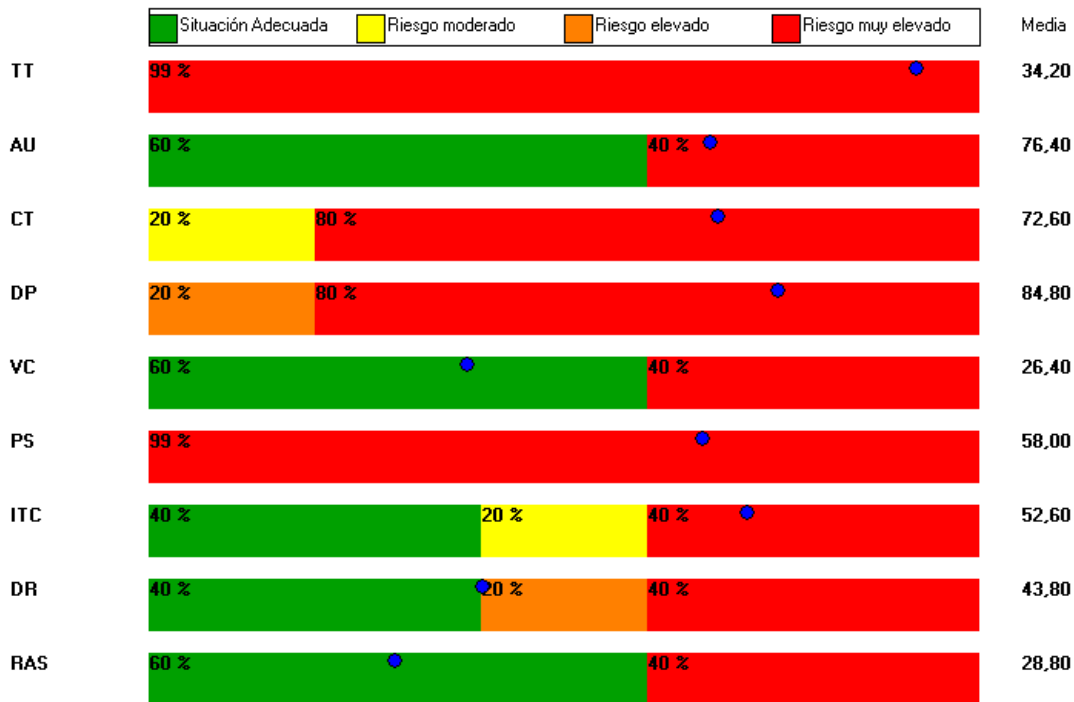


**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	1	9	2	0	11	0	4	3	4
RM	2	1	2	3	1	0	2	2	3
RE	1	3	0	2	0	0	2	3	3
RME	11	2	11	10	3	15	7	7	5

**Tabla 10 Niveles de Riesgo Médicos Residentes**  
**Autor: Christian Plaza**

**Colectivo:** Hombre; Médicos Residentes; 25-34 años.



**Figura 12 Perfiles de Riesgos Psicosocial Hombres/Médicos Residentes/25-34 años**  
**Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil**

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	3	0	0	3	0	2	2	3
RM	0	0	1	0	0	0	1	0	0
RE	0	0	0	1	0	0	0	1	0
RME	5	2	4	4	2	5	2	2	2

**Tabla 11 Niveles de Riesgo Hombre/Médico Residente/-25-34 años**  
**Autor: Christian Plaza**

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 100% (5) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Autonomía: los valores llegan a 60% (3) en situación adecuada y en el nivel de riesgo muy elevado el 40% (2). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: este factor es representado en 80% (4) por el riesgo muy elevado y 20% (1) en riesgo moderado. Se debe tomar medidas correctivas rápidamente puesto que los trabajadores presentan efectos debido a la carga de trabajo. Demandas Psicológicas: evidencia un nivel de riesgo muy elevado de 80% (4) y valores de riesgo elevado del 20% (1). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta una insatisfacción del grupo de trabajadores, traducido en estrés en su puesto de trabajo.

Variedad/Contenido: el nivel de situación adecuada llega a 60% (3) y el riesgo muy elevado denota en el 20% (2), por lo que se considera que no hay fuente de problemas; de todas formas se debería realizar control de los riesgos psicosociales.





Participación/Supervisión: este factor evidencia 100% (5) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana.

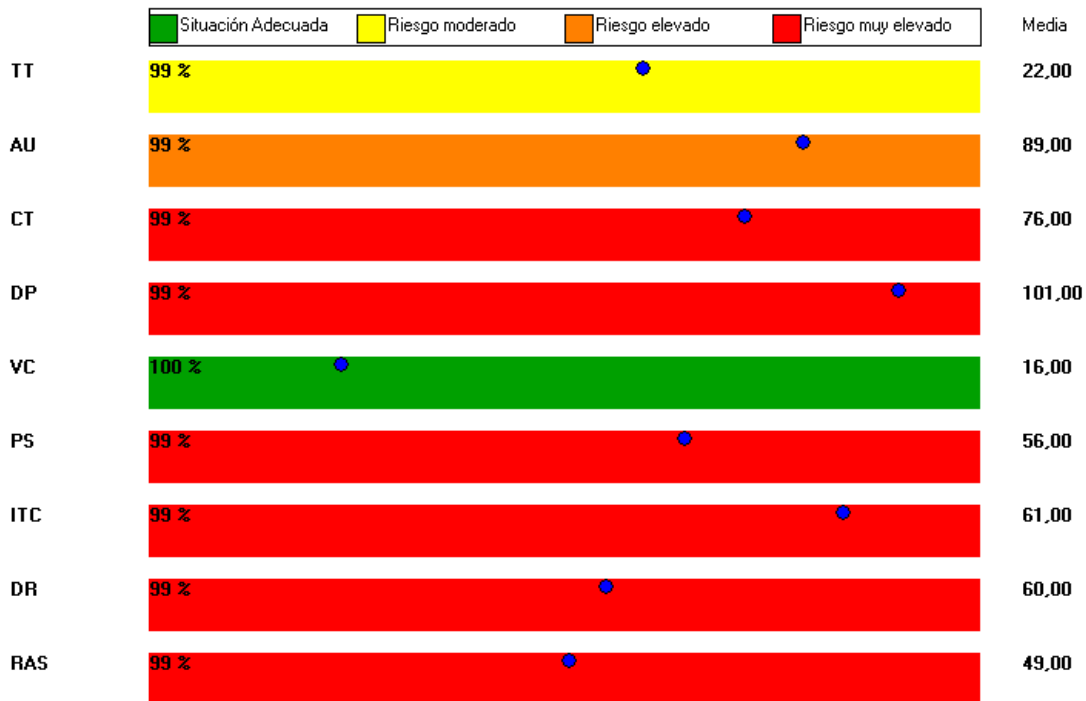
Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 40% (2), en el nivel de riesgo moderado en 20% (1) y en el nivel de riesgo muy elevado en 40% (2), lo que quiere decir que hay trabajadores que se sienten aislados en la Clínica. Se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Desempeño de rol: el nivel de riesgo situación adecuada llega a 40% (2), en el riesgo elevado denota el 20% (1) y el nivel de riesgo muy elevado llega a 40% (2), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño.

Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se encuentra el 60% (3) y se presenta un nivel de riesgo muy elevado de 40% (2). Se debe considerar una alerta para acciones futuras. Los factores Tiempo de Trabajo y Participación/Supervisión presentan afectación completa por lo que se debe realizar una intervención inmediata. Los factores, Carga de Trabajo y Demandas Psicológicas presentan también afectación muy grave con valores de 80%.



**Colectivo:** 16-24 años; Mujer; Médico Residente; Horario fijo de entrada y salida del trabajo.



**Figura 13** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Médico Residente/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	0	0	0	1	0	0	0	0
RM	1	0	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RME	0	1	1	1	0	1	1	1	1

**Tabla 12** Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza

Los factores Carga de trabajo, Demandas Psicológicas, Participación/Supervisión Interés por el Trabajador/Compensación; Desempeño de rol y Relaciones y apoyo social presentan



afectación completa dentro del nivel de riesgo muy elevado por lo que se debe realizar una intervención inmediata. El factor Autonomía se encuentra dentro del nivel elevado para el cual se tomaran medidas correctivas para evitar su afectación.

**Colectivo:** 25-34 años; Mujer; Médico Residente; Horario fijo de entrada y salida del trabajo

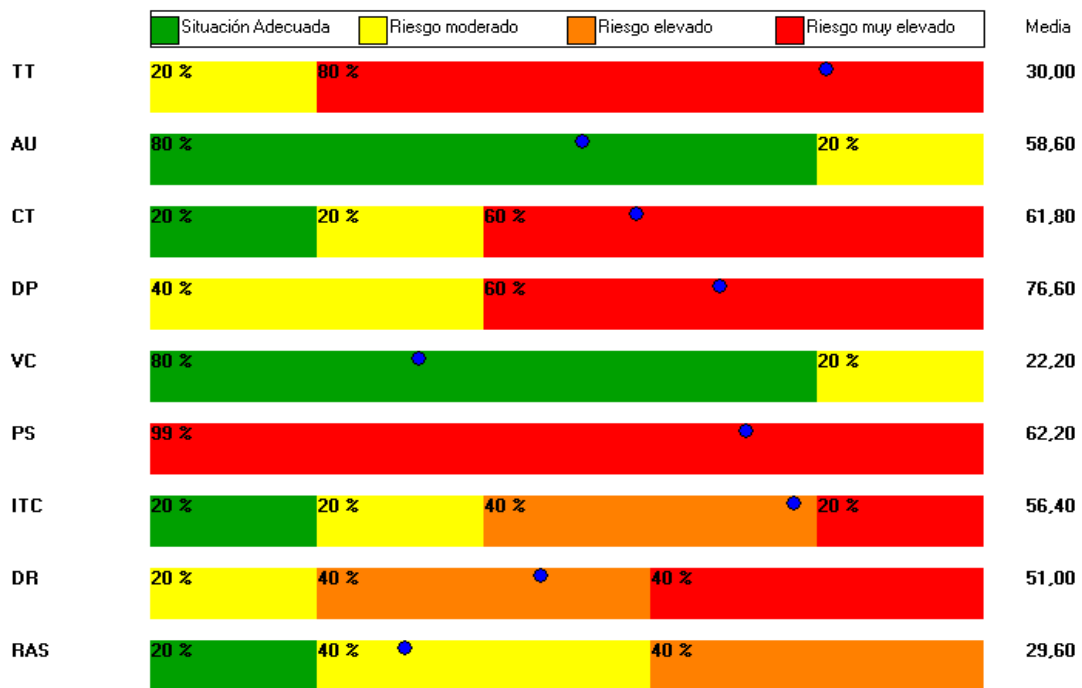


Figura 14 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Residente/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	4	1	0	4	0	1	0	1
RM	1	1	1	2	1	0	1	1	2
RE	0	0	0	0	0	0	2	2	2
RME	4	0	3	3	0	5	1	2	0

Tabla 13 Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Christian Plaza



Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 80% (4) de riesgo muy elevado y 20% (1) de riesgo moderado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Autonomía: los valores llegan a 80% (4) en situación adecuada y en el nivel de riesgo moderado el 20% (1). Se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: este factor es representado en 60% (3) por el riesgo muy elevado, 20% (1) en riesgo moderado y 20% (1) en situación adecuada. Se debe tomar medidas correctivas rápidamente puesto que los trabajadores presentan estrés debido a la carga de trabajo. Demandas Psicológicas: evidencia un nivel de riesgo muy elevado de 60% (4) y valores de riesgo moderado del 20% (1). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta una insatisfacción del grupo de trabajadores, traducido en estrés en su puesto de trabajo.

Variedad/Contenido: el nivel de situación adecuada llega a 80% (4) y el riesgo moderado denota en el 20% (1), por lo que se considera que no hay fuente de problemas; de todas formas se debería realizar control de los riesgos psicosociales. Participación/Supervisión: este factor evidencia 100% (5) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana.

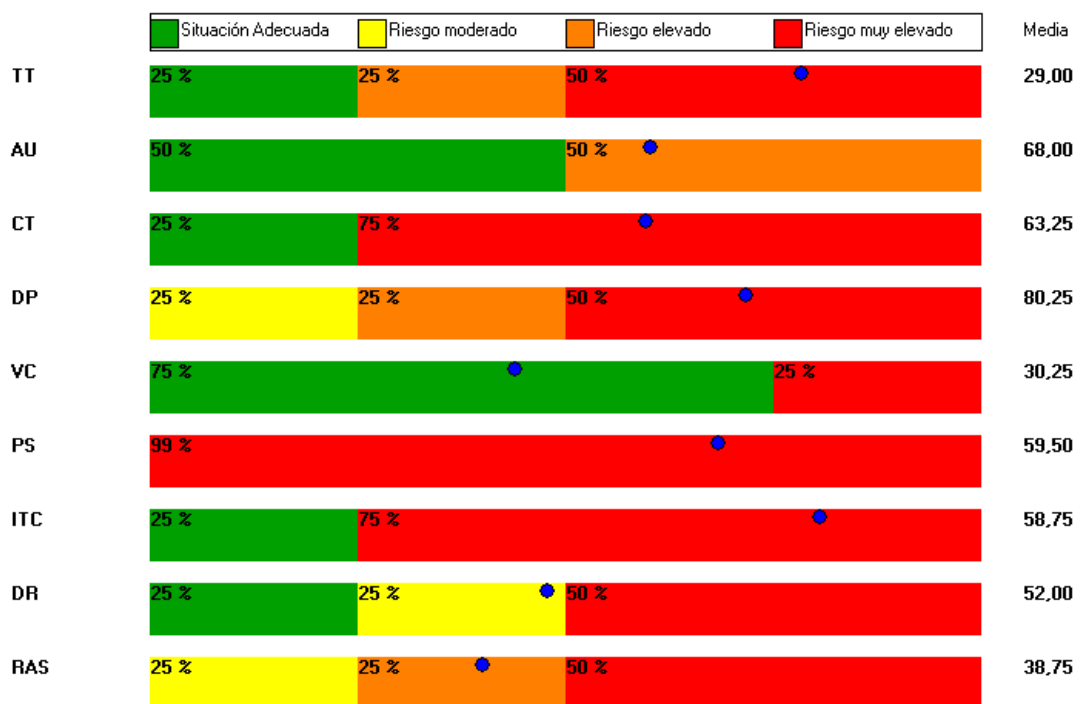
Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 20% (1), en el nivel de riesgo moderado en 20% (1), el nivel de riesgo elevado en 40% (2) y en el nivel de riesgo muy elevado el 20% (1), lo que quiere decir que hay trabajadores que se siente



aislados en la Clínica. Se debe considerar una alerta para acciones futuras. Desempeño de rol: el nivel de riesgo situación adecuada llega a 20% (1), en el riesgo moderado denota el 40% (2) y el nivel de riesgo muy elevado llega a 40% (2), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño.

Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se encuentra el 20% (1), en el nivel de riesgo moderado esta el 40% (2) y se presenta un nivel de riesgo muy elevado de 40% (2) se debe considerar una alerta para acciones futuras.

**Colectivo:** 25-34 años; Mujer; Médico Residente; Una parte fija obligatoria y una parte flexible



**Figura 15** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Médico Residente//25-34 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	1	2	1	0	3	0	1	1	0
RM	0	0	0	1	0	0	0	1	1
RE	1	2	0	1	0	0	0	0	1
RME	2	0	3	2	1	4	3	2	2

**Tabla 14 Niveles de Riesgo Mujer/Médico Residente/25-34 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible**

**Autor: Christian Plaza**

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 50% (2) de riesgo muy elevado, en el riesgo elevado denota el 25% (1) y en situación adecuada 25% (1). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras. Autonomía: los valores llegan a 50% (2) en situación adecuada y en el nivel de riesgo elevado el 50% (2). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: este factor es representado en 75% (3) por una situación adecuada y el riesgo muy elevado del 25% (1). Se debe tomar medidas correctivas rápidamente puesto que los trabajadores presentan efectos de la carga de trabajo. Demandas Psicológicas: evidencia un nivel de riesgo muy elevado de 50% (2), valores de riesgo elevado del 25% (1) y en situación adecuada el 25% (1) se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores, traducido en estrés en su puesto de trabajo.

Variedad/Contenido: el nivel de situación adecuada llega a 75% (3) y el riesgo muy elevado denota en el 25% (1), por lo que se considera que no hay fuente de problemas; de todas formas se debería realizar control de los riesgos psicosociales.



Participación/Supervisión: este factor evidencia 100% (4) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana.

Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 25% (1) y en el nivel de riesgo muy elevado en 75% (3), lo que quiere decir que hay trabajadores que se sienten aislados en la Clínica, se debe corregir rápidamente.

Desempeño de rol: el nivel de riesgo situación adecuada llega a 25% (1), en el riesgo elevado denota el 25% (1) y el nivel de riesgo muy elevado llega a 50% (2), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño.

Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se encuentra el 25% (1), en el nivel de riesgo elevado se encuentra el 25% (1) y se presenta un nivel de riesgo muy elevado del 50% (2). Se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Los factores Participación/Supervisión y Carga de Trabajo presentan afectación completa y casi total por lo que se debe realizar una intervención inmediata.



Colectivo: Enfermera

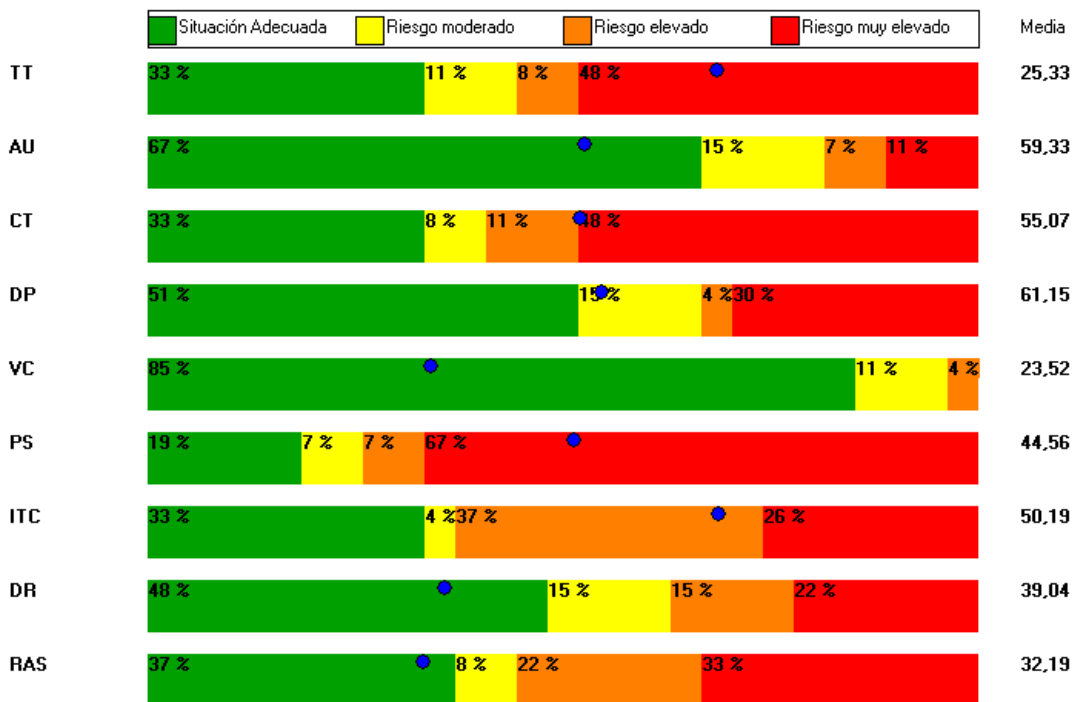


Figura 16 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

PERFILES:

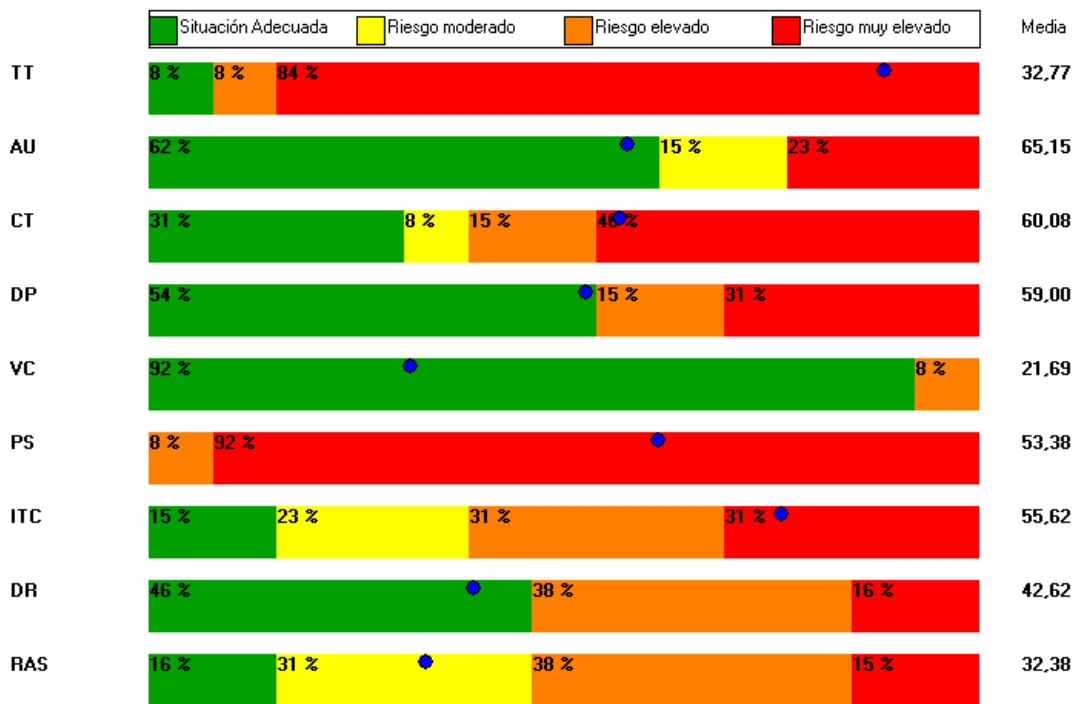
Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	9	18	9	14	23	5	9	13	10
RM	3	4	2	4	3	2	1	4	2
RE	2	2	3	1	1	2	10	4	6
RME	13	3	13	8	0	18	7	6	9

Tabla 15 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera  
 Autor: Christian Plaza





**Colectivo:** Auxiliar de Enfermería



**Figura 17** Perfiles de Riesgos Psicosocial Auxiliar de Enfermería  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

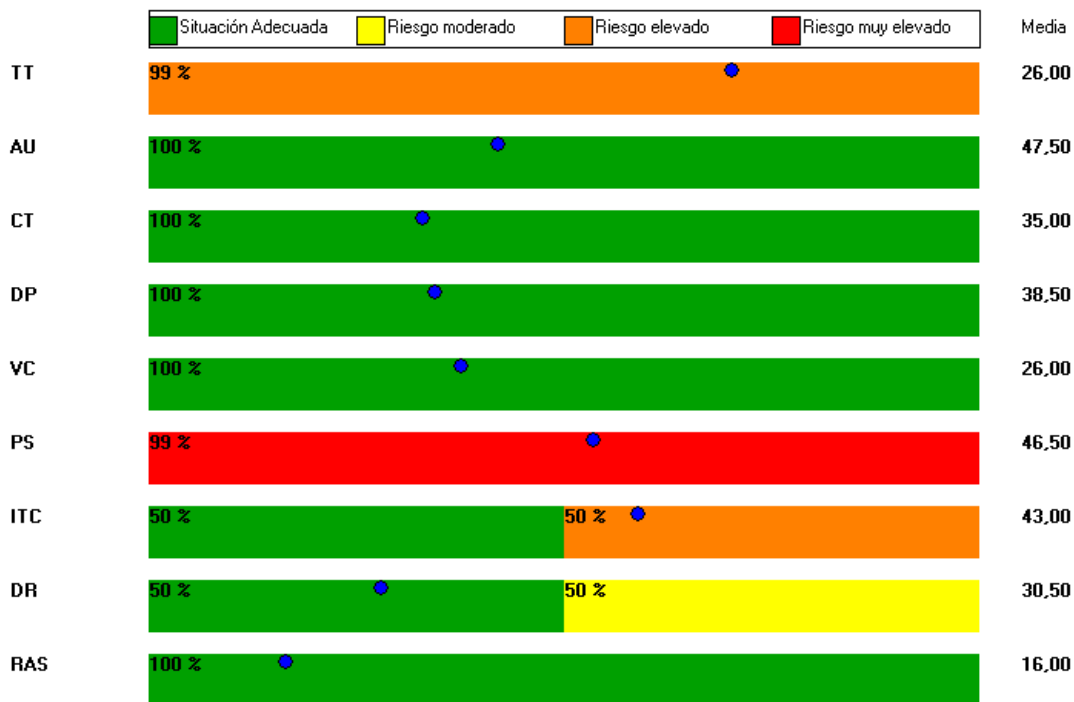
**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	1	8	4	7	12	0	2	6	2
RM	0	2	1	0	0	0	3	0	4
RE	1	0	2	2	1	1	4	5	5
RME	11	3	6	4	0	12	4	2	2

**Tabla 16** Niveles de Riesgo Auxiliar de Enfermería  
 Autor: Christian Plaza



**Colectivo:** 16-24 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo



**Figura 18** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	2	2	2	2	0	1	1	2
RM	0	0	0	0	0	0	0	1	0
RE	2	0	0	0	0	0	1	0	0
RME	0	0	0	0	0	2	0	0	0

**Tabla 17** Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/16-24 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza

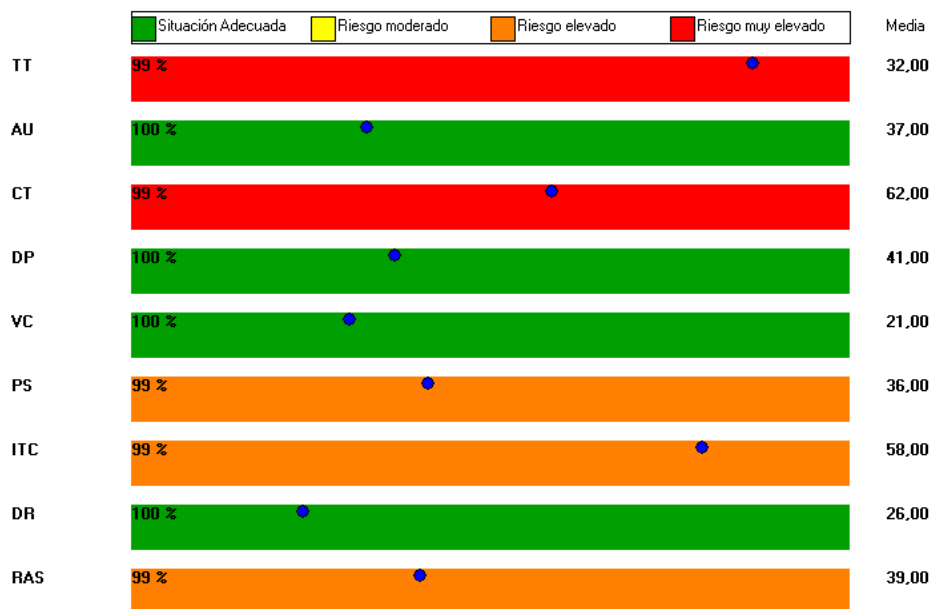
Tiempo de Trabajo: este factor evidencia en su totalidad riesgo elevado. Necesita acciones correctivas rápidamente para evitar daños a los trabajadores. Participación/Supervisión: este factor evidencia 100% (2) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para



corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 50% (1) y en el nivel de riesgo elevado en 50% (1), lo que quiere decir que hay trabajadores que se sienten aislados en la Clínica, se debe corregir en el menor tiempo posible.

Desempeño de rol: el nivel de riesgo situación adecuada llega a 50% (1) y en el riesgo moderado denota el 50% (1), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño. Los factores Autonomía, Carga de trabajo, Demandas Psicológicas, Variedad/Contenido y Relaciones y apoyo social están en situación adecuada por lo que no representan un riesgo a controlar.

**Colectivo:** 16-24 años; Mujer; Enfermera; Una parte fija obligatoria y una parte flexible



**Figura 19** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/16-24 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	1	0	1	1	0	0	1	0
RM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	0	1	1	0	1
RME	1	0	1	0	0	0	0	0	0

**Tabla 18 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/16-24 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible**

**Autor: Christian Plaza**

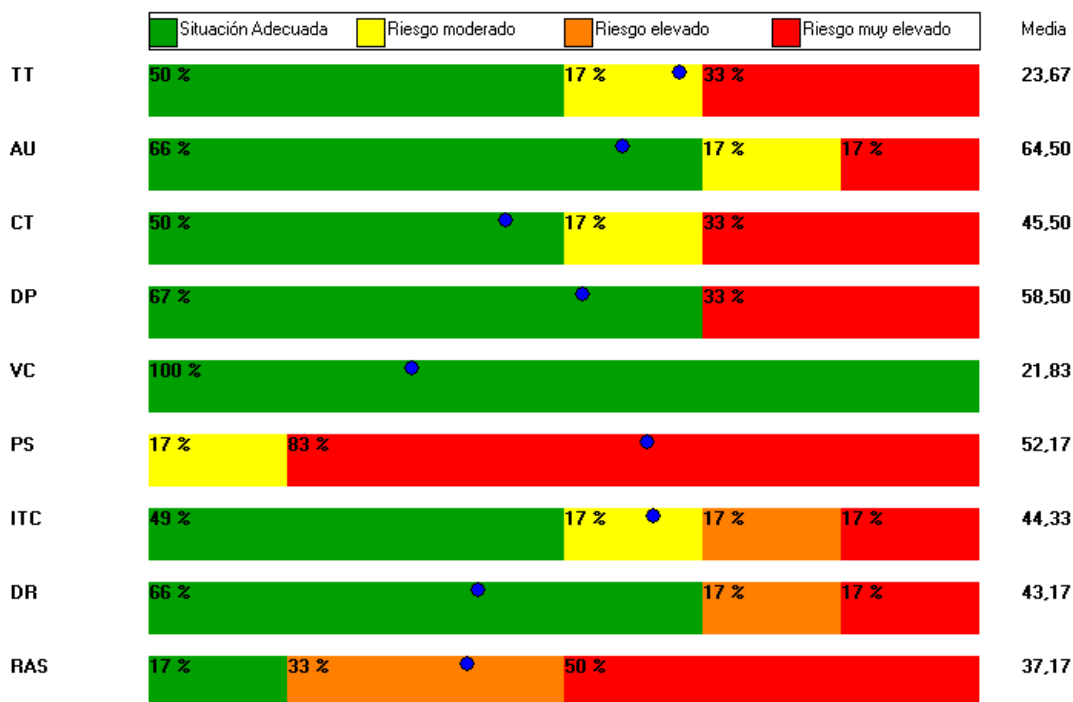
Los factores Tiempo y Carga de Trabajo evidencian en su totalidad riesgo muy elevado, por lo que necesita acciones correctivas inmediatas para evitar daños a los trabajadores.

Respecto a los factores Autonomía, Demandas Psicológicas, Variedad/contenido y Desempeño de rol se encuentran en situación adecuada por lo que no requieren intervención alguna.

En cuanto a Participación/Supervisión, Interés por el Trabajador/Compensación y Relaciones y apoyo social se encuentran en un nivel de riesgo elevado por ende requieren acciones correctivas rápidamente para evitar daños futuros.



**Colectivo:** 25-34 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo



**Figura 20** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

### PERFILES:

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	3	4	3	4	6	0	3	4	1
RM	1	1	1	0	0	1	1	0	0
RE	0	0	0	0	0	0	1	1	2
RME	2	1	2	2	0	5	1	1	3

**Tabla 19** Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
Autor: Christian Plaza

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 50% (3) en situación adecuada, 17% (1) en riesgo moderado y 33% (2) en riesgo muy elevado. Pese a que no necesita acciones inmediatas se



debe considerar una alerta para acciones futuras. Autonomía: los valores llegan a 66% (4) en situación adecuada, en riesgo moderado 17% (1) y en el nivel de riesgo elevado el 17% (1). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: este factor es representado en 50% (3) por una situación adecuada, 17 % (1) en riesgo moderado y en riesgo muy elevado el 33% (2). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales. Demandas Psicológicas: evidencia una situación adecuada del 67% (4) y un nivel de riesgo muy elevado de 33% (2). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores, traducido en estrés en su puesto de trabajo.

Variedad/Contenido: la situación adecuada es total, no se requiere de intervención. Participación/Supervisión: este factor evidencia 75% (5) de riesgo muy elevado y 17% (1) de riesgo moderado. Se debe intervenir rápidamente para corregir aspectos que puedan generar daño a los trabajadores. Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 49% (3), de los niveles de riesgo moderado, elevado y muy elevado el 17% (1) de cada uno. Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

Desempeño de rol: el nivel de riesgo situación adecuada llega a 66% (4), en el riesgo elevado denota el 17% (1) y el nivel de riesgo muy elevado llega a 17% (1), por lo que se considera que hay una fuente de problemas que pueden traer consecuencias al trabajador y a su desempeño.



Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se encuentra el 17% (1), en el nivel de riesgo elevado se encuentra el 33% (2) y se presenta un nivel de riesgo muy elevado del 50% (3). Se debe considerar una alerta para acciones futuras.

**Colectivo:** 25-34 años; Mujer; Enfermera; Una parte fija obligatoria y una parte flexible

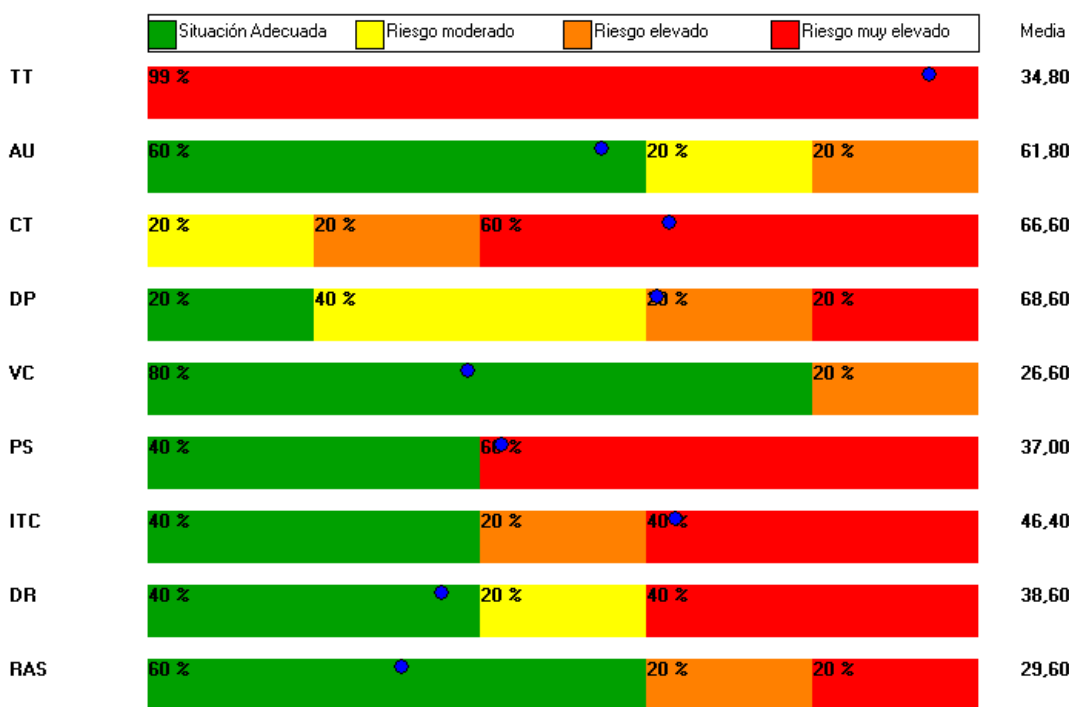


Figura 21 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermería/25-34 años/Una parte fija obligada y una parte flexible  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	3	0	1	4	2	2	2	3
RM	0	1	1	2	0	0	0	1	0
RE	0	1	1	1	1	0	1	0	1
ME	5	0	3	1	0	3	2	2	1

Tabla 20 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Una parte fija obligada y una parte flexible  
 Autor: Christian Plaza



Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 100% (5) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Autonomía: los valores llegan a 60% (3) en situación adecuada, en riesgo moderado 20% (1) y en el nivel de riesgo elevado el 20% (1). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: en riesgo muy elevado el 60% (3), el 20 % (1) en riesgo elevado y el 20% en riesgo moderado. Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores. Demandas Psicológicas: evidencia una situación adecuada del 20% (1) un riesgo moderado del 40% (2), un riesgo elevado del 20% (1) y un nivel de riesgo muy elevado de 20% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

Variedad/Contenido: la situación adecuada representa el 80% (4) y el riesgo elevado es el 20% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales. Participación/Supervisión: este factor evidencia 60% (3) de riesgo muy elevado y 40% (2) de situación adecuada. Se debe intervenir rápidamente para corregir aspectos que puedan generar daño a los trabajadores. Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de situación adecuada abarca el 40% (2), el nivel de riesgo elevado es del 20% (1) y muy elevado el 40% (2) de cada uno. Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

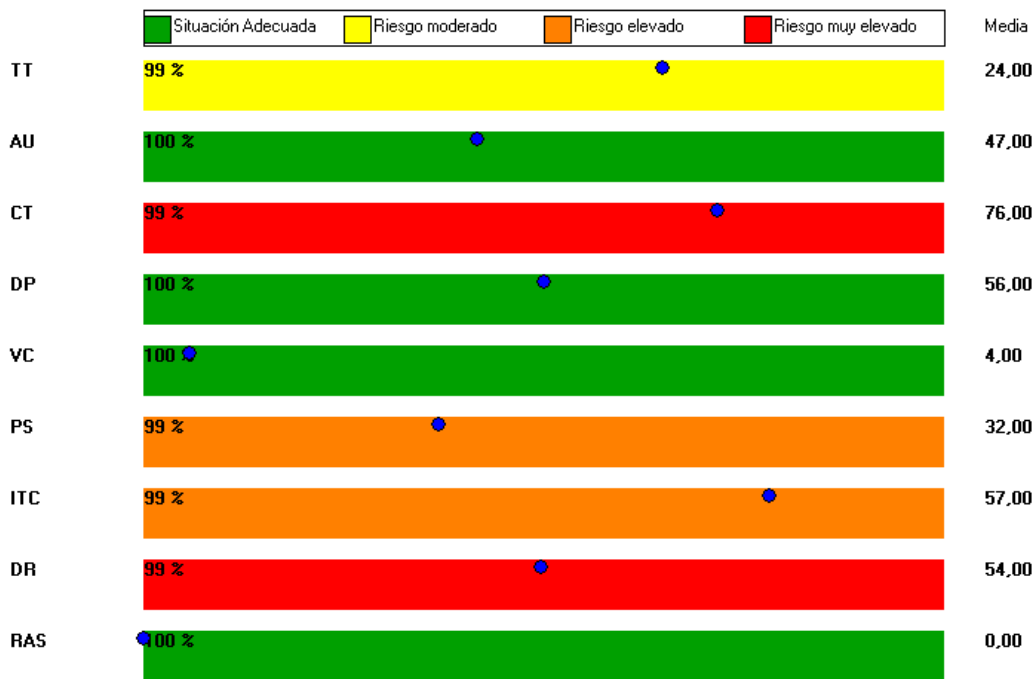
Desempeño de rol: el nivel de situación adecuada abarca el 40% (2), el nivel de riesgo moderado es del 20% (1) y muy elevado el 40% (2) de cada uno. Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales. Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se





encuentra el 60% (3), en el nivel de riesgo elevado se encuentra el 20% (1) y se presenta un nivel de riesgo muy elevado del 20% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

**Colectivo:** 25-34 años; Mujer; Enfermera; Tengo libertad para adaptar el horario de trabajo



**Figura 22 Perfil de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/25-34 años/ Tengo libertad para adaptar el horario de trabajo**  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

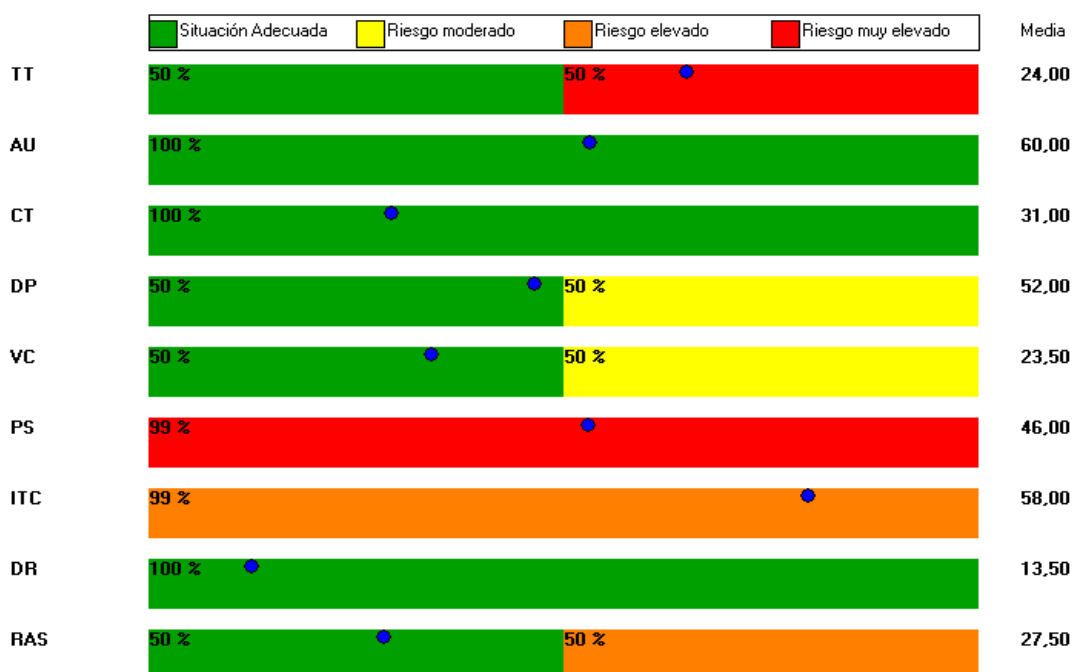
Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	1	0	1	1	0	0	0	1
RM	1	0	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	0	1	1	0	0
RME	0	0	1	0	0	0	0	1	0

**Tabla 21 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/25-34 años/Tengo liberta para adaptar el horario de trabajo**  
 Autor: Christian Plaza

El factor Tiempo de trabajo presenta un nivel de riesgo moderado para lo cual se debe controlar los factores de riesgo psicosocial. Los factores Autonomía, Demandas Psicológicas, Variedad/contenido y Relaciones y apoyo social, se encuentran en situación adecuada por lo que no requiere intervención alguna.

Respecto a Carga de Trabajo y Desempeño de rol se encuentran en riesgo muy elevado por lo que se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que pueden afectar a los trabajadores. En cuanto a Participación/Supervisión e Interés por el Trabajador/Compensación se encuentran en un nivel de riesgo elevado por ende requieren acciones correctivas rápidamente para evitar daños futuros.

**Colectivo:** 35-44 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo



**Figura 23** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/35-44 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	1	2	2	1	1	0	0	2	1
RM	0	0	0	1	1	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	0	0	2	0	1
RME	1	0	0	0	0	2	0	0	0

**Tabla 22 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/36-44 años/ Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
Autor: Christian Plaza**

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia en situación adecuada el 50% (1) y en riesgo muy elevado el otro 50% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales. Los factores Demandas Psicológicas y Variedad/contenido evidencian una situación adecuada del 50% (1) y un riesgo moderado del 50% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

Participación/Supervisión: este factor evidencia 100% (2) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de riesgo elevado es total, se debe intervenir rápidamente para corregir aspectos que puedan generar daño a los trabajadores.

Los factores Autonomía, Carga de trabajo y Desempeño de rol se muestran en situación adecuada por lo que no requieren intervención. Relaciones y apoyo social: dentro de situación adecuada se encuentra el 50% (1) y en el nivel de riesgo elevado se encuentra el 50% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.



Colectivo: 45-54 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo

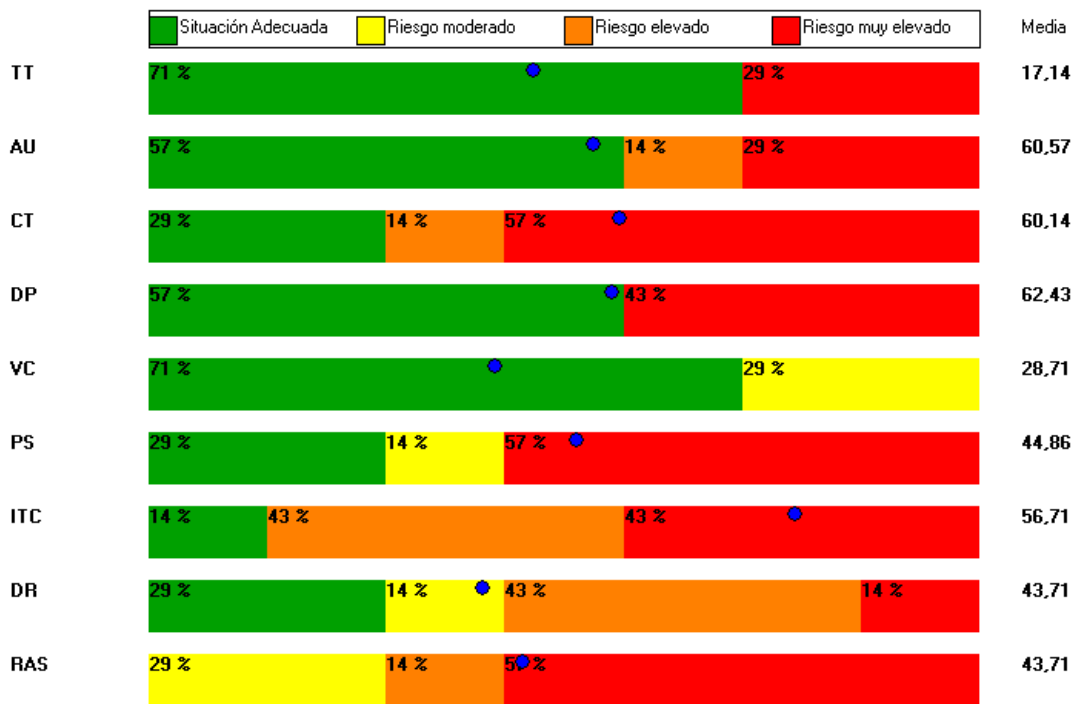


Figura 24 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera 45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	5	4	2	4	5	2	1	2	0
RM	0	0	0	0	2	1	0	1	2
RE	0	1	1	0	0	0	3	3	1
RME	2	2	4	3	0	4	3	1	4

Tabla 23 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 71% (5) en situación adecuada y 29% (2) en riesgo muy elevado. Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras. Autonomía: los valores llegan a 57% (4) en situación adecuada, en



riesgo elevado 14% (1) y en el nivel de riesgo muy elevado el 29% (2). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Carga de trabajo: respecto al nivel de riesgo muy elevado representa el 57% (4), a riesgo elevado el 14% (1) y a la situación adecuada el 29% (2). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores. Demandas Psicológicas: evidencia una situación adecuada del 57% (4) y un nivel de riesgo muy elevado de 43% (3). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

Variedad/Contenido: la situación adecuada es del 71% (5) y el riesgo moderado es del 29% (2). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras. Participación/Supervisión: este factor evidencia 57% (4) de riesgo muy elevado, 14% (1) de riesgo moderado y 29% (1) en situación adecuada. Se debe intervenir en un periodo no muy lejano para corregir aspectos que puedan dañar a los trabajadores.

Interés por el Trabajador/Compensación: el nivel de riesgo muy elevado abarca el 43% (3), el nivel de riesgo elevado representa el 43% (3) y dentro de la situación adecuada el 14% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales. Desempeño de rol: la situación es adecuada en un 29% (2), moderado en un 14% (1), elevado en un 43% (3) y en riesgo muy elevado llega a 14% (1), por lo que se deben controlar los riesgos psicosociales para evitar complicaciones futuras. Relaciones y apoyo social: se presenta un nivel de riesgo muy elevado del 57% (4), riesgo elevado 14% (1) y en el nivel de riesgo moderado el 29% (2). Se debe intervenir rápidamente para corregir aspectos que puedan generar daño a los trabajadores.



Colectivo: 55-64 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo

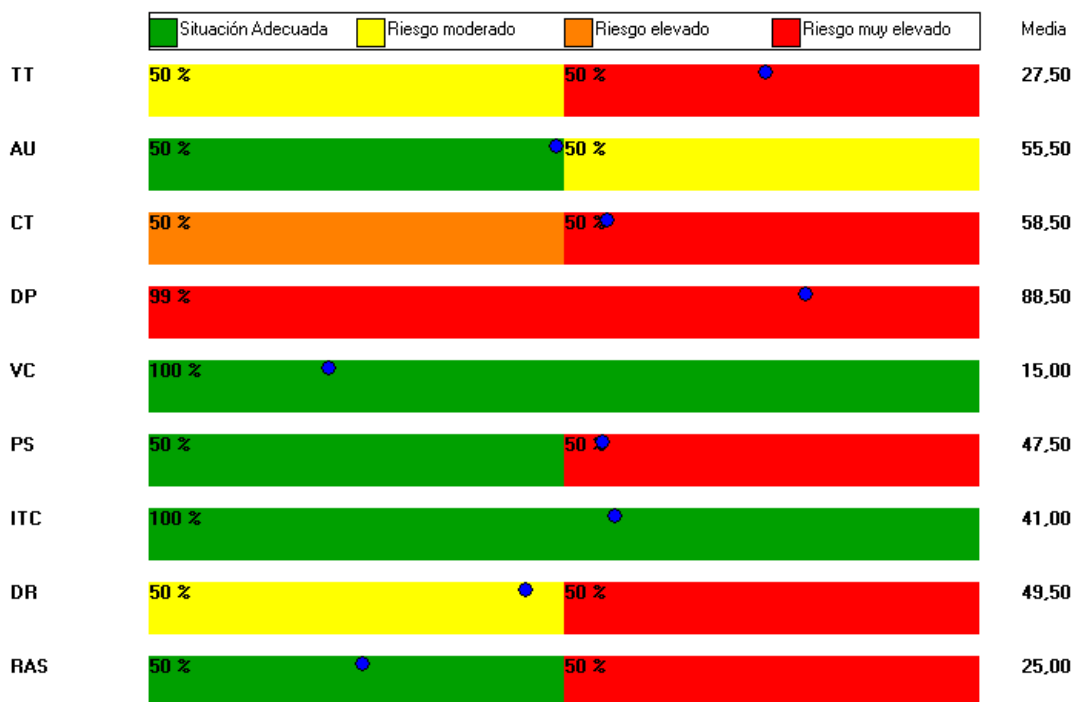


Figura 25 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	1	0	0	2	1	2	0	1
RM	1	1	0	0	0	0	0	1	0
RE	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RME	1	0	1	2	0	1	0	1	1

Tabla 24 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 50% (1) en situación adecuada y 50% (1) en riesgo muy elevado. Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.



Autonomía: los valores llegan a 50% (1) en situación adecuada y en el nivel de riesgo moderado el 50% (1). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe controlar los riesgos psicosociales. Carga de trabajo: respecto al nivel de riesgo muy elevado representa el 50% (1) y a riesgo elevado el otro 50% (1). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores.

Demandas Psicológicas: representa en su totalidad un riesgo muy elevado por lo que se debe intervenir de manera inmediata.

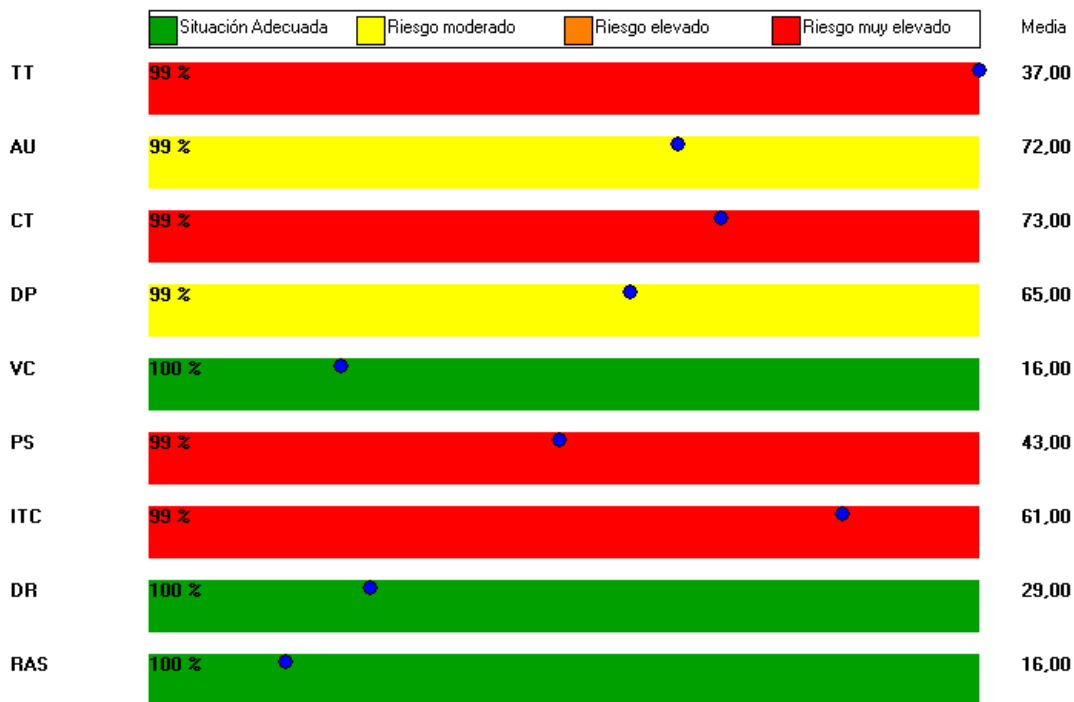
En cuanto a Variedad/contenido e Interés por el Trabajador/Compensación la situación es adecuada por lo que no necesita de intervención.

Respecto a Participación/Supervisión y Relaciones y apoyo social el nivel de riesgo muy elevado representa un 50% (1) y la situación es adecuada en el 50% (1). Se debe intervenir en un periodo no muy lejano para corregir aspectos que puedan dañar a los trabajadores.

Desempeño de rol: la situación es adecuada en un 50% (1) y en el nivel de riesgo muy elevado es también 50% (1). Se debe intervenir en un periodo no muy lejano para corregir aspectos que puedan dañar a los trabajadores.



**Colectivo:** 55-64 años; Mujer; Enfermera; Una parte fija obligatoria y una parte flexible



**Figura 26** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	0	0	0	1	0	0	1	1
RM	0	1	0	1	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RME	1	0	1	0	0	1	1	0	0

**Tabla 25** Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible

Autor: Christian Plaza

Los factores Tiempo y Carga de Trabajo, Participación/Supervisión e Interés por el trabajador/Compensación, se evidencian en su totalidad riesgo muy elevado, por lo que necesita acciones correctivas inmediatas para evitar daños a los trabajadores.





Respecto a los factores Autonomía y Demandas Psicológicas se encuentran en un nivel de riesgo moderado por lo que se deben controlar los riesgos psicosociales. En cuanto a Variedad/contenido, Desempeño de rol y Relaciones y apoyo social se encuentran en situación adecuada por lo que no se requiere de intervención.

**Colectivo:** 45-54 años; Auxiliar de Enfermería; Horario fijo de entrada y salida del trabajo

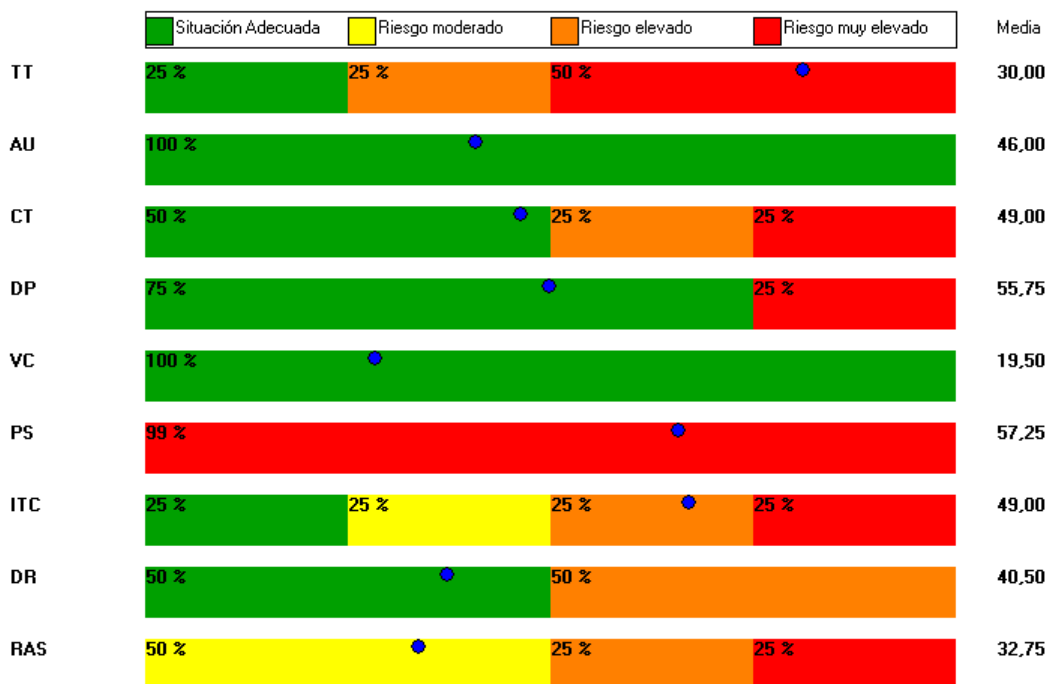


Figura 27 Perfiles de Riesgos Psicosocial Auxiliar de Enfermería/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo

Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	1	4	2	3	4	0	1	2	0
RM	0	0	0	0	0	0	1	0	2
RE	1	0	1	0	0	0	1	2	1
RME	2	0	1	1	0	4	1	0	1

Tabla 26 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza



Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 50% (2) en riesgo muy elevado, 25% (1) en riesgo elevado y 25% (1) en situación adecuada. Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe considerar una alerta para acciones futuras.

Los factores Autonomía y Variedad/Contenido están ubicados en una situación adecuada por lo que no requieren de intervención.

Carga de trabajo: la situación adecuada representa el 50% (2), el riesgo elevado representa el 25% (1) y el riesgo muy elevado el restante 25% (1). Se debe controlar los riesgos psicosociales. Demandas Psicológicas: evidencia una situación adecuada del 75% (3) y un nivel de riesgo muy elevado de 25% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

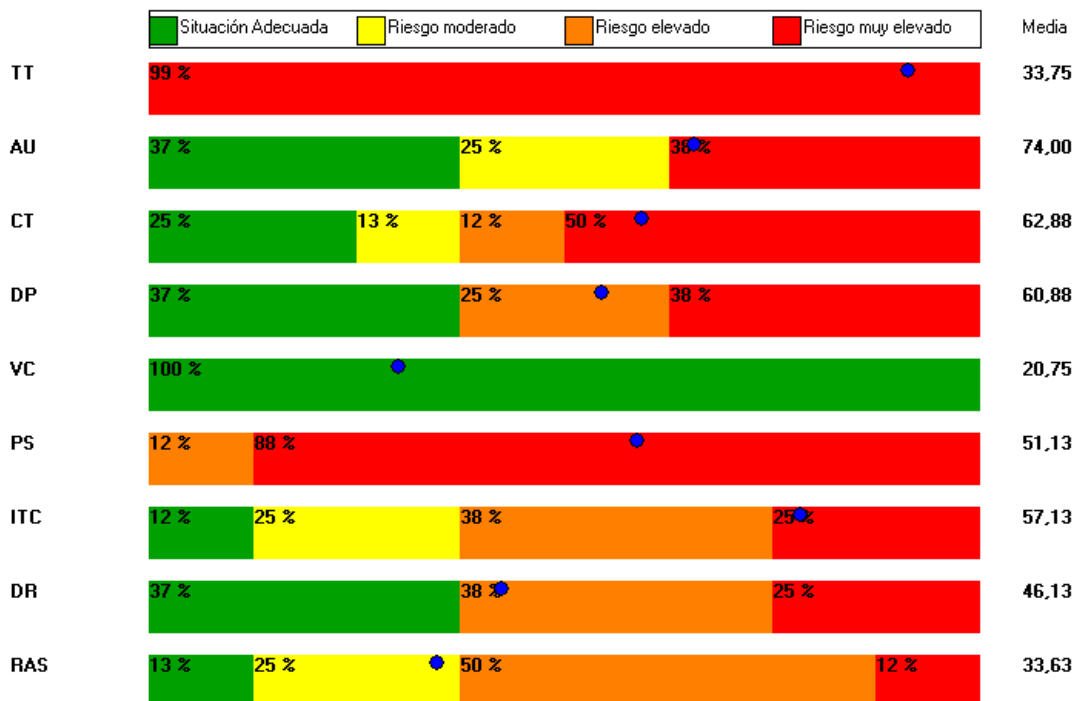
Participación/Supervisión: se encuentra en su totalidad en el nivel de riesgo muy elevado y se debe intervenir inmediatamente aplicando los correctivos necesarios. Interés por el Trabajador/Compensación: cada nivel de riesgo abarca un 25% (1). Se debe efectuar el control de los riesgos psicosociales.

Desempeño de rol: la situación es adecuada en un 50% (2) y elevada en el otro 50% (2). Por lo que se deben controlar los riesgos psicosociales para evitar complicaciones futuras.

Relaciones y apoyo social: se presenta un nivel de riesgo moderado del 50% (2), riesgo elevado del 25% (1) y riesgo muy elevado del 25% (1). Se deben controlar los riesgos psicosociales para evitar complicaciones futuras.



**Colectivo:** 55-64 años; Mujer; Auxiliar de Enfermería; Horario fijo de entrada y salida del trabajo.



**Figura 28** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	3	2	3	8	0	1	3	1
RM	0	2	1	0	0	0	2	0	2
RE	0	0	1	2	0	1	3	3	4
RME	8	3	4	3	0	7	2	2	1

**Tabla 27** Niveles de Riesgo Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Christian Plaza

Tiempo de Trabajo: este factor evidencia 100% (5) de riesgo muy elevado. Se debe intervenir inmediatamente para corregir aspectos que tienen que ver con la ordenación y



estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Autonomía: los valores llegan a 37% (3) en situación adecuada, 25% (2) en riesgo moderado y en el nivel de riesgo muy elevado el 38% (3). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe controlar los riesgos psicosociales.

Carga de trabajo: respecto al nivel de riesgo muy elevado representa el 50% (4), a riesgo elevado el 12% (1), a riesgo moderado el 13% (1) y a situación adecuada el 25% (2). Se debe actuar de manera pronta puesto que se presenta insatisfacción en los trabajadores. Demandas Psicológicas: el riesgo muy elevado abarca el 38% (3), el riesgo elevado el 25% (2) y por último la situación es adecuada en un 37% (3). Pese a que no necesita acciones inmediatas se debe controlar los riesgos psicosociales.

En cuanto a Variedad/contenido la situación es adecuada y no requiere intervención. Respecto a Participación/Supervisión el riesgo muy elevado representa el 88% (7) y el riesgo elevado el 12% (1). Se requiere intervención inmediata y correctiva de los aspectos que generan daño en los trabajadores. Interés por el Trabajador/Compensación, el nivel de riesgo muy elevado es el 25% (2), el riesgo elevado es el 38% (3), el riesgo moderado es el 25% (2) y la situación es adecuada en un 12% (1) por lo que a pesar que no necesita acciones inmediatas se debe controlar los riesgos psicosociales.

Desempeño de rol: la situación es adecuada en un 37% (3), el riesgo es elevado en un 38% (3) y el nivel de riesgo es muy elevado en un 25% (2). Se debe controlar los riesgos psicosociales. Relaciones y apoyo social el nivel de riesgo muy elevado representa un 12%



(1), el riesgo elevado está en un 50% (4), el riesgo moderado representa un 25% (2) y la situación es adecuada en el 13% (1). Se debe controlar los riesgos psicosociales.

**Colectivo:** 55-64 años; Mujer; Auxiliar de Enfermería; Una parte fija obligatoria y una parte flexible.

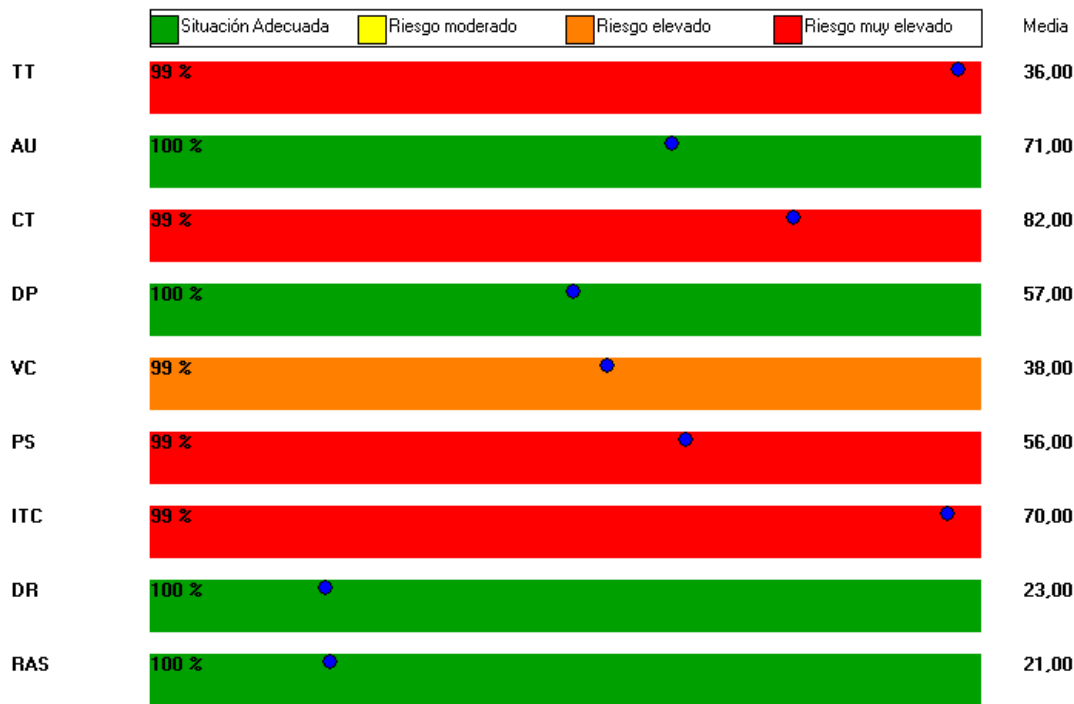


Figura 29 Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil

**PERFILES:**

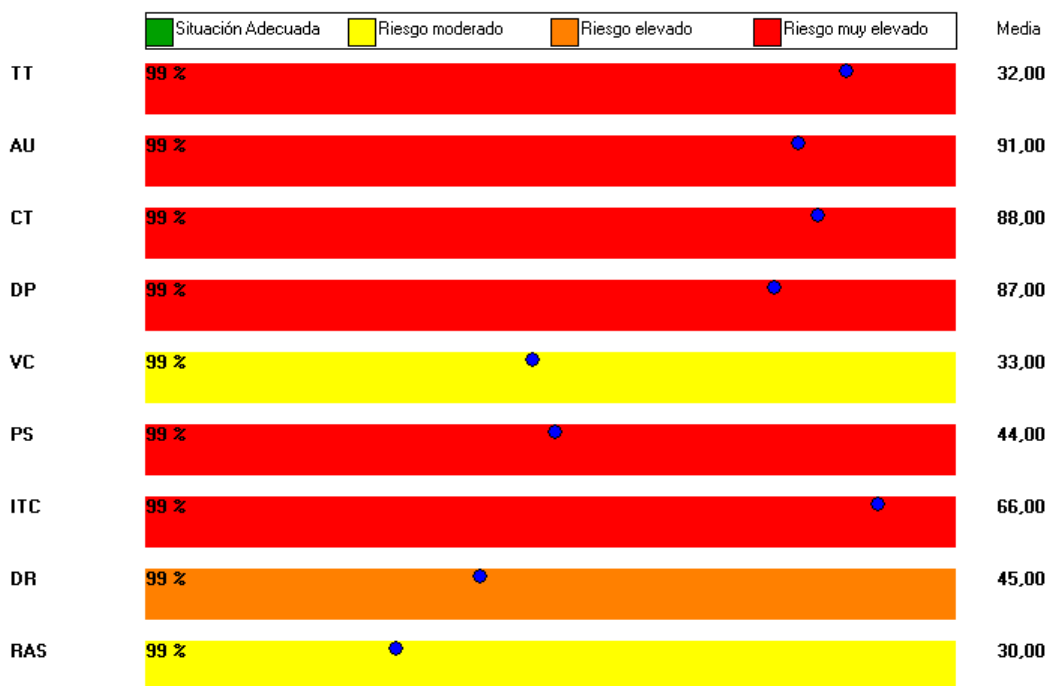
Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	1	0	1	0	0	0	1	1
RM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	0	1	0	0	0	0
RME	1	0	1	0	0	1	1	0	0

Tabla 28 Niveles de Riesgo Mujer/Auxiliar de Enfermería/55-64 años/Una parte fija obligatoria y una parte flexible  
 Autor: Christian Plaza



Los factores Tiempo y Carga de Trabajo, Participación/Supervisión e Interés por el trabajador/Compensación, se evidencian en su totalidad riesgo muy elevado, por lo que necesita acciones correctivas inmediatas para evitar daños a los trabajadores. Respecto a los factores Autonomía y Demandas Psicológicas, Desempeño de rol y Relaciones y apoyo social se encuentran en una situación adecuada por lo que no requieren de intervención. En cuanto a Variedad/contenido, se encuentran en riesgo elevado, por lo que se debe intervenir rápidamente para corregir aspectos que puedan generar daño a los trabajadores.

- Niveles de Riesgo Psicosocial de la Enfermera afectada por el Síndrome de Burnout cuyo rango de edad es de 45 a 54 años, con un horario fijo de entrada y salida del trabajo.



**Figura 30** Perfiles de Riesgos Psicosocial Mujer/Enfermera/45-54 años/ Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
 Autor: Fuente F-PSICO 3.1 Perfil



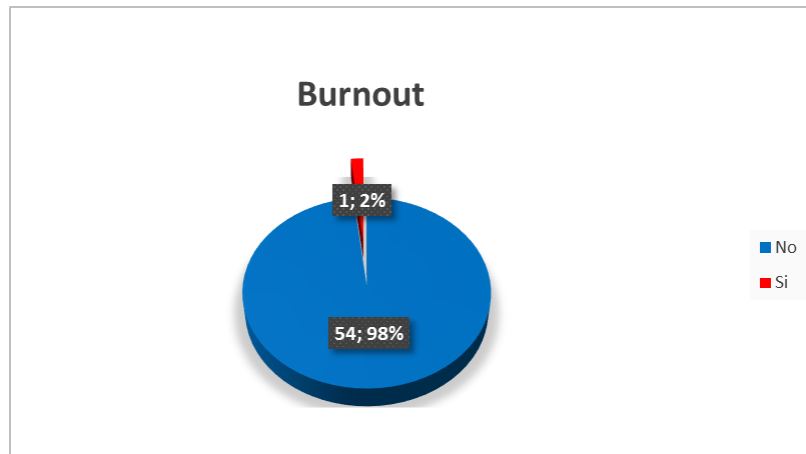
## PERFILES

Nivel de Riesgo	TT	AU	CT	DP	VC	PS	ITC	DR	RAS
SA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RM	0	0	0	0	1	0	0	0	1
RE	0	0	0	0	0	0	0	1	0
RME	1	1	1	1	0	1	1	0	0

**Tabla 29 Niveles de Riesgo Mujer/Enfermera/45-54 años/Horario fijo de entrada y salida del trabajo  
Autor: Christian Plaza**

Los factores Tiempo y Carga de Trabajo, Autonomía, Demandas Psicológicas, Participación/Supervisión e Interés por el trabajador/Compensación, se evidencian en su totalidad riesgo muy elevado, por lo que necesita acciones correctivas inmediatas para evitar daños a la trabajadora. En cuanto al factor Desempeño de rol se encuentran en nivel de riesgo elevado, por lo que se debe actuar rápidamente para evitar afecciones a la trabajadora en un periodo de tiempo corto. Respecto a los factores Variedad/contenido y Relaciones y apoyo social se encuentran en un nivel de riesgo moderado por lo que se deben controlar los riesgos psicosociales.

#### 4.1.4. Análisis del Cuestionario Maslach Burnout Inventory



**Figura 31 Síndrome de Burnout**

Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

##### 4.1.4.1. Prevalencia del Síndrome de Burnout

La prevalencia del Síndrome de Burnout en la población de estudio ( $n = 55$ ) fue del 2%. Los datos de la trabajadora son: 45 a 54 años; Mujer; Enfermera; Horario fijo de entrada y salida del trabajo. Sus dimensiones del Síndrome de Burnout son las de la Tabla N°30.

##### ➤ Dimensiones del SB en la Enfermera afectada:

Dimensión	Puntuación	Nivel de Riesgo
Agotamiento Emocional	28	Alto
Despersonalización	13	Alto
Realización Personal	46	Bajo

**Tabla 30 Dimensiones del SB Enfermera afectada**

Autor: Christian Plaza

Del dato demográfico sexo, se desprende que la Enfermera afectada representa el 2% del total de 50 trabajadoras. El 98% no está afectado. Del grupo de Enfermeras que son en total 27, la única trabajadora afectada representa el 4%. Las 26 Enfermeras restantes que



representan el 96% no se encuentran afectadas. Respecto al rango de edad 45 a 54 años en Enfermeras, la afectada representa el 14% del total que son 7 trabajadoras. Estando no afectados el 86% del grupo.

#### 4.1.4.2. Análisis por Dimensiones

##### ➤ Dimensión Agotamiento Emocional:

Agotamiento Emocional				
Nivel de Riesgo	Sexo			
	M	%	H	%
Alto	4	8	2	40
Medio	5	10	0	0
Bajo	41	82	3	60
Total	50	100	5	100

Tabla 31 Nivel de Riesgo AE-Sexo  
Autor: Christian Plaza



Figura 32 Dimensión AE  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 33 Dimensión AE-Mujer**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 34 Dimensión AE-Hombre**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

Del análisis de la dimensión Agotamiento Emocional, en cuanto al sexo femenino el 8% presenta un nivel alto, el 10% un nivel medio y el 82% un nivel bajo. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel alto y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio. En cuanto al sexo masculino el 40% presenta un nivel alto y el 60% presenta un nivel bajo de Agotamiento Emocional. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel alto y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio.



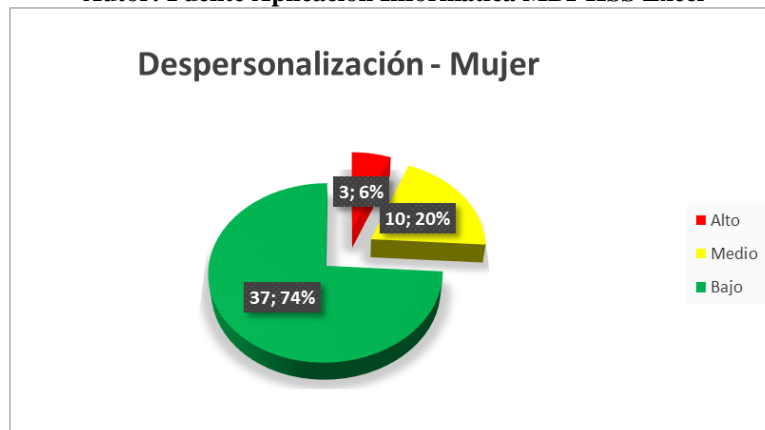
➤ **Dimensión Despersonalización**

Despersonalización				
Nivel de Riesgo	Sexo			
	M	%	H	%
Alto	3	6	1	20
Medio	10	20	1	20
Bajo	37	74	3	60
Total	50	100	5	100

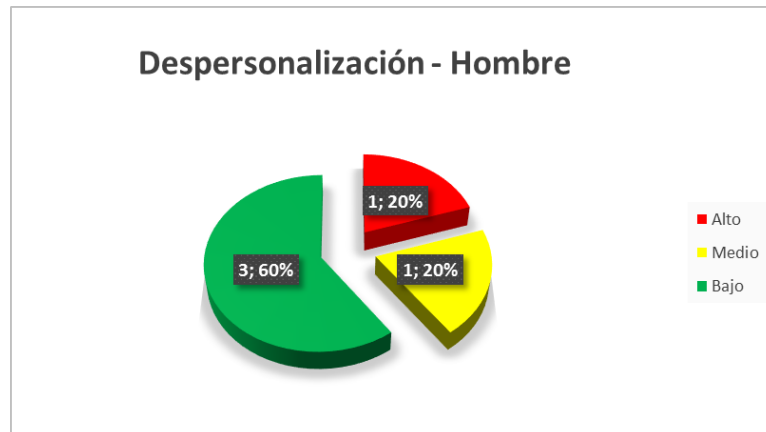
**Tabla 32 Nivel de Riesgo DE-Sexo**  
**Autor: Christian Plaza**



**Figura 35 Dimensión DE**  
**Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel**



**Figura 36 Dimensión DE-Mujer**  
**Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel**



**Figura 37 Dimensión DE-Hombre**  
**Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel**

Del análisis de la dimensión Despersonalización, en cuanto al sexo femenino el 6% presenta un nivel alto, el 20% un nivel medio y el 74% un nivel bajo. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel alto y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio. En cuanto al sexo masculino el 20% presenta un nivel alto, 20% un nivel medio y el 60% presenta un nivel bajo de DP. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel alto y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio.

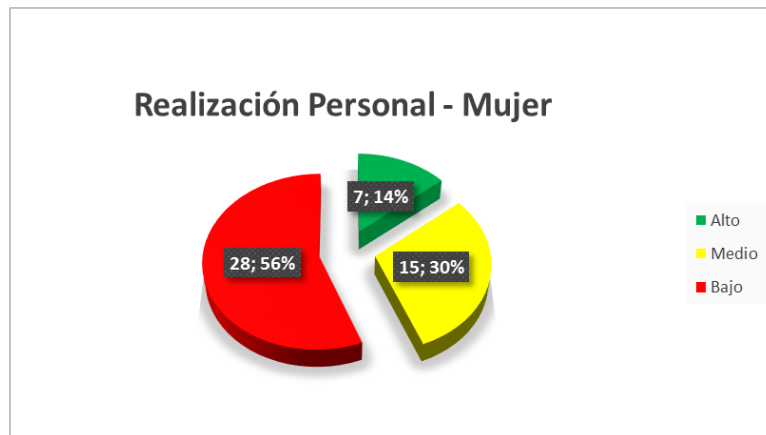
➤ **Dimensión Realización Personal**

Realización Personal				
Nivel de Riesgo	Sexo			
	M	%	H	%
Alto	7	14	0	0
Medio	15	30	2	40
Bajo	28	56	3	60
Total	50	100	5	100

**Tabla 33 Nivel de Riesgo RP-Sexo**  
**Autor: Christian Plaza**



**Figura 38 Dimensión RP-Sexo**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



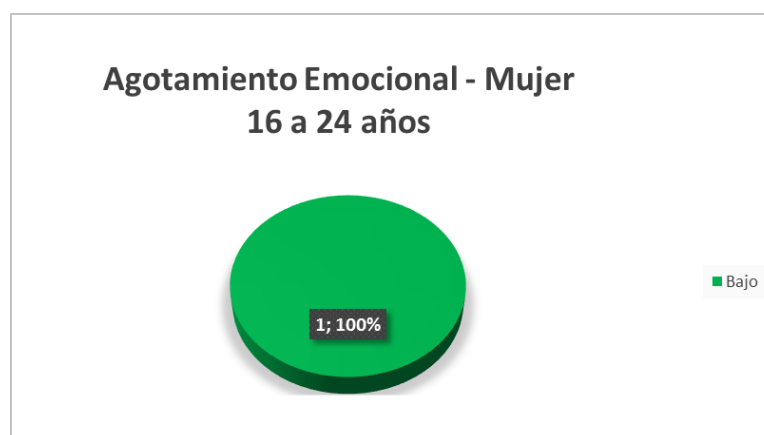
**Figura 39 Dimensión RP-Mujer**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



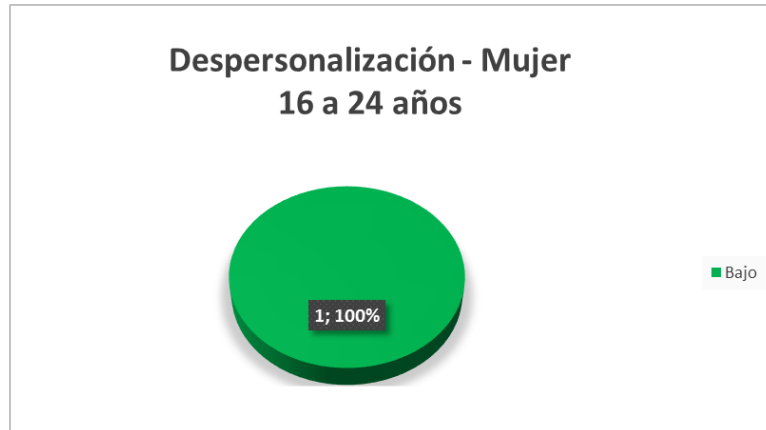
**Figura 40 Dimensión RP-Hombre**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

Del análisis de la dimensión Realización Personal, en cuanto al sexo femenino el 14% presenta un nivel alto, el 30% un nivel medio y el 56% un nivel bajo. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel bajo y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio. En cuanto al sexo masculino el 40% presenta un nivel medio y el 60% presenta un nivel bajo de RP. La población con mayor probabilidad de presentar el SB serían las que están dentro del nivel bajo y de desarrollarlo en el largo plazo los que se encuentran dentro del nivel medio.

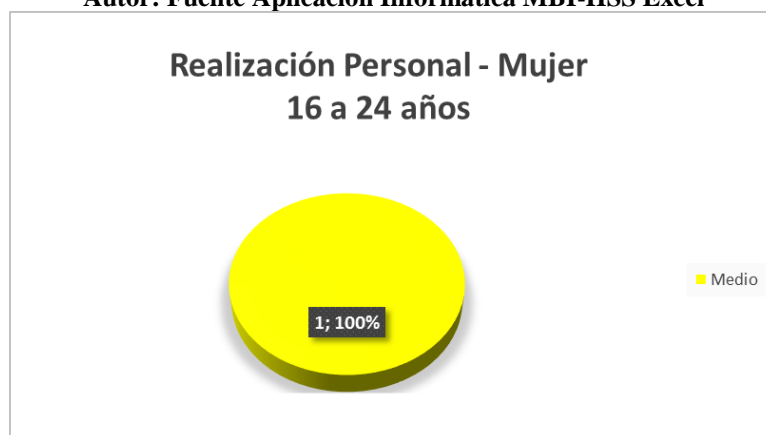
- **Relación de variables socio demográficas con Dimensiones del Síndrome de Burnout**
- **Médicos Residentes; Mujeres, rango de edad 16-24**



**Figura 41 Dimensión AE/Mujer/16-24 años**  
**Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel**

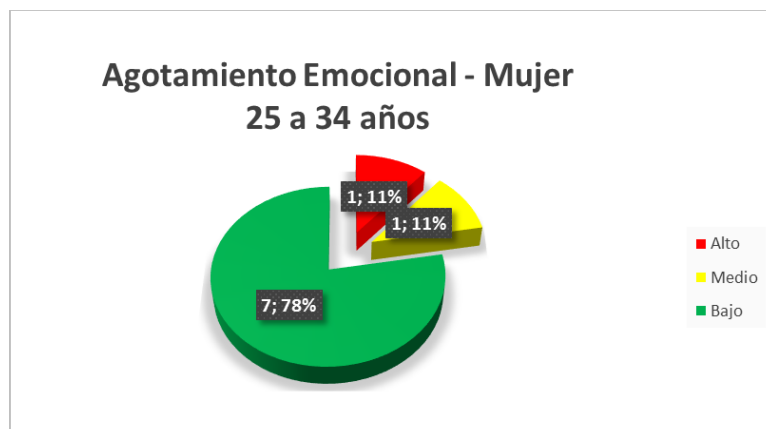


**Figura 42 Dimensión DE/Mujer/16-24 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 43 Dimensión RP/Mujer/16-24 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- Médico Residente; Mujer, rango de edad 25-34



**Figura 44 Dimensión AE/Mujer/25-34 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



Figura 45 Dimensión DE/Mujer/25-34 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

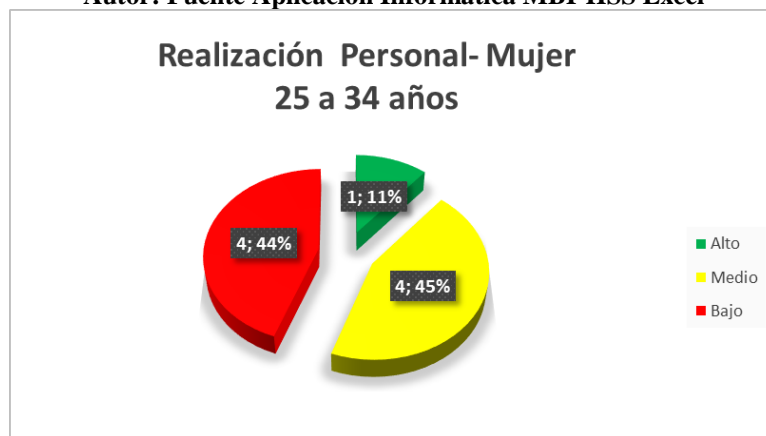


Figura 46 Dimensión RP/Mujer/25-34 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- **Médico Residente, Hombre, rango de edad 25-34.**

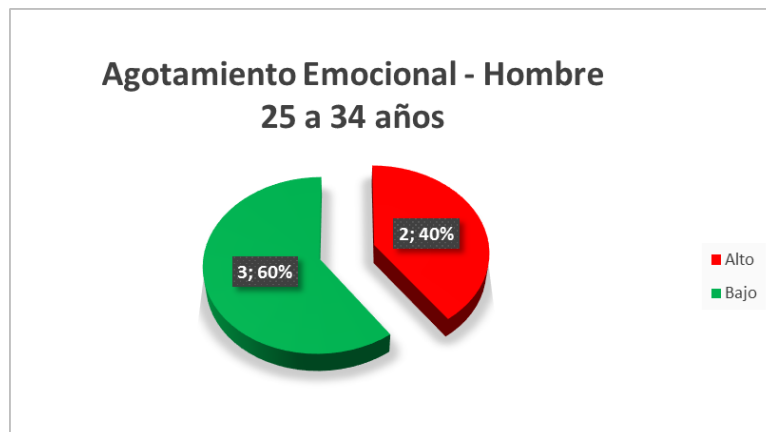
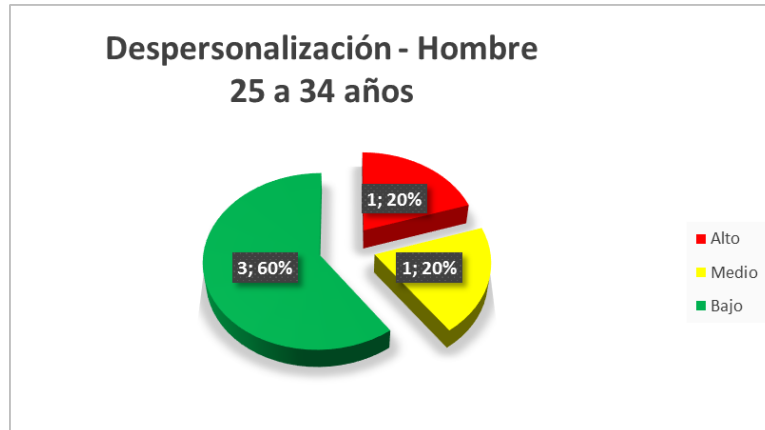


Figura 47 Dimensión AE/Hombre/25-34 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel





**Figura 48 Dimensión DE/Hombre/25-34 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 49 Dimensión RP/Hombre/25-34 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

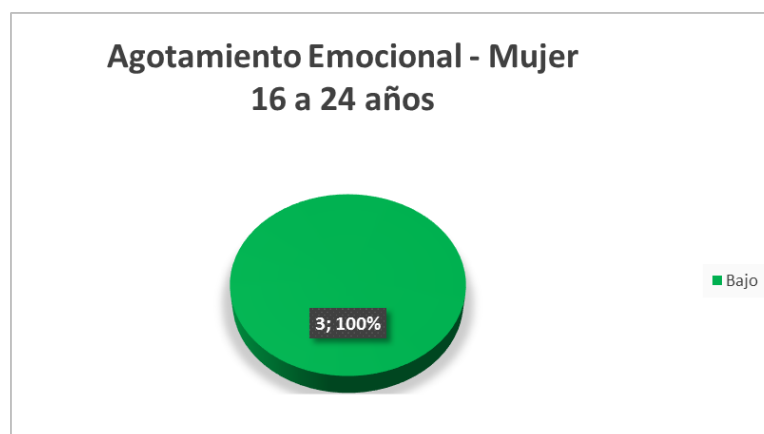
En el rango de edad de 16-24 años se encuentra una Médico Residente cuyo nivel de riesgo para la dimensión Agotamiento Emocional es bajo, asimismo para la Despersonalización su nivel es bajo y para Realización Personal su nivel de riesgo es medio. Resultados que permiten indicar que la dimensión Realización Personal representa un aspecto en el cual se tiene efectuar medidas preventivas para evitar el desarrollo del Síndrome de Burnout. En este rango de edad no hay Médicos Residentes hombres.



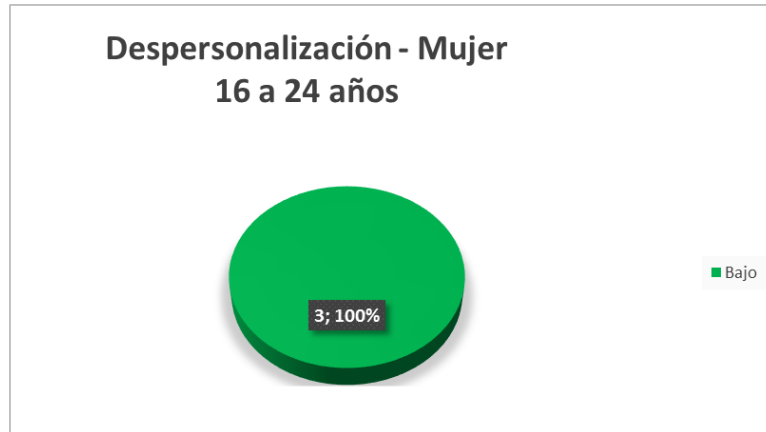
En el rango de edad de 25-34 años se encuentran nueve (9) Médicos Residentes. Respecto a las dimensiones: Agotamiento Emocional; dentro del nivel de riesgo alto se encuentra el 11% (1), en el nivel medio esta el 11% (1) y en el nivel bajo está el 78%(7). Despersonalización; 22% (2) en el nivel de riesgo medio, 78% (7) en el nivel bajo. Realización Personal; en el nivel de riesgo alto se encuentra el 11% (1), el 45% (4) dentro del nivel medio y 44% (4) en nivel bajo.

En el caso de los hombres, dentro de este rango de edad se encuentran cinco (5) Médicos Residentes. Respecto a las dimensiones: En la dimensión Agotamiento Emocional, dentro del nivel de riesgo alto se encuentra el 40% (2) y en el nivel medio esta el 60%(3). Despersonalización; 20% (1) en el nivel de riesgo alto, 20% (1) en el nivel medio y el 60% (3) en nivel bajo. Realización Personal; en el nivel de riesgo medio se encuentra el 40% (2) y el 60% (3) en nivel bajo.

- **Enfermera; Mujer; rango de edad 16-24.**



**Figura 50 Dimensión AE/Mujer/16-24 años**  
**Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel**



**Figura 51 Dimensión DE/Mujer/16-24 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

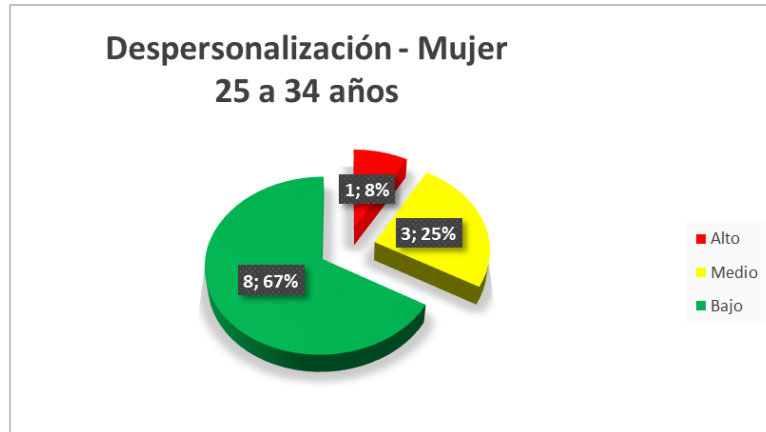


**Figura 52 Dimensión RP/Mujer/16-24 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- **Enfermera, Mujer, rango de edad 25-34.**



**Figura 53 Dimensión AE/Mujer/25-34 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

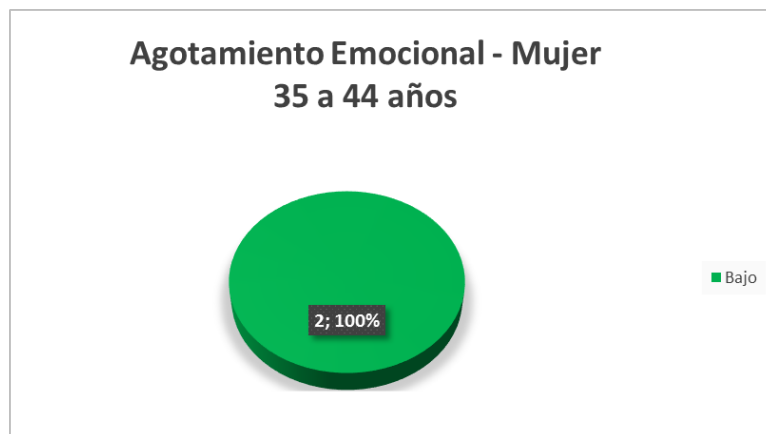


**Figura 54 Dimensión DE/Mujer/25-34 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 55 Dimensión RP/Mujer/25-34 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- **Enfermera, Mujer, rango de edad 35-44 años.**



**Figura 56 Dimensión AE/Mujer/35-44 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



Figura 57 Dimensión DE/Mujer/35-44 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

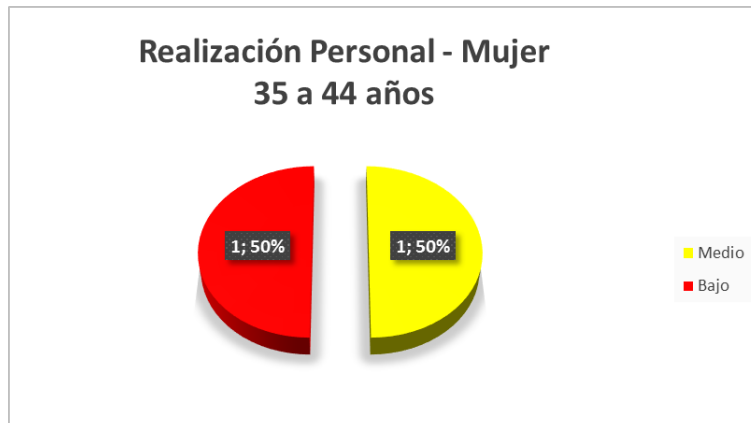


Figura 58 Dimensión RP/Mujer/35-44 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- Enfermera, Mujer, rango de edad 45-54.

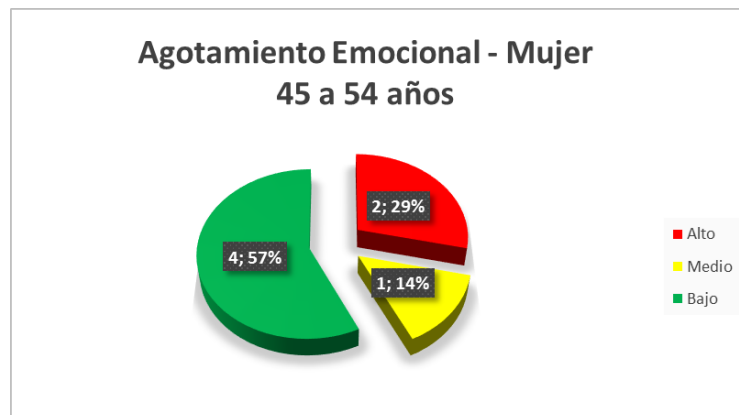
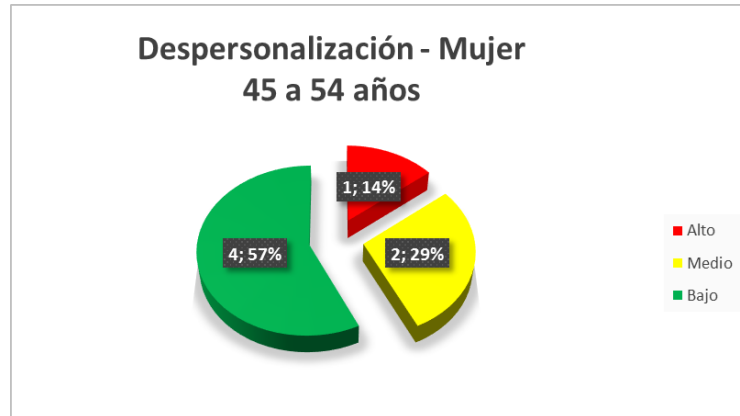
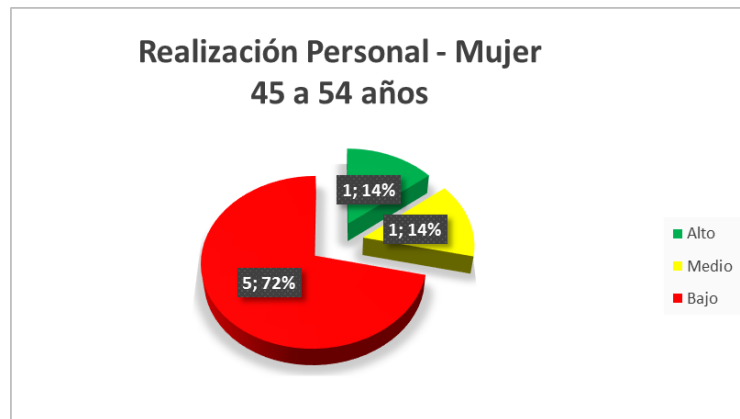


Figura 59 Dimensión AE/Mujer/45-54 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 60 Dimensión DE/Mujer/45-54 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 61 Dimensión RP/Mujer/45-54 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

- Enfermera, Mujer, rango de edad 55-64



**Figura 62 Dimensión AE/Mujer/55-64 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 63 Dimensión DE/Mujer/55-64 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 64 Dimensión RP/Mujer/55-64 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

En la población de Enfermería, dentro del rango de edad de 16-24 años se encuentran tres Enfermeras cuyo nivel de riesgo para la dimensión Agotamiento Emocional es bajo, asimismo para la Despersonalización su nivel es bajo y para Realización Personal el 33% (1) se encuentra en nivel de riesgo medio y el 67% (2) se encuentran en nivel bajo. La población con mayor probabilidad de presentar el SB sería la que están dentro del nivel bajo de la dimensión Realización Personal.



En el rango de edad de 25-34 años se encuentran doce (12) Enfermeras. Respecto a las dimensiones del SB se evidencio lo siguiente: Agotamiento Emocional; dentro del nivel de riesgo medio se encuentra el 17% (2) y en el nivel bajo está el 83% (10). Despersonalización; 8% (1) en el nivel de riesgo alto, 25% (3) en el nivel de riesgo medio y 67% (8) en el nivel bajo. Realización Personal; en el nivel de riesgo alto se encuentra el 8% (1), el 25% (3) dentro del nivel medio y 67% (8) en nivel bajo.

Dentro del rango de edad 35-44 años se encuentran dos (2) Enfermeras. Respecto a las dimensiones del SB se evidencio lo siguiente: Agotamiento Emocional; el nivel de riesgo es bajo. Despersonalización; asimismo el nivel de riesgo es bajo. Realización Personal; dentro del nivel medio esta una de las enfermeras y la otra dentro del nivel bajo.

En el rango de edad de 45-54 años se encuentran doce (7) Enfermeras. Respecto a las dimensiones del SB se evidencio lo siguiente: Agotamiento Emocional; dentro del nivel de riesgo alto se encuentra el 29% (2), en el nivel medio esta el 14% (1) y en el nivel bajo está el 57% (4). Despersonalización; 14% (1) en el nivel de riesgo alto, 29% (2) en el nivel de riesgo medio y 57% (4) en el nivel bajo. Realización Personal; en el nivel de riesgo alto se encuentra el 14% (1), el 14% (1) dentro del nivel medio y 72% (5) en nivel bajo.

En la población de Enfermería, dentro del rango de edad de 55-64 años se encuentran tres Enfermeras cuyo nivel de riesgo para la dimensión Agotamiento Emocional es bajo, asimismo para la Despersonalización su nivel es bajo y para Realización Personal el 33% (1) se encuentra en nivel de riesgo medio y el 67% (2) se encuentran en nivel bajo. La población con





mayor probabilidad de presentar el SB sería la que están dentro del nivel bajo de la dimensión Realización Personal.

- **Auxiliar de Enfermería, Mujeres, rango de edad 45-54.**

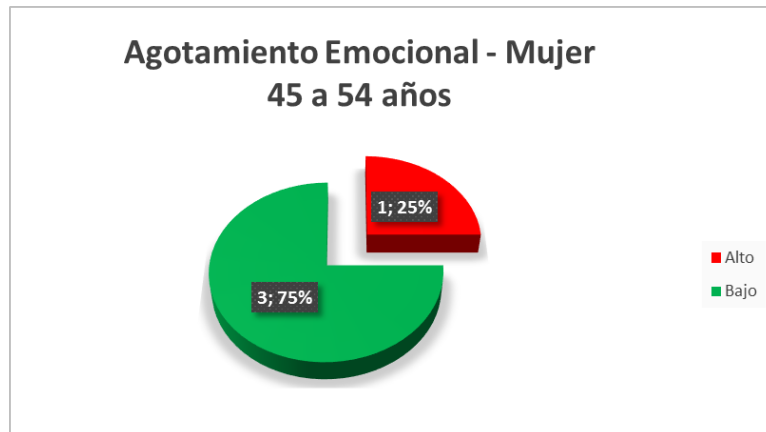


Figura 65 Dimensión AE/Mujer/45-54 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

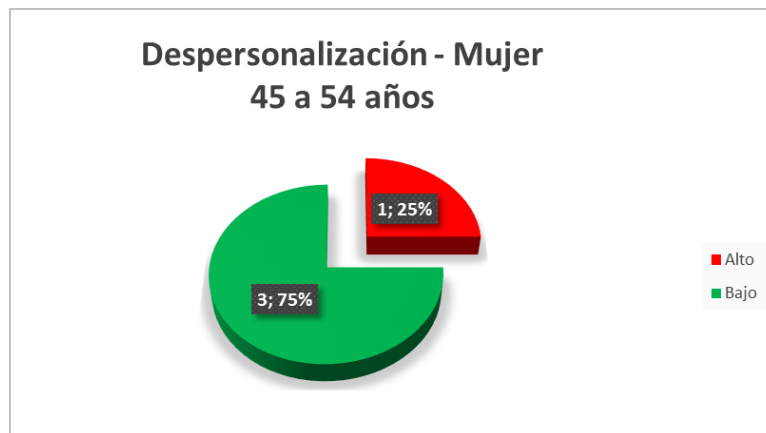
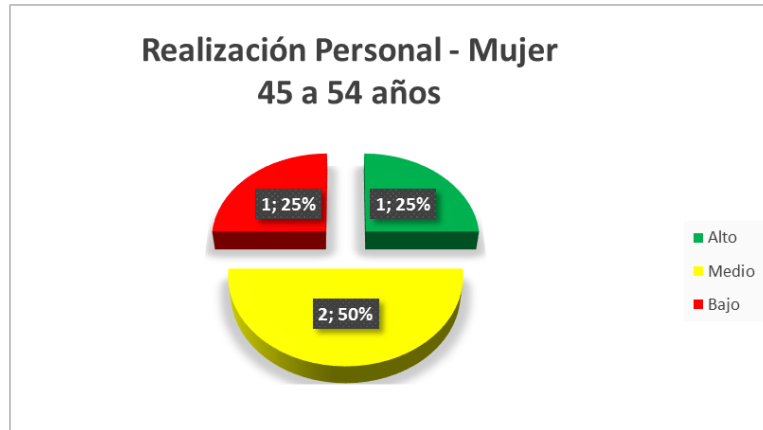
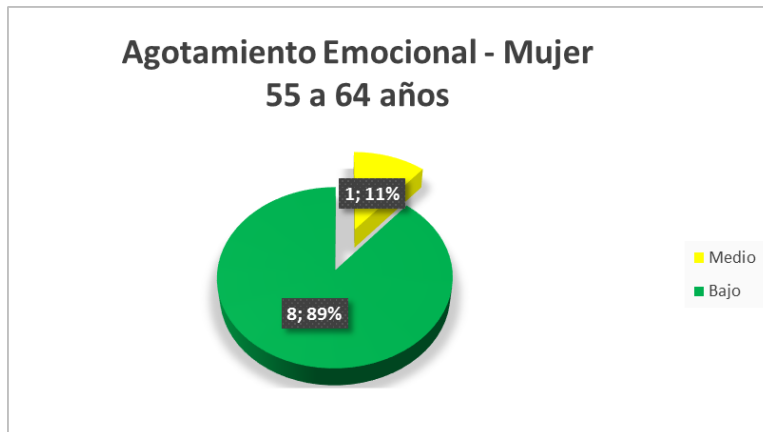


Figura 66 Dimensión DE/Mujer/45-54 años  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

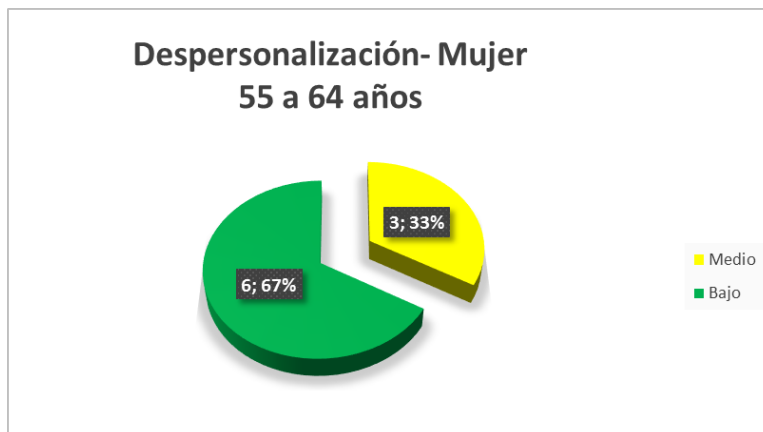


**Figura 67 Dimensión RP/Mujer/45-54 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

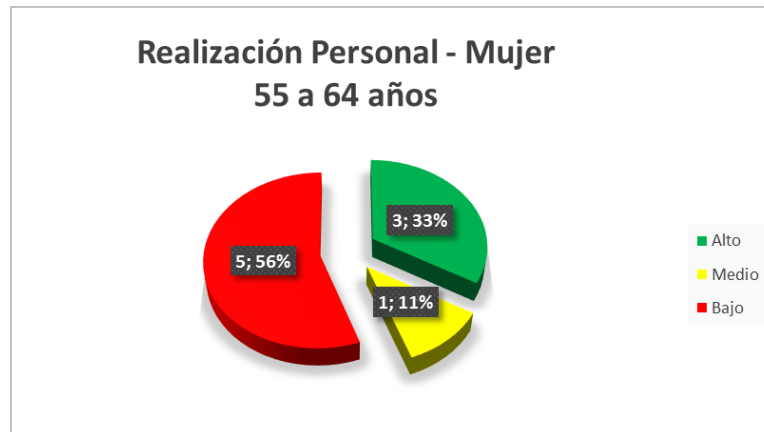
- **Auxiliar de Enfermería, Mujeres, rango de edad 55-64.**



**Figura 68 Dimensión AE/Mujer/55-64 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 69 Dimensión DE/Mujer/55-64 años**  
Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel



**Figura 70 Dimensión RP/Mujer/55-64 años**  
 Autor: Fuente Aplicación Informática MBI-HSS Excel

En la población de Auxiliares de Enfermería, dentro del rango de edad de 45-54 años se encuentran cuatro (4) Auxiliares de Enfermería cuyo nivel de riesgo para las dimensiones del SB son: Agotamiento Emocional; el 25% (1) dentro del nivel de riesgo alto y el 75% (3) en el nivel bajo. Despersonalización; el 25% (1) dentro del nivel de riesgo alto y el 75% (3) en el nivel bajo. Realización Personal; el 25% (1) se encuentra en nivel de riesgo alto, el 50% (2) en nivel de riesgo medio y el 25% (1) se encuentran en nivel bajo.

En el rango de edad de 55-64 años se encuentran nueve (9) Auxiliares de Enfermería. Respecto a las dimensiones del SB se evidencio lo siguiente: Agotamiento Emocional; dentro del nivel de riesgo medio se encuentra el 11% (1) y en el nivel bajo está el 89% (8). Despersonalización; 33% (3) en el nivel de riesgo medio y 67% (6) en el nivel bajo. Realización Personal; en el nivel de riesgo alto se encuentra el 33% (3), el 11% (1) dentro del nivel medio y 56% (5) en nivel bajo.



## CAPITULO V: DISCUSIÓN

El trabajo sanitario se encuentra rodeado de altas demandas emocionales y laborales que influyen en la salud del personal sanitario y que en este estudio se corrobora con los datos de los factores de riesgo psicosocial; Tiempo de trabajo 64%, Carga de trabajo 55% y Participación/Supervisión 82% se encuentran en un nivel de riesgo muy elevado.

En el presente estudio se aborda por primera vez en la Clínica Santa Ana los factores de riesgo psicosocial y el Síndrome de Burnout en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería mediante el uso combinado del F-PSICO y el MBI-HSS. En relación con los datos obtenidos del F-PSICO encontramos que la población posee una alta carga de trabajo, un alto impacto del tiempo de trabajo (que repercute en la vida social), una limitada participación y supervisión de su trabajo, altas demandas psicológicas (aunque el 38% puntúe favorablemente) y un bajo interés-compensación por el trabajador.

Partiendo de la interpretación de estos datos, se apoya la hipótesis de que los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosocial y presentan los síntomas del Síndrome de Burnout ya que se obtuvieron diferentes niveles de exposición para cada factor de riesgo, así como, se estableció la exposición a las dimensiones del SB.

Se cumplen, el objetivo principal de determinar la presencia del Síndrome de Burnout y de factores de Riesgo Psicosocial, con la identificación de la Enfermera afectada por el SB y con la identificación de los factores de riesgo psicosocial. El objetivo específico con la



identificación, medición y evaluación de los factores predominantes que son el Tiempo de trabajo con el 64%, Carga de trabajo con el 55% y Participación/Supervisión al trabajador con el 82%.

De acuerdo al sexo, las mujeres poseen una alta carga de trabajo, un alto impacto del tiempo de trabajo (repercute en la vida social), una limitada participación y supervisión de su trabajo, y un bajo interés-compensación por el trabajador. En autonomía y variedad y contenido de la tarea presenta valores favorables de 64% y 86% respectivamente.

Los Médicos Residentes mujeres que representan el 91% de los residentes se encuentran en situación inadecuada debido a una alta carga de trabajo, altas demandas psicológicas, nula participación y supervisión de su trabajo, nulo interés hacia el trabajador, bajo desempeño de rol e interés-compensación por el trabajador y situación inadecuada en relaciones y apoyo social. Los Médicos Residentes hombres que cabe recalcar que representan el 9% que están dentro del rango de edad de 25-34 años, poseen una alta carga de trabajo, total impacto del tiempo de trabajo (repercute en la vida social), alta demanda psicológica (carga mental), nula participación y supervisión de su trabajo, un bajo interés-compensación por el trabajador 40%, un bajo desempeño de rol 40%, situación adecuada en relaciones y apoyo social 60% (aunque el 40% puntúe en riesgo muy elevado), variedad y contenido 60% y la autonomía de trabajo 60%

Del colectivo de Enfermeras presentan baja participación y supervisión de la tarea, una alta carga de trabajo y un elevado tiempo de trabajo. La parte satisfactoria se relaciona con



factores que tienen que ver con autonomía 67% y variedad y contenido de la tarea 85% adicional bajas demandas psicológicas 51%.

De las Enfermeras con diferente horario de trabajo y dentro del rango de edad de 16-24; 25-34 años y 35-44 años presentan mínima o nula participación y supervisión del trabajo y están medianamente afectadas por el tiempo de trabajo. La parte satisfactoria se relaciona con factores que tienen que ver con autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, relaciones y apoyo social y variedad y contenido de la tarea. En el rango de edad de 45-54 años, presentan una alta carga de trabajo, una baja participación y supervisión del trabajo y malas relaciones con un bajo apoyo social. La parte satisfactoria se relaciona con los factores tiempo de trabajo al no afectar la vida social, mediana autonomía, demanda psicológica, alta variedad-contenido del trabajo. En el rango de edad de 55-64 años, presentan altas demandas psicológicas, mediana afectación respecto a la carga y tiempo de trabajo, mediano desenvolvimiento de rol, una mediana satisfacción en autonomía, participación y supervisión del trabajo así como de relaciones y apoyo social.

Del colectivo de Auxiliares de Enfermería en sus distintos rangos de edad presentan mínima participación y supervisión de la tarea, elevado tiempo de trabajo y una mediana carga de trabajo. La parte satisfactoria está representada por un mediano nivel de autonomía 62%, mediana demanda psicológica 54%, alta variedad y contenido de la tarea.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en cada una de las dimensiones de cada cuestionario, se han realizado acotaciones y observaciones sobre los mismos comparando con un estudio realizado en Colombia en el 2011 sobre Prevalencia de



factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en Médicos que laboran en las ciudades de Manizales y la Virginia, Participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de burnout de 17.6%. (Agudelo, 2011).

Durante el análisis de los resultados del cuestionario MBI-HSS se evidencia que una (1) persona presenta el síndrome de burnout EN05(33), es decir se encuentran en niveles de riesgo alto en las dimensiones Agotamiento Emocional, Despersonalización y bajo en Realización Personal. Corresponde al 2% de la población estudio, 2% del total de mujeres (50), 4% del grupo de Enfermeras (27) y el 14% Respecto al rango de edad 45 a 54 años en Enfermeras (7). Esta cifra es menor a la esperada en comparación con el estudio realizado por Gil-Monte y Peiró que refieren prevalencias entre un 5 y 15%, entre los profesionales de sanidad, o el de Pando en donde encuentran cifras entre un 6.5 y 10.3% también en profesionales de la salud. Con relación al estudio realizado por Arias. P y Castro, M. (2013) denominado “Prevalencia según diferentes estudios del síndrome de Burnout en personal de salud” revelan que en los países europeos la prevalencia es alta países como Francia indican un 33%, Italia el 30% y EEUU con un 38% en relación a estudios realizados en América latina, en Venezuela se encontró la prevalencia baja donde 1,4% al 6,7%, en Costa Rica el 9% y en Colombia con el 0%. En el estudio de Contreras, Juárez y Murrain (2008) identificaron una prevalencia baja del Síndrome de Burnout, que guarda relación con nuestro estudio.

En el análisis por sexo se obtuvo que la dimensión Realización Personal es la más afectada, siendo mayor en las mujeres corroborando lo que refiere Maslach y contrastando lo que menciona García, J. Herrero, S. 2008 donde indican que las mujeres son más resistentes al padecimiento del Síndrome de Burnout.



Por categorías profesionales, la mayor afectación se da en la dimensión Realización Personal tanto en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería. De estos los más afectados son las Enfermeras. En la dimensión Agotamiento Emocional los Médicos Residentes se ven mayormente afectados y en cuanto a Despersonalización las Enfermeras se ven más afectadas. Los valores más altos en todos sus elementos fueron para enfermería coincidiendo con Foura y Col. al informar en idéntico sentido. Incluso de acuerdo con Flórez que indica algunas características diferenciadoras del perfil de estos profesionales, de modo que en los médicos se daría más la despersonalización mientras que en el personal de enfermería sería más frecuente el cansancio emocional y la falta de realización personal.

La edad también se ha relacionado con este síndrome, aunque se aconseja considerar el sesgo de supervivencia, ya que los trabajadores más «quemados» son los que mayoritariamente abandonan el trabajo. En nuestro estudio, en cada rango de edad perteneciente a Médicos Residentes, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería presentaron un nivel bajo de RP. En comparación en rangos de edad, de 25-34 de médicos residentes y 45-54 de enfermeras y auxiliares de enfermería presentan AE alto y los médicos residentes hombres de edad entre 25-34 presentan el mismo nivel alto de DE que las enfermeras y auxiliares de enfermería de 45-54 años. Reyes, Soloaga, Pérez y Dos Santos en 2005 (enunciado por Arauco G, 2008) realizaron el estudio titulado “El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital Juan Ramón Gómez de la localidad de Santa Lucia, Corrientes” de Argentina. Los autores revelan que: El nivel de afectación en el grupo de enfermeros fue de 63.6%. La dimensión con alto nivel es la despersonalización.





En relación con los factores externos, los estudios indican que los factores organizacionales y el escaso apoyo social producen un estrés laboral que puede conducir al desgaste profesional. Se consideran responsables de este síndrome los desajustes entre diferentes áreas, como la carga laboral, las recompensas, el grado de control del trabajador en su actividad, la presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los valores individuales y los de la Clínica.

### **5.1.Limitaciones del Estudio**

Como limitación del estudio se menciona que no se pudo cuantificar la prevalencia de los efectos causados por los factores de Riesgo Psicosociales debido a que estos efectos se producen a nivel de la Conducta y comportamiento de los trabajadores, que para su evaluación sería necesario aplicar los modelos que explican los efectos nocivos del estrés sobre la salud a través de la investigación básica y aplicada (Cooper y Dewe, 2004). Futuros estudios son necesarios para cuantificar la prevalencia de los efectos causados por los factores de Riesgo Psicosocial. Además el diseño transversal sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad y las respuestas anónimas no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores. Para una futura línea de investigación deberían realizarse investigaciones adicionales que permitan identificar las causas e incidencias en la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgos psicosocial de las empresas del sector sanitario.



## CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Conclusiones

La profesión médica se encuentra sujeta a una necesidad constante de actualización y a las dificultades propias de la tarea desempeñada, que supone toma de decisiones sobre la salud y bienestar de terceras personas. La relación con los pacientes y sus familiares no siempre es fácil y las expectativas de los mismos en ocasiones son difícilmente alcanzables para el profesional. Las propias expectativas con las que el médico comienza el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustradas y todo ello en ocasiones en un entorno de presión asistencial, social y de sensación de desamparo por parte del Área Administrativa.

La participación del personal sanitario, de los niveles Directivos, su sensibilización ante el tema, sus actitudes y su actuación en la prevención de tales riesgos, es primordial en la detección de los problemas que los riesgos psicosociales originen. El presente trabajo de investigación buscó aportar la información necesaria que permitiera identificar los factores de riesgo psicosocial predominantes del entorno laboral, lo que a su vez se espera que conlleve a generar políticas, planes y lineamientos que controlen, mitiguen o eliminen las causas de dichos riesgos y se logren mejorar de esta manera las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

Los resultados evidencian que efectivamente los Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares se encuentran expuestos a los factores de Riesgo Psicosocial entre los cuales sobresalen el Tiempo de trabajo con 64%, Carga de trabajo 55% y Participación/Supervisión



82% que se encuentran en un nivel de riesgo muy elevado dando así una situación insatisfactoria de trabajo. Del cuestionario MBI-HSS se evidencio que una Enfermera en el rango de 45-54 años con horario fijo de entrada y salida, presenta el Síndrome de Burnout, cuyos niveles de riesgo en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización son altos y en la dimensión Realización Personal el nivel de riesgo es bajo.

En cuanto a la evaluación de factores de Riesgo Psicosocial de la Enfermera que ha desarrollado el Síndrome de Burnout, se desprende que presenta una mala distribución del tiempo de trabajo, nula autonomía, elevada carga de trabajo así como altas demandas psicológicas, nula participación y supervisión del trabajo, nulo interés por el trabajador junto con una baja compensación y un mal desempeño de rol, moderada variedad y contenido del trabajo así como regulares relaciones con sus compañeros y bajo apoyo social.

## **6.2.Recomendaciones**

- ✓ Comprometer recursos para llevar a cabo programas destinados a la prevención de riesgos psicosociales.
- ✓ Llevar a cabo los Programas de Prevención de Riesgos Psicosociales y de Vigilancia de la Salud dentro de la Clínica.
- ✓ Establecer canales de comunicación eficaces.
- ✓ Programas de educación y entrenamiento a trabajadores y jefes de áreas.
- ✓ Intervención sobre características físicas y ambientales del trabajo
- ✓ Elaborar Procedimientos de trabajo y Manual de funciones para cada rol y hacerlo cumplir a cabalidad. Actualizar y aprobar el Organigrama de la Clínica.



- ✓ Planificar conjuntamente con Médicos Residentes los horarios de trabajo, verificando los niveles de carga de trabajo y necesidades de atención a pacientes.
  - ✓ Los jefes de cada área deben ser reflexivos y fundamentarse en la realidad del área, donde el apoyo mutuo y el trabajo en equipo sean los pilares fundamentales que prevalezcan.
  - ✓ Establecer talleres destinados a la identificación de los problemas de tipo organizacionales, y personales buscando soluciones para disminuir y/o reducir el nivel de riesgo de las dimensiones del Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes, Enfermería y Auxiliares de Enfermería. Es preciso determinar las causas del mismo, de tal manera que se pueda corregir y prevenir los efectos negativos con la finalidad de optimizar el ejercicio profesional.
- **Como medidas organizacionales se sugieren:**
- ✓ Distribución de folletos, información sobre qué es y cómo se previenen los riesgos psicosociales y el Síndrome de Burnout.
  - ✓ Ajustar el nivel de compromiso de los trabajadores y fomentar el que se marquen objetivos realistas.
  - ✓ Intervención sobre el diseño del trabajo: Reducción de la sobrecarga laboral y fomento de la autonomía del trabajador.
  - ✓ Ambiente estimulante y de apoyo a los trabajadores, con liderazgo justo y un ambiente social positivo.
  - ✓ Fomento del apoyo social.
  - ✓ Información, formación y desarrollo de las expectativas profesionales.



- ✓ Formar y elegir estilos de mandos participativos y democráticos.
- ✓ Promover la seguridad en el empleo.
  
- **A nivel individual se sugiere:**
  - ✓ Aplicar programas que aplican terapias cognitivas, técnicas de relajación.
  - ✓ Entrenamiento en comunicación al personal.
  - ✓ Fomento de la autoeficacia.
  - ✓ Mejorar la competencia emocional del trabajador y las capacidades de afrontamiento y apoyo social.
  - ✓ Fomento del apoyo social por parte de compañeros y jefes de área.
  - ✓ Promoción del ajuste entre el empleado y el ambiente para hacer frente al desequilibrio entre recursos individuales y demandas ambientales y ajuste de expectativas.
  - ✓ Clarificación de roles para evitar conflicto y ambigüedad de rol.
  - ✓ Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
  - ✓ Facilitar a los trabajadores los recursos adecuados para facilitar su tarea.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2).
- Médico, C., Cortines, A. R., Social, S., & López-Morales, A. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(3), 233-242.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Zabala, R., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- Lara, R. (2013). Algunas orientaciones para evaluar los factores de riesgo psicosocial. *Madrid: INSHT*.
- Arias, W. L., & Jiménez, N. A. (2011). Incidencia del síndrome de Burnout en enfermeras de los hospitales de Arequipa. *Nuevos Paradigmas*, 5(1), 37-50.
- Lecca, E. R., Guevara, L. R., & Boza, O. C. (2013). Riesgos psicosociales. *Industrial Data*, 16(1), 70-79.
- Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Macía-Sepúlveda, F., & Jélvez-Wilke, C. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145.
- Méx, M. I. (2016). Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado. *Medicina Interna de México*, 32(1).



- Kalimo, R., El Batawi, M. A., & Cooper, C. L. (1988). Los Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.
- Houtman, I., Jettinghof, K., Cedillo, L., & World Health Organization. (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71(3), 293-303.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout:" síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). México: Mcgraw-hill.
- Taylor, S. J. i BOGDAN, R. (1994) Introducción a los métodos cualitativos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. *On line* (27/03/2.000). Revisado el, 14.
- Pérez, J., & Nogareda, C. (2012). NTP 926: Factores psicosociales: metodología de evaluación. *Madrid: INSHT*.
- Fernández-Prada, M. (2016). Evaluación psico-fisiológica del estrés, la salud percibida y los riesgos psicosociales en profesionales sanitarios.



- Estrada, R. E. L., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 61, 2-19.
- Jiménez, B. M., & León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Jiménez Jiménez, F. J., Alonso-Navarro, H., Ayuso-Peralta, L., & Jabbour Wadih, T. (2006). Estrés oxidativo y enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 42(7), 419-27.
- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009). análisis de las principales Fortalezas y debilidades del " Maslach burnout inventory" (Mbi). *Ciencia & Trabajo*, 11, 160-167.
- Frachi Rodríguez, A. M. FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL SANITARIO. ESTUDIO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS.
- SIVERIO, Z. A. (2016). EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS.
- Esthela, C. O. D., & Esthela, D. (2015). *Estrés en el desempeño laboral de las enfermeras del servicio de emergencia del hospital Eugenio Espejo de Quito* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015.).
- Ramírez Palacios, M. E. (2014). *Síndrome de Burnout en el Personal del Hospital Universitario Católico de Cuenca del Área de Hospitalización en el año 2013 y su Predisposición de acuerdo a la Personalidad* (Master's thesis, Universidad del Azuay).





- Tenesaca Maldonado, J. A., Bautista, U., Alejandra, M., & Valarezo León, D. C. (2012). *Factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en las enfermeras profesionales del Hospital " Homero Castanier Crespo", Azogues, 2011* (Bachelor's thesis).
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78(4), 505-516.
- <http://www.insht.es/portal/site/RiesgosPsicosociales/menuitem.8f4bf744850fb29681828b5c180311a0/?vgnextoid=69ec84fbb7819410VgnVCM1000008130110aRCRD>
- <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=cddc31dd88ca0310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- <http://sart.iess.gob.ec/DSGRT/portal/documentos/CD513.pdf>
- <http://www.enquitoecuador.com/userfiles/reglamento-de-seguridad-y-salud-de-los-trabajadores-y-mejoramiento-del-medio-ambiente-de-trabajo.pdf>
- <http://www.cop.es/index.php?page=directrices-internacionales>



## ANEXOS

### Anexo 1: Método de Evaluación Factores Psicosociales. Cuestionario F-PSICO.



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN  
DE RIESGOS PSICOSOCIALES

El objetivo de este cuestionario es conocer algunos aspectos sobre las condiciones psicosociales en tu trabajo.

El cuestionario es anónimo y se garantiza la confidencialidad de las respuestas.

Con el fin de que la información que se obtenga sea útil es necesario que contestes sinceramente a todas las preguntas.

Tras leer atentamente cada pregunta así como sus opciones de respuesta, marca en cada caso la respuesta que consideres más adecuada, señalando una sola respuesta por cada pregunta.

***ES IMPRESCINDIBLE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS***



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

1. ¿Trabajas los sábados?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
2. ¿Trabajas los domingos y festivos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
3. ¿Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
4. ¿Con qué frecuencia tienes que trabajar más tiempo del horario habitual, hacer horas extra o llevarte trabajo a casa?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
5. ¿Dispone de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana (7 días consecutivos)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
6. ¿Tu horario laboral te permite compaginar tu tiempo libre (vacaciones, días libres, horarios de entrada y salida) con los de tu familia y amigos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
7. ¿Puedes decidir cuándo realizar las pausas reglamentarias (pausa para comida o bocadillo)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
8. Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, ¿puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

9. ¿Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Puedes tomar decisiones relativas a:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (actividades y tareas a realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de tareas a lo largo de tu jornada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo tienes que hacer tu trabajo (método, protocolos, procedimientos de trabajo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que tienes que realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo que realizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de los turnos rotativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ No trabajo en turnos rotativos	<input type="checkbox"/>			

11. Qué nivel de participación tienes en los siguientes aspectos de tu trabajo:

	puedo decidir	se me consulta	sólo recibo información	ninguna participación
	1	2	3	4
Introducción de cambios en los equipos y materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción de cambios en la manera de trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzamiento de nuevos o mejores productos o servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reestructuración o reorganización de departamentos o áreas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la dirección o entre tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratación o incorporación de nuevos empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de las normas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

12. ¿Cómo valoras la supervisión que tu jefe inmediato ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

	no interviene	insuficiente	adecuada	excesiva
	1	2	3	4
El método para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planificación del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cómo valoras el grado de información que te proporciona la empresa sobre los siguientes aspectos?

	no hay información	insuficiente	es adecuada
	1	2	3
Las posibilidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los requisitos para ocupar plazas de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de la empresa en el mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Para realizar tu trabajo ¿cómo valoras la información que recibes sobre los siguientes aspectos?

	muy clara	clara	poco clara	nada clara
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (funciones , competencias y atribuciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo debes hacerlo ( métodos, protocolos, procedimientos de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo asignado para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilidad del puesto de trabajo (qué errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuáles no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

15. Señala con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones en tu trabajo

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los métodos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo porque te suponen un conflicto moral, legal, emocional...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibes instrucciones contradictorias entre sí (unos te mandan una cosa y otros otra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberían llevar a cabo otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si tienes que realizar un trabajo delicado o complicado y deseas ayuda o apoyo, puedes contar con:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no hay otras personas
	1	2	3	4	5
Tus jefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras personas que trabajan en la empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

buenas	<input type="checkbox"/>	1
regulares	<input type="checkbox"/>	2
malas	<input type="checkbox"/>	3
no tengo compañeros	<input type="checkbox"/>	4

18. Con qué frecuencia se producen en tu trabajo:

	raras veces	con frecuencia	constante mente	no existen
	1	2	3	4
Los conflictos interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia psicológica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de acoso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

19. Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:
- deja que sean los implicados quienes solucionen el tema  1
  - pide a los mandos de los afectados que traten de buscar una solución al problema  2
  - tiene establecido un procedimiento formal de actuación  3
  - no lo sé  4
20. En tu entorno laboral ¿te sientes discriminado? (por razones de edad, sexo, religión, raza, formación, categoría.....)
- siempre o casi siempre  1
  - a menudo  2
  - a veces  3
  - nunca  4
21. ¿A lo largo de la jornada cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida hablar, desplazarte o simplemente pensar en cosas ajenas a tu tarea)
- siempre o casi siempre  1
  - a menudo  2
  - a veces  3
  - nunca o casi nunca  4
22. En general, ¿cómo consideras la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?
- muy alta  1
  - alta  2
  - media  3
  - baja  4
  - muy baja  5
23. El tiempo de que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado:
- siempre o casi siempre  1
  - a menudo  2
  - a veces  3
  - nunca o casi nunca  4
24. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con rapidez?
- siempre o casi siempre  1
  - a menudo  2
  - a veces  3
  - nunca o casi nunca  4
25. ¿Con qué frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo?
- siempre o casi siempre  1
  - a menudo  2
  - a veces  3
  - nunca o casi nunca  4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

26. En general, la cantidad de trabajo que tienes es:

- excesiva  1
- elevada  2
- adecuada  3
- escasa  4
- muy escasa  5

27. ¿Debes atender a varias tareas al mismo tiempo?

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4

28. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4

29. ¿En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4

30. En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estás haciendo para realizar otra no prevista

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4

31. En el caso de que existan interrupciones, ¿alteran seriamente la ejecución de tu trabajo?

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4

32. ¿La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular e imprevisible?

- siempre o casi siempre  1
- a menudo  2
- a veces  3
- nunca o casi nunca  4





**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

33. En qué medida tu trabajo requiere:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Aprender cosas o métodos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptarse a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar iniciativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener buena memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar directamente con personas que no están empleadas en tu trabajo (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. En tu trabajo ¿con qué frecuencia tienes que ocultar tus emociones y sentimientos ante...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores jerárquicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estás expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

36. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿con qué frecuencia se espera que des una respuesta a los problemas emocionales y personales de tus clientes externos? (pasajeros, alumnos, pacientes, etc.):

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

37. El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?:

no	<input type="checkbox"/>	1
a veces	<input type="checkbox"/>	2
bastante	<input type="checkbox"/>	3
mucho	<input type="checkbox"/>	4



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

38. En general ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?:

- mucho  1
- bastante  2
- poco  3
- nada  4

39. ¿Cómo contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa u organización?

- no es muy importante  1
- es importante  2
- es muy importante  3
- no lo sé  4

40. En general, ¿está tu trabajo reconocido y apreciado por...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El público, clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. (si los hay)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu familia y tus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Te facilita la empresa el desarrollo profesional (promoción, plan de carrera,...)?

- adecuadamente  1
- regular  2
- insuficientemente  3
- no existe posibilidad de desarrollo profesional  4

42. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

- muy adecuada  1
- suficiente  2
- insuficiente en algunos casos  3
- totalmente insuficiente  4

43. En general, la correspondencia entre el esfuerzo que haces y las recompensas que la empresa te proporciona es:

- muy adecuada  1
- suficiente  2
- insuficiente en algunos casos  3
- totalmente insuficiente  4

44. Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo ¿estás satisfecho con el salario que recibes?

- muy satisfecho  1
- satisfecho  2
- insatisfecho  3
- muy insatisfecho  4

## Anexo 2: Relación de Factores Psicosociales.

<p><b>TIEMPO DE TRABAJO (TT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en sábados (Ítem 1)</li> <li>• Trabajo en domingos y festivos (Ítem 2)</li> <li>• Tiempo de descanso semanal (Ítem 5)</li> <li>• Compatibilidad vida laboral-vida social (Ítem 6)</li> </ul>
<p><b>AUTONOMÍA (AU)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía temporal           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilidad de atender asuntos personales (Ítem 3)</li> <li>- Distribución de pausas reglamentarias (Ítem 7)</li> <li>- Adopción de pausas no reglamentarias (Ítem 8)</li> <li>- Determinación del ritmo de trabajo (Ítem 9)</li> </ul> </li> <li>• Autonomía decisional           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades y tareas (Ítem 10 a)</li> <li>- Distribución de tareas (Ítem 10 b)</li> <li>- Distribución del espacio de trabajo (Ítem 10 c)</li> <li>- Métodos, procedimientos y protocolos (Ítem 10 d)</li> <li>- Cantidad de trabajo (Ítem 10 e)</li> <li>- Calidad del trabajo (Ítem 10 f)</li> <li>- Resolución de incidencias (Ítem 10 g)</li> <li>- Distribución turnos (Ítem 10 h)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>CARGA DE TRABAJO (CT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presiones de tiempos           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo asignado a la tarea (Ítem 23)</li> <li>- Tiempo de trabajo con rapidez (Ítem 24)</li> <li>- Aceleración del ritmo de trabajo (Ítem 25)</li> </ul> </li> <li>• Esfuerzo de atención           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo de atención (Ítem 21)</li> <li>- Intensidad de la atención (Ítem 22)</li> <li>- Atención sobre múltiples tareas (Ítem 27)</li> <li>- Interrupciones (Ítem 30)</li> <li>- Efecto de las interrupciones (Ítem 31)</li> <li>- Previsibilidad de las tareas (Ítem 32)</li> </ul> </li> <li>• Cantidad y dificultad de la tarea           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de trabajo (Ítem 26)</li> <li>- Dificultad del trabajo (Ítem 28)</li> <li>- Necesidad de ayuda (Ítem 29)</li> <li>- Trabajo fuera del horario habitual (Ítem 4)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>DEMANDAS PSICOLÓGICAS (DP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigencias cognitivas           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidades requeridas (p 33 a- 33 e)</li> </ul> </li> <li>• Exigencias emocionales           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requerimientos de trato con personas (Ítem 33 f)</li> <li>- Ocultación de emociones ante superiores (Ítem 34)</li> <li>- Exposición a situaciones de impacto emocional (Ítem 35)</li> <li>- Demandas de respuesta emocional (Ítem 36)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>VARIEDAD/CONTENIDO (VC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo rutinario (Ítem 37)</li> <li>• Sentido del trabajo (Ítem 38)</li> <li>• Contribución del trabajo (Ítem 39)</li> <li>• Reconocimiento del trabajo (Ítem 40)</li> </ul>
<p><b>PARTICIPACIÓN/SUPERVISIÓN (PS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de participación (Ítem 11)</li> <li>• Control ejercido por el inmediato superior (Ítem 12)</li> </ul>
<p><b>INTERÉS POR EL TRABAJADOR/COMPENSACIÓN (ITC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información proporcionada al trabajador (Ítem 13)</li> <li>• Facilidades para el desarrollo profesional (Ítem 41)</li> <li>• Valoración de la formación (Ítem 42)</li> <li>• Equilibrio entre esfuerzo y recompensas (Ítem 43)</li> <li>• Satisfacción con el salario (Ítem 44)</li> </ul>
<p><b>DESEMPEÑO DE ROL (DR)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambigüedad de rol (Ítem 14)</li> <li>• Conflicto de rol (Ítems 15 a - 15 d)</li> <li>• Sobrecarga de rol (Ítem 15 e)</li> </ul>
<p><b>RELACIONES Y APOYO SOCIAL (RAS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo social instrumental de distintas fuentes (Ítem 16)</li> <li>• Calidad de las relaciones (Ítem 17)</li> <li>• Exposición a conflictos Interpersonales (Ítem 18a)</li> <li>• Exposición a situaciones de violencia (Ítems 18 b-18d)</li> <li>• Gestión de la empresa de las situaciones de conflicto (Ítem 19)</li> <li>• Exposición a discriminación (Ítem 20)</li> </ul>



### Anexo 3: Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey.

## Encuesta de Servicios MBI-Human Services Survey

Como me siento:	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Como me siento  
0-6

#### Afirmaciones:

1. \_\_\_\_\_ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. \_\_\_\_\_ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3. \_\_\_\_\_ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. \_\_\_\_\_ Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. \_\_\_\_\_ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. \_\_\_\_\_ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. \_\_\_\_\_ Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. \_\_\_\_\_ Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. \_\_\_\_\_ Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. \_\_\_\_\_ Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. \_\_\_\_\_ Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. \_\_\_\_\_ Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. \_\_\_\_\_ Me siento frustrado en mi trabajo.
14. \_\_\_\_\_ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. \_\_\_\_\_ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. \_\_\_\_\_ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. \_\_\_\_\_ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. \_\_\_\_\_ Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. \_\_\_\_\_ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. \_\_\_\_\_ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. \_\_\_\_\_ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. \_\_\_\_\_ Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

(USO ADMINISTRATIVO)

AE: \_\_\_\_\_ cat. DP: \_\_\_\_\_ cat. RP: \_\_\_\_\_ cat.



Anexo 4: Programa informático en Excel para tratar datos del Cuestionario MBI.

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following content:

Cómo me siento	0	1	2	3	4	5	6
<b>Código Encuesta</b>	Nunca	Voces al menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces a la semana	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

**Datos Sociodemográficos**

¿Qué edad tienes?	Sexo	Ocupación	Horario de trabajo
-------------------	------	-----------	--------------------

**Cómo me siento 0 - Afirmaciones:**

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- Cuando tengo mi jornada de trabajo me siento vacío.
- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a una jornada de trabajo me siento fatigado.
- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- Siento que trabajo todo el día con la gente me cansa.
- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
- Siento que mi trabajo me está desgastando.
- Siento que estoy filipando positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
- Siento que me he hecho más duro con la gente.
- Me preocupa que otros colegas me estén evaluando emocionalmente.
- Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- Me siento frustrado en mi trabajo.
- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a mis pacientes.
- Siento que trabajo en contacto directo con la gente me cansa.
- Siento que puedo conectar con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
- Me siento agotado después de haber trabajado intensamente con mis pacientes.
- Creo que consigo manejar cosas difíciles en mi trabajo.
- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

The screenshot shows an Excel spreadsheet with a pivot table and a 3D pie chart. The pivot table is as follows:

Cuenta de Código Encuesta	Total
Niveles de Realización Personal	
Alto	4
Medio	3
Bajo	6
<b>Total general</b>	<b>13</b>

The 3D pie chart, titled "Realización Personal", shows the following data:

- Alto: 4 (31%)
- Medio: 3 (23%)
- Bajo: 6 (46%)