



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE
ROSARIO Y LA REGIÓN.**

Tesista: Georgina D'Ambrosio

Directora: Prof. Ps. María Laura Raggio

Título a obtener: Licenciada en Psicología

Índice

Resumen	4
Agradecimientos	5
Introducción	6
Problema	9
Objetivos.....	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
Estado del arte.....	10
Marco teórico.....	16
1.El Síndrome de BurnOut	16
1.1 Definición.....	16
1.2 Delimitación del SB con otros conceptos	17
1.3 Niveles de patología.....	18
1.4 Etiología del SB	19
1.4 Signos y síntomas.....	21
1.6 Estrategias de intervención y prevención.....	22
2. Satisfacción Laboral	22
2.1 Definición.....	22
2.2 Posibles relaciones y consecuencias de la insatisfacción laboral.....	23
2.3 La medida de la satisfacción laboral	25
3. La atención en Salud Mental y su relación con el SB y la SL.	28
3.1 Salud mental y las nuevas realidades del trabajo	28
3.2 Trabajo e instituciones públicas y privadas	30
3.3 De la atención en Servicios de salud mental en hospitales generales	31
3.4 De la atención en Hospitales monovalentes	32
Marco metodológico.....	35
1. Tipo de investigación	35
2. Definición conceptual y operacional de las variables	35

2.1.1 Definición conceptual Síndrome de Burnout	35
2.1.2 Definición operacional Síndrome de Burnout	36
2.2.1 Definición conceptual Satisfacción Laboral	36
2.2.2 Definición operacional Satisfacción Laboral	36
3. Área de estudio	37
4. Definición de la unidad de análisis.....	37
5. Muestra	38
6. Instrumentos para la Recolección de Datos.....	38
6.1 Datos Sociodemográficos.....	38
6.2 MBI (Maslach y Jackson, 1981)	39
6.3 SL S10/12 (Meliá y Peiró, 1989)	40
7. Procedimiento.....	42
8. Consideraciones éticas.....	43
Resultados.....	44
Análisis de datos sociodemográficos	44
Análisis de los resultados del Inventario de Maslach de Burnout	47
Análisis de los resultados del Cuestionario de Satisfacción Laboral s10/12	50
Análisis de las correlaciones entre SB y SL	56
Conclusiones.....	58
Bibliografía	64
Anexos	67
Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico	67
Anexo 2: INVENTARIO MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981).....	70
Anexo 3: Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12 (Meliá y Peiró, 1989).....	71

SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO Y LA REGIÓN.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud mental de la ciudad de Rosario y la región. El estudio es no experimental, transversal y correlacional. La muestra está compuesta por 41 profesionales distribuidos en las áreas de Acompañantes Terapéuticos, Enfermería, Kinesiología, Nutrición, Medicina, Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, de ambos sexos y edades que oscilan entre 28 y 63 años, mujeres y varones. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron el *Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson* para el burnout, y el *S10/12 de Meliá y Peiró* para la satisfacción laboral, además de un cuestionario sociodemográfico. Los resultados obtenidos resaltan que existe correlación negativa y significativa entre el burnout y la satisfacción laboral. No existieron diferencias significativas entre las variables estudiadas y los aspectos sociodemográficos, a excepción de género, en el que las mujeres presentaron mayores indicativos de presencia de burnout, específicamente en la dimensión de Realización Personal; y en la experiencia laboral, en que se obtiene una relación negativa con el burnout en la dimensión de Cansancio Emocional. En cuanto a la Satisfacción Laboral, en su calificación global prevalece la satisfacción y en su evaluación por facetas, prevalece la satisfacción laboral con la supervisión; aunque es importante destacar que en la dimensión que responde a la evaluación de las prestaciones recibidas, la insatisfacción obtiene un porcentaje alto. En relación con el burnout, las personas indican que se encuentran con altos niveles de cansancio emocional y baja realización personal; la despersonalización encuentra niveles altos en un porcentaje menor.

Palabras clave: síndrome de burnout, satisfacción laboral, profesionales, salud mental, rosario

Agradecimientos

A cada uno de los profesionales que participaron en esta investigación, por el tiempo y el compromiso con que respondieron.

A mi directora de tesis, Laura Raggio, que me acompañó y aportó su expertise en esta materia.

A Raúl Gómez Alonso, por sus clases magistrales y su dedicación.

A mi familia, por haber hecho posible mi camino por la universidad.

A mis amigos facultativos, por cada palabra de aliento y amor.

A Matías y Ángela, la razón principal de mi esfuerzo.

Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad investigar acerca de la relación entre los distintos niveles del síndrome de burnout que pueden padecer los trabajadores profesionales de servicios de Salud Mental de la ciudad de Rosario y la región y el grado de satisfacción laboral que estos presenten respecto de sus ámbitos laborales. Se define que la población a estudiar este conformada por aquellas personas que ejercen profesiones que están incluidas dentro de aquellas disciplinas que se establecen como pertenecientes a los equipos de trabajo interdisciplinario establecido en el art. 8 de la Nueva Ley de Salud Mental N°26.657; estas pueden ser psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otros campos pertinentes. Por servicios de Salud Mental se alude a los equipos que puedan pertenecer tanto a hospitales generales con servicios de salud mental, a hospitales monovalentes u otras instituciones, tanto del ámbito público como del privado.

Con el objetivo de responder a este interrogante, se busca poder indicar niveles de burnout y describir los niveles de satisfacción laboral en estos profesionales y, finalmente, corroborar si existe relación entre los niveles del síndrome de Burnout y la satisfacción laboral. A su vez, también se busca describir el perfil sociodemográfico de esta población en función de la edad, género y profesión de los participantes, cantidad de años de experiencia laboral, si tienen hijos y/o personas a cargo y la edad de estas, tipo de contratación, jerarquía laboral, cantidad de horas trabajadas por semana, si se posee más de un empleo, el tipo de institución en la que trabajan (Hospital monovalente neuropsiquiátrico, Hospital General con servicio de Salud Mental y otros) y si este pertenece al ámbito de lo público o lo privado.

Según lo relevado, son escasos los estudios de este tipo realizados en la ciudad de Rosario y la región, que involucren a diversos profesionales de la Salud Mental, siendo en su mayoría referidos únicamente a profesionales de enfermería. Se considera que el resultado de la investigación puede ser un aporte útil para generar nuevos conocimientos acerca de esta población en particular, en función de crear posibles estrategias de prevención y afrontamiento del Síndrome de Burnout y considerar la satisfacción laboral, en el ámbito sanitario, como un factor importante de las políticas para la mejora de los servicios.

El concepto de burnout es acuñado por el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger por primera vez en el año 1974, con el fin de describir un conjunto de síntomas conductuales y actitudinales observables en profesionales y auxiliares de una clínica de desintoxicación en la que se desempeñaba como voluntario (Freudenberger, 1974). Para 1977, Cristina Maslach, psicóloga estadounidense, comienza a utilizar este término para referirse específicamente al síndrome sufrido por los trabajadores de los servicios de cuidados a otros seres humanos y

que, al cabo de un período de tiempo de dedicación a estas tareas, acababan “fundiéndose” o “quemándose” (Neffa, 2015).

Es la misma autora conjuntamente con Susan Jackson, quienes desarrollan el modelo multidimensional del *Síndrome de Burnout* y lo definen como “una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, constituido por tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal, entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas” (Maslach y Jackson, 1981).

Otra de las variables centrales en este trabajo de investigación se refiere a la *Satisfacción Laboral*. En cuanto a su definición, no existe una conceptualización generalizada y unánimemente aceptada aunque los expertos reconocen dos grandes grupos. Uno de estos delimita este concepto como un *estado emocional*, un conjunto de sentimientos o de respuestas afectivas; sin diferenciar puntualmente entre cada uno de ellos. Por otro lado, el segundo grupo, considera que la satisfacción laboral va más allá de las emociones, indicando su fuerte influencia sobre las conductas laborales y definiéndola como una *actitud generalizada* hacia el trabajo (Peiró et al, 1995).

En concordancia con esta última idea expuesta, Morales (1994) indica que las *actitudes* constan de tres componentes; el *componente cognitivo*, el *afectivo* y el *conductual*. Señala que los tres procesos influyen sobre la actitud referida a la satisfacción laboral pudiendo concluir que es la esfera afectiva la que predomina. Por esto, se podría definir la *Satisfacción Laboral* como una “actitud afectiva” que refiere a la orientación afectiva de un individuo hacia el rol que desempeña (Vroom, 1964 en Peiró et al, 1995).

Teniendo en cuenta que diversas investigaciones ponderan la estrecha vinculación entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral, resulta interesante indagar esta relación en el ámbito de los servicios de la salud mental. En Souza et al (2005), se indica que el trabajo en este ámbito produce situaciones que afectan las condiciones de salud, elevando los riesgos de enfermedad asociados a la sensación de fatiga física al final de la jornada laboral, provocada por el miedo de sufrir algún tipo de agresión por parte de los usuarios, por la exposición a las cargas físicas y psíquicas, por la insuficiencia de las condiciones de trabajo, por las limitaciones de autonomía, las quejas de estrés, por dolores corporales, por la ansiedad y el cansancio. Estas situaciones impactan directamente en la satisfacción laboral, ya que como se describió, esta variable implica una serie de componentes ligados con las dificultades que pueden surgir en la labor en este ámbito específico.

Por todo esto expuesto, es relevante estudiar la relación entre el burnout y la satisfacción laboral, con el fin de generar nuevos conocimientos que contribuyan al bienestar psicológico

de los profesionales de la salud y el desarrollo organizacional de los Servicios de Salud Mental de la ciudad y la región.

Problema

¿Cuál es la relación entre los distintos niveles de Síndrome del Burnout y la satisfacción laboral, asociados al trabajo de los profesionales de la Salud Mental de la ciudad de Rosario y la Región?

Objetivos

Objetivo general

Describir la relación entre los distintos niveles del Síndrome de Burnout y la satisfacción laboral, asociados al trabajo de los profesionales de la Salud Mental de la ciudad de Rosario y la Región.

Objetivos específicos

- Caracterizar los datos sociodemográficos en los profesionales de la salud mental de la ciudad de Rosario y la región.
- Indicar niveles de Síndrome de Burnout en la muestra y analizar diferencias según género, edad y experiencia laboral.
- Describir grados de Satisfacción Laboral en la muestra y analizar resultados según género, tipo de institución en la que trabaja y si es del ámbito público o privado.
- Establecer correlaciones entre el Síndrome Burnout y la Satisfacción Laboral.

Estado del arte

Para comenzar el presente apartado, es pertinente indicar que, en el proceso de búsqueda de los antecedentes, se han encontrado una limitada cantidad de estudios respecto a la relación entre los niveles de Burnout y la Satisfacción Laboral entre los profesionales de la salud mental, los cuales son, en su mayoría, de origen internacional. Por el contrario, se han encontrado variadas investigaciones y publicaciones acerca de esta relación en trabajadores de enfermería puntualmente, tanto en nuestro país como en otros; las cuales se incluyen en este desarrollo ya que permiten poder conceptualizar el impacto de las variables de este estudio en una población que trabaja en el ámbito de la salud mental.

En el 2014, es publicado un artículo de Hernández Gijón y colegas, dirigido por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Granada, acerca del Síndrome de Burnout y la satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. Se presenta como un estudio transversal, realizado a 107 médicos, enfermeros y auxiliares del ámbito sanitario hispanohablante de España y Argentina. Estos respondieron al cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) y al Inventario de Satisfacción Laboral (ISL *66), con el objetivo de investigar la prevalencia de Burnout en ambos países y comprobar si existe relación entre las variables mencionadas anteriormente. El diseño utilizado metodológicamente consta de analizar el Burnout en sus tres dimensiones, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal (CE, DE y RP) y el Nivel de Satisfacción Laboral en sus cuatro dimensiones: Evaluación Institucional del Personal; Desarrollo, Capacitación y actualización del personal; Comunicación y Salud y; Condiciones laborales (EP, DCA, COM, SAL).

Los resultados manifiestan que existe un mayor nivel de Burnout en el personal sanitario español frente al argentino; puntualmente en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización. En cuanto a la dimensión Realización Personal, la puntuación fue significativamente más alta en la población Argentina. En cuanto al segundo objetivo señalado de este estudio, no se encuentran correlaciones suficientes entre Burnout y Satisfacción Laboral en ninguno de los dos países.

En esta investigación se concluye que las discrepancias encontradas en los niveles de Burnout pueden ser atribuidas a las diferencias de la realidad socio-económica de ambos países, entendiendo que en países con un grado de bienestar inferior, como sería el caso de Argentina, las condiciones laborales/personales son apreciadas como menos estresantes ya que los individuos suelen tener menos expectativas, ser más conformistas y atribuyen el agotamiento laboral al contexto macroeconómico más que a las condiciones laborales. Por el contrario, en

aquellos países en que existe mayor bienestar y conciencia de los derechos de los trabajadores, como en España, esta relación es inversa.

Para finalizar, los autores indican que serán necesarias futuras investigaciones del orden de lo antropológico y social para constatar este análisis y que sería interesante introducir un constructo opuesto al Burnout, conocido como “Engagement”, que resalta aspectos positivos del empleo con los que se podría trabajar, directa o indirectamente, con el fin de contrarrestar los aspectos negativos y nocivos del Burnout.

Otra investigación es la realizada por Vázquez Fonseca y colegas en 2019, en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chile, que propone indagar los niveles de Burnout y Satisfacción Laboral, de manera cuantitativa, descriptiva-correlacional y transversal, de un grupo de 166 trabajadores de las áreas de servicios de emergencia, anestesia y pabellón, médico-quirúrgico, medicina interna y cirugía.

En el diseño metodológico se utiliza el cuestionario de Maslach Burnout Inventory para medir la variable de Burnout (CE, DE, RP), y el S20/23 de J.M. Peiró y J.M. Meilá para medir la variable de Satisfacción Laboral (en sus cuatro dimensiones de Supervisión, Ambiente físico, Condiciones laborales, Satisfacción intrínseca y Participación). Además, se integran preguntas socio-demográficas como: edad, estado civil, sexo, cargo que desempeña, servicio al cual pertenece, situación laboral y profesión.

Los resultados indican que existe una correlación negativa y significativa entre la Satisfacción laboral y el Síndrome de Burnout, y, por otro lado, tampoco se perciben diferencias significativas entre las variables sociodemográficas. Esto podría deberse a que los factores personales no influyen sobre las variables satisfacción laboral y burnout con la misma magnitud en que lo hacen los factores organizacionales como sobrecarga de trabajo, presión de tiempo y conflictos interpersonales.

En cuanto a los datos obtenidos, el 91.2% posee un riesgo alto de presentar síndrome de burnout y el 52.6% de la muestra se encuentra bastante y muy satisfecho laboralmente.

Para la primera variable analizada, el grupo de Medicina interna obtiene el indicador con mayor índice de burnout, y el de Anestesia y Pabellón el menor; esto puede explicarse debido a que Medicina interna atiende pacientes agudos, se encuentran altamente saturados de trabajo, con una elevada cantidad de ingresos y rotación de camas. Podría decirse que los servicios con mayor carga laboral respecto a la atención y los procedimientos de alta complejidad presentan más actitudes de despersonalización y menos satisfacción laboral. Para esta variable, la dimensión con mayor puntaje es la de Realización personal y Despersonalización, por lo que se hallan en una situación más crítica que la dimensión Cansancio emocional. Se concluye que,

un análisis posible de estos resultados podría ser que los participantes reconocen tener actitudes de frialdad y distanciamiento y, a pesar de esto, la sensación de estar exhaustos emocionalmente por las demandas del trabajo, es menor.

En cuanto a la variable Satisfacción Laboral, el servicio de Anestesia y Pabellón es el que presenta mayor puntuación, y el médico-quirúrgico el de menor; y las dimensiones mejor evaluadas son Satisfacción intrínseca y Supervisión, mientras que las que necesitan mayor atención son Ambiente físico y Condiciones laborales.

Otro estudio realizado en el año 2019, es el elaborado por Yslado Méndez y colegas, quienes llevaron a cabo su trabajo de investigación en dos hospitales del Perú, titulado Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Este estudio tiene por objetivo determinar las relaciones entre el síndrome de burnout (SB) y la satisfacción laboral (SL) en los profesionales de la salud. La muestra estuvo constituida por médicos, odontólogos, farmacéuticos, psicólogos, enfermeros, obstetras, nutricionistas y trabajadores sociales. Se tomaron cuestionarios a 177 profesionales de una población de 620 entre ambos hospitales. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de burnout de Maslach (MBI) y la Escala de satisfacción laboral (SL-SPC).

Estos autores plantean que la mayoría de las investigaciones sobre este tema de la última década se han realizado sobre grupos de enfermeros y que son escasos los reportes correlacionales sobre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en muestras representativas de profesionales de la salud, cuyas funciones y responsabilidad laboral difieren según la profesión, estructura y organización laboral.

Se explica en este artículo que el síndrome de burnout es un problema de salud mental y ocupacional y que se presenta con mayor frecuencia en profesionales de la salud. Indica también, que afecta la calidad de vida laboral y la calidad de atención a los usuarios. Estos autores entienden que tanto el síndrome de burnout como la satisfacción laboral son componentes importantes de la calidad de atención y que según estudios previos, se observa que existe menor satisfacción laboral a mayores niveles de burnout, lo que tiene un efecto significativo en la calidad de vida en el trabajo y en la calidad asistencial. En Perú, la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud es 12,5% y aunque esta estadística tiene resultados heterogéneos, se señala que la Superintendencia Nacional de Salud de Perú le asigna importancia relevante a esta relación entre SB y SL y mide periódicamente el nivel de burnout entre los profesionales de la salud como parte de la evaluación de satisfacción laboral de este grupo (Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud, 2016; en Yslado Méndez et al, 2019).

Los resultados de este estudio arrojan que se encuentra una prevalencia de niveles altos de burnout con mayor frecuencia en mujeres, entre los 30 y 39 años, en divorciados, químicos-farmacéuticos y dentistas, nombrados, con experiencia laboral entre 20 y 29 años y que trabajan 8 horas diarias en contacto con los pacientes. Se aclara en este análisis que a pesar de esta descripción las variables demográficas descritas no tienen efecto significativo sobre el síndrome de burnout, es decir, cualquier profesional de la salud que trabaja en los hospitales investigados, puede verse afectado por niveles altos de SB.

A su vez, se define que existe relación significativa y negativa entre SB y SL, es decir, a menor nivel de SB, mayor es la SL, entonces se infiere que el burnout es un predictor de la SL. Los profesionales de la muestra, además de estar expuestos a las variables antes nombradas, están en contacto seis o más horas diarias con el dolor y la muerte de pacientes de baja, mediana o alta complejidad, conjuntamente con la desvalorización social de las profesiones sanitarias y bajas remuneraciones. Por esto, los resultados hallados indican el SB incide en la SL y no al contrario ni que el burnout pueda coexistir con niveles altos de SL.

En cuanto a las dimensiones de la variable SB, se obtiene que la predominante es la de Despersonalización (37% sobre el SB) y que es mayor en profesionales expuestos a niveles medio o alto de contacto continuo con el sufrimiento o muerte de los pacientes. Como efecto indirecto se halla el trato deshumanizado, indiferencia, cinismo, distancia relacional, debido al endurecimiento afectivo; lo que conlleva a que los pacientes y familiares de estos maltraten física y psicológicamente con insultos y amenazas a los profesionales que los atienden, en su lugar de trabajo.

Por otro lado, se halla que el factor predominante de la satisfacción laboral son los beneficios económicos y se encuentra en relación negativa con la significación de la tarea, es decir, los profesionales de la salud perciben que su puesto es importante por su impacto en la sociedad pero la disposición a realizar las tareas es compensado con remuneraciones bajas, lo que incide negativamente en la realización personal y existe una percepción de injusticia.

Feitosa Sousa y otros autores, publican en la Revista Latino-Americana de Enfermería en el año 2020, una investigación realizada en un hospital psiquiátrico público de la región nordeste de Brasil. Tiene como objetivo principal identificar las asociaciones entre variables sociodemográficas, laborales, las condiciones de salud, los hábitos de vida y los riesgos de enfermedad de los trabajadores de enfermería en un hospital psiquiátrico.

Es pertinente tener en cuenta el análisis y los resultados de este estudio, porque, aunque no es abarcativa de toda la dimensión de profesionales involucrados en un sistema sanitario de esta índole, si es interesante para la aproximación y el desarrollo de las variables a tratar. La

presente investigación parte de la idea que existen riesgos críticos para la salud de los trabajadores de enfermería debido a las condiciones de trabajo inadecuadas y a la considerable demanda cognitiva que representa la atención a las personas con trastornos mentales (Sousa KHFJ et al, 2017 en Feitosa Sousa et al, 2019); sumado al trabajo por turnos, el estado de vigilancia continuo, la insatisfacción laboral, el bienestar, la inseguridad y los salarios; que también pueden actuar como potenciadores de la enfermedad (Vieira GLC, 2017 en Feitosa Sousa et al, 2019).

Estos autores plantean que las tareas realizadas por los profesionales de la salud en un hospital psiquiátrico, los expone al desgaste físico y psicológico, contribuyendo al desarrollo de diversas enfermedades y al estrés laboral. En la misma línea de desarrollo, se refuerza esta afirmación a partir de una investigación tomada como antecedente y realizada por Perukurinen y colegas (2017); en la que se identifica que existe una mayor prevalencia de agresión sobre enfermeras que trabajan en el área psiquiátrica que aquellas que se emplean en unidades clínicas y quirúrgicas. Agregan a este indicador, que las mismas personas indicadas anteriormente presentan un peor estado de salud subjetiva y una menor capacidad de trabajo.

El instrumento utilizado en la investigación de Feitosa Sousa et al, consiste en un cuestionario multitemático estructurado en dos bloques, administrado por asistentes en investigación previamente capacitados y fue aplicado a 90 participantes (17 enfermeras y 73 técnicos/auxiliares de enfermería). El primer bloque incluía preguntas relacionadas a la caracterización sociodemográfica (sexo, edad, estado civil y niños, etc.), otras referidas al trabajo como categoría profesional, tipo de jornada, turno y número de empleos; las condiciones de salud que tuvieran diagnóstico médico y los hábitos de vida como actividad física, insomnio y ocio. El segundo bloque correspondió a evaluar los riesgos de enfermedad en el trabajo con los instrumentos de la Escala de Evaluación del Contexto Laboral, que incluye las dimensiones de la organización del trabajo, relaciones socio-profesionales y condiciones de trabajo, y la Escala de Costo Humano en el Trabajo, con costo emocional, costo cognitivo y costo físico.

Los resultados arrojaron que de la muestra, la participación fue predominantemente de mujeres (91,9%), el 87,8% no posee hijos menores de 6 años, en una franja de edad comprendida entre los 48 y los 72 años (59,5%). Por otro lado, el 70,3% de los profesionales trabajan hasta 30 horas semanales y el 54,1% posee solo un empleo y el 56,8% realizan las actividades durante la noche. La mayoría reportaron practicar actividad física (56,8%) y tener tiempo de ocio. En cuanto a los problemas de salud diagnosticados, el 74,3% reportó tener al menos tres diagnosticados y el 66,2% no sufrir insomnio.

En cuanto a las asociaciones entre variables sociodemográficas, laborales, las condiciones de salud, los hábitos de vida y los riesgos de enfermedad de los trabajadores, las conclusiones explican que si existen, específicamente entre las quejas de insomnio, el trabajo nocturno y las jornadas laborales de más de 30 horas semanales y los riesgos de enfermedad, asociados al contexto laboral y pueden perjudicar la salud del personal de enfermería que trabaja en el hospital neuropsiquiátrico.

En el año 2018, Salgado-Roa y Lería-Dulčić, investigadores del Departamento de Psicología e Instituto de Investigación en Ciencias Sociales y Educación, Universidad de Atacama, Copiapó, Chile; realizan un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el Síndrome de Burnout, la Satisfacción Laboral y la calidad de vida, en funcionarios de la salud pública chilenos.

Para ello, se diseña una estrategia metodológica asociativa, comparativa-transversal, aplicando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la Escala de Satisfacción Laboral (S20/23), y el Cuestionario de Vida Profesional (CVP-35), a una muestra no probabilística por conveniencia de 169 funcionarios provenientes de tres Centros de Salud Familiar Municipal (CESFAM), ciudad de Copiapó, ciudad ubicada en el norte de Chile con aproximadamente 200.000 habitantes. En la muestra se incluyó auxiliares, técnicos y profesionales universitarios, 99 mujeres (58,6%) y 70 hombres (41,4%), con edades entre 20 y 60 años ($M=36,8$, $DE=9,84$); y un promedio de años de servicio de 8,08 ($DE=7,91$).

En este estudio se considera a los profesionales de la salud chilenos que ejercen en atención primaria en los denominados CESFAM, están regularmente sometidos a condiciones altamente demandantes de desempeño, particularmente por el exceso de trabajo y número de usuarios atendidos diariamente; esto se explica a razón de la fatiga propia por las prolongadas horas de trabajo y permanencia en las actividades profesionales, que muchas veces exceden lo legalmente establecido, encontrándose así el profesional de la salud con muchas de las variables propicias para la aparición y desarrollo del SB

Un 10% de los trabajadores percibió altos niveles de SB, y una SL y CVP satisfactorias; un 88,8% medio/moderado. La edad cronológica, Motivación Intrínseca, Apoyo Directivo, estado civil y años de servicio explicaron el 33,5% de la variabilidad del Cansancio Emocional; y se plantean buenos predictores del SB.

Conclusiones: Los datos reflejan una prevalencia media/moderada de SB, que puede ser entendida a la luz de la influencia insidiosa del síndrome. La edad cronológica y el estado civil se plantean como factores protectores.

Marco teórico

1. El Síndrome de BurnOut

1.1 Definición

El síndrome de Burnout, como fenómeno, tiene diferentes denominaciones en la lengua española. Uno de los referentes en esta materia es Pedro Gil-Monte quien en 2007 propone y recomienda el término “síndrome de quemarse por el trabajo”. Según él, esta denominación ayuda a la comprensión del fenómeno, otorga información sobre la naturaleza del mismo al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas y remarca la importancia de identificar y evaluar los síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado. También, se evita la estigmatización del trabajador al desviar el foco hacia el trabajo. Otra ventaja esencial es que permite diferenciarlo de otros fenómenos psicológicos como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga y ansiedad, entre otros, que también aparecen relacionados a condiciones de trabajo no deseables.

El primero de los autores que busca dar una explicación al proceso de deterioro sufrido por los trabajadores de servicios de atención y cuidados, fue Freudenberguer, como ya fue nombrado en este estudio, quien en 1974 comienza a delimitarlo como un problema de salud vinculado a lo laboral. En este primer acercamiento, el investigador lo describe como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge como consecuencia directa del trabajo diario de profesionales en contacto con personas que necesitan servicios de atención. En esta fase inicial, el objetivo se centra en delimitar el fenómeno conceptualmente, integrarlo en los campos de estudios existentes y diferenciarlo de otros fenómenos como la alienación, el tedio o la depresión.

En este afán, Maslach y Pines, en 1977, lo definen como “un síndrome de agotamiento físico y emocional, que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio” (en Gil Monte, 2007, p.24).

Comenzando la década del ochenta, y paralelamente a la delimitación del concepto que se abordaba desde distintas corrientes psicológicas, se desarrollan numerosos instrumentos para su evaluación psicométrica. El Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach y Jackson en 1981, es el instrumento por excelencia para la evaluación del Síndrome de Burnout.

Este instrumento ha influido directamente en la investigación del fenómeno y ha contribuido a la definición del mismo, ya que, de hecho, en la actualidad, existe un amplio consenso dentro de la comunidad científica en referencia a la delimitación conceptual propuesta por Maslach et al (2001), en la que se entiende que “el burnout es una respuesta del individuo al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes que se perciben como negativas y acarrea disfunciones psicofisiológicas nocivas para la persona y para la organización” (en Olivares Faundez, 2016, p.6).

Esta definición se encuentra basada en las tres dimensiones que propone el MBI y que se corresponde con la consideración que este síndrome está compuesto por tres síntomas:

- a) ***Baja realización personal en el trabajo.*** Se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y cómo esto afecta la habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con los resultados laborales.
- b) ***Agotamiento o cansancio emocional.*** Es definido en relación a la experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Se puede comprender cómo el agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios debido al contacto diario y prolongado en el tiempo con personas a las que hay que atender (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.)
- c) ***Despersonalización.*** Este síntoma refiere a los sentimientos y actitudes que se desarrollan hacia las personas que reciben los servicios del trabajador. Son vistas por los profesionales de manera deshumanizada a causa de un endurecimiento afectivo, que puede ocasionar a que les culpen de sus problemas. Por ej.: “el paciente se merece su enfermedad”, “al indigente sus problemas sociales”, etc.

Gil monte (2007) plantea que esta no tiene porqué ser la definición más exacta del fenómeno pero da lugar a la delimitación conceptual necesaria para su diagnóstico, evaluación y diferenciación con otras patologías.

1.2 Delimitación del SB con otros conceptos

El Dr. Olivares-Faundez en 2016, indica que dada la complejidad de este síndrome, frecuentemente se lo ha vinculado con conceptos como el tedio, el estrés laboral, depresión e insatisfacción laboral.

Pines, Aronson y Kafry (1981), definen el *tedio* en un comienzo, como una experiencia de agotamiento físico, emocional y de aptitudes; definición cercana a la planteada para el burnout por estos mismos autores. Posteriormente, estos mismos autores abandonan esta equiparidad conceptual, indicando que existe una amplitud conceptual en el burnout, y que el tedio podría ser solo un síntoma más del burnout.

La diferenciación conceptual con la *depresión* se vuelve más controvertida al poseer ciertas similitudes como fatiga, dificultades para concentrarse y sentimientos de agotamiento emocional (Shirom y Ezrachi, 2003), pero a partir de investigaciones realizadas con instrumentos como el MBI y distintas medidas de depresión, se logra concluir que el Burnout se desarrollaría en contextos del trabajo mientras que la depresión se daría en contextos mucho más generales, afectando actividades y el funcionamiento global del individuo (Maslach et al, 2001).

El burnout y la *insatisfacción laboral* son dos conceptos ligados estrechamente, ya que se definen como dos experiencias internas de índole negativas pero la naturaleza que los liga sigue siendo materia de especulación por parte de los científicos (Maslach et al., 2001). Existen estudios empíricos que corroboran que el burnout causa bajos niveles de satisfacción laboral y no viceversa (Maslach y Leiter, 2001), por lo que se concluye que la insatisfacción es una consecuencia más del síndrome.

En cuanto al *estrés laboral*, la doctora Maslach (2003) considera que un aspecto diferenciador entre los dos conceptos puede ser qué el estrés se ha entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para el individuo, mientras que el burnout solo tendría efectos negativos.

1.3 Niveles de patología

Para Christina Maslach (1976), este fenómeno puede ser estructurado en 4 niveles de patología:

- **Primer nivel:** Falta de ganas de ir a trabajar, dolor de espalda y cuello.
- **Segundo nivel:** Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución, incrementándose el ausentismo y la rotación.
- **Tercer nivel:** Disminución en la capacidad laboral, apareciendo enfermedades psicosomáticas.

- **Cuarto nivel:** Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio. Suelen aparecer enfermedades graves como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc.

Asimismo, Maslach (1981) caracteriza al Burnout por lo siguiente:

- Es insidioso: Se impregna poco a poco. Va acelerándose con intensidad dentro de una misma persona. Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o si simplemente se sufre el desgaste propio de la profesión.
- Se tiende a negar: Se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros quienes primero lo notan.
- Fase irreversible: El síndrome adquiere tal magnitud que resulta irreversible y la única solución es el abandono de la asistencia al trabajo.

1.4 Etiología del SB

Buunk y Schaufeli (1993), proponen que el SB tiene una doble etiología: por un lado aparecen como antecedentes del síndrome los *procesos de intercambio social con las personas a las que se atienden* y por el otro, el de los *procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo*.

En el primer caso, el de *procesos de intercambio social con las personas a las que se atienden*, plantean que existen tres fuentes de estrés relevantes; la *incertidumbre*, que se expresa como falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar; la *percepción de inequidad*, que refiere al equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones; y la *falta de control*, que es la posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales.

En cuanto a los *procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo*, lo que surge como crucial en el desarrollo del SB, es la *falta de apoyo social en el trabajo*, los profesionales prefieren evadir o se rehúsan a buscarlo en su ámbito laboral por miedo a las críticas o hacer tachado de incompetente. En el contexto de las organizaciones sanitarias, también contribuyen al desarrollo del SB los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome por ejemplo profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros. Estas situaciones que se identifican en este modelo, funcionan como variables antecedentes del síndrome de burnout, que a su vez también están mediados o modulados por los sentimientos de autoestima, los niveles de reactividad del individuo y por la orientación en el intercambio.

Christina Maslach (1981), especifica algunos aspectos del perfil de los profesionales estudiados por el MBI, describiendo etiológicamente algunas causas y relaciones en la aparición del síndrome.

Según la autora, la edad parece no influir en la aparición del síndrome aunque el periodo que comprende los primeros años de carrera supone unos años en el que el profesional sería especialmente vulnerable a este, dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Cuando se trata de género, las mujeres serán el grupo más vulnerable. Esto probablemente se deba a una variedad de razones, incluida la doble carga de deberes profesionales y responsabilidades familiares

Respecto al estado civil, la autora plantea que tampoco existe un acuerdo unánime, pero si describe que, según las investigaciones realizadas, las personas solteras posee mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización.

Por otro lado, en relación a la tenencia o falta de hijos y/o personas a cargo, existe una tendencia que indica que aquellos que si tienen y estén implicados con la familia, tengan mayor capacidad para afrontar conflictos emocionales

Por último, en cuanto a los años de experiencia ejercidos en la profesión, encuentra que aquellos profesionales con mayores niveles de Burnout, terminan por abandonar su profesión; en cambio, se encuentran menores niveles de SB en los profesionales con más años de experiencia.

La autora expresa que la presencia de SB en los profesionales, sumado a la sobrecarga laboral, produce una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Gil-Monte, Peiró y Vacarel en 1995, concluyen a partir de investigaciones previas y tomando como referencia la teoría sobre las actitudes de Eagly y Chaiken (1993), que la evolución del síndrome de burnout, cómo se evalúa en el MBI-HSS, comienza con la aparición de baja realización personal en el trabajo, referente de la dimensión cognitiva del fenómeno; mientras que los niveles de agotamiento emocional pertenecientes a la dimensión emocional aumentan. A partir de estos síntomas aparecen actitudes de despersonalización, consideradas por estos autores como una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales a causa de la experiencia de baja realización personal crónica en el trabajo y el alto agotamiento emocional.

Otro modelo formulado en esta década es el de Leitter (1993), quién, a pesar que considera el agotamiento emocional como un predecesor de la despersonalización, expresa que este no

es indicador de la relación entre el agotamiento emocional y la realización personal en el trabajo. En oposición a esta idea, el autor plantea que la baja realización personal en el trabajo es una causa directa de los estresores laborales, particularmente de la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente; por ejemplo, la cooperación de las personas hacia las que se trabaja, autonomía, participación en la toma de decisiones, etc., y surge de forma paralela a los sentimientos de agotamiento emocional como respuesta del individuo a esos estresores laborales.

1.4 Signos y síntomas

Maslach y Pines (1977), Cherniss (1980) y Maslach (1982), coinciden en que los signos y síntomas del Burnout se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

a) Psicosomáticos: Alteraciones cardiovasculares, hipertensión, enfermedad coronaria, fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales, dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal, dolores musculares, alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, entre otros.

b) Conductuales: Destacan aquellas que afecta la conducta alimentaria, abuso de drogas, consumo de fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo, tabaquismo e incapacidad de relajarse.

c) Emocionales: Distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional.

d) Defensivos: Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras actuaciones o cosas, la intelectualización (la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable), desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina con disminución de la atención a los casos "poco interesantes", pseudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua).

1.6 Estrategias de intervención y prevención

En la actualidad, el SB ha adquirido gran relevancia e interés en América y Europa. Leitter y Maslach (2000), entre otros, han desarrollado programas basados en el desarrollo organizacional, proponiendo mejoras del diseño del trabajo, diseño y reestructuración de horarios de trabajo, formación de directivos, socialización anticipada, entrenamiento en manejo de conflictos, en habilidades sociales, programas de mejora de la comunicación organizacional y de la toma de decisiones, recolocación de trabajadores, entre otros.

También es importante destacar que en España a partir de 1995 el SB es considerado un accidente laboral, amparado bajo la Ley de Prevención de riesgos Laborales de 1995. Para el año 2000, la OMS lo declara también como un factor de riesgo laboral, por su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental y hasta poner en riesgo la vida. En Argentina el SB todavía no se encuentra inscripto dentro del listado de enfermedades amparadas bajo la Ley 24.557 de los Riesgos del trabajo, aunque a raíz de un fallo reciente (diciembre del 2021), podría comenzar a considerarse la inclusión a partir de que este sienta precedente para el futuro en el territorio.

2. Satisfacción Laboral

2.1 Definición

Así como en el caso de la definición de burnout, la delimitación conceptual de la variable Satisfacción Laboral también encuentra una gran variedad y amplitud en el desarrollo teórico de los últimos tiempos (Pozo, Alonso, Hernández y Martos, 2005).

Peiró y colegas (1995), plantean que existe un conjunto de autores que la definen como un estado emocional o un conjunto de sentimientos o respuestas afectivas. Muchinsky (1993), indica que es una respuesta emocional o una respuesta afectiva hacia el trabajo y Newstron y Davis (1993), como un conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con las que los empleados ven su trabajo.

Robbins (1999), señala que la Satisfacción Laboral es la diferencia entre la cantidad de recompensas que los trabajadores reciben y la cantidad que ellos creen que deberían recibir, esto representa una *actitud* más que un comportamiento. Para Morales (1994), una *actitud* refiere a “la asociación entre un objeto dado y una evaluación dada”; la evaluación refiere al

afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas e incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

Robbins (2006), indica que las actitudes son complejas y suponen tres componentes:

- el ***componente cognitivo***, que se puede situar como una descripción de la actitud, un estado de cosas o una creencia.
- el ***componente afectivo***, correspondiente al segmento emocional o sentimental de una emoción.
- el ***componente del comportamiento***, que refiere a la intención de comportarse de una manera particular hacia alguien o algo.

Para este autor estos tres componentes se relacionan estrechamente, en particular la cognición y el afecto que aparecen como inseparables, y el del comportamiento que resulta importante para la organización por sus efectos en las relaciones. También señala que de las muchas actitudes que una persona tiene, las que entran en contacto con el trabajo son muy limitadas. La *satisfacción laboral* es una de estas actitudes, una sensación positiva o negativa sobre el trabajo propio que surge de la evaluación de sus características. Una persona con alta satisfacción laboral en el trabajo tiene sentimientos positivos acerca de este mientras que otra insatisfecha los tiene negativos.

Este autor señala una serie de variables que determinan la Satisfacción Laboral, tales como trabajo mentalmente desafiante, recompensas justas, condiciones favorables de trabajo, apoyo de pares, compatibilidad entre la persona y el puesto, factores hereditarios. Del mismo modo señala el efecto de la Satisfacción Laboral en el trabajo, como mayor productividad, disminución del ausentismo y rotación laboral.

2.2 Posibles relaciones y consecuencias de la insatisfacción laboral

SL y salario, según Robbins (2006), las personas que viven por debajo del umbral de pobreza o que viven en países pobres, el pago se correlaciona de forma directa y positiva con el salario (y la felicidad en general); pero en cuanto se alcanza el nivel de vida confortable la relación desaparece virtualmente. Los trabajos bien pagados tienen niveles promedio de SL, no más altos que en los que se paga mucho menos.

Se puede concluir que la SL no solo consiste en las condiciones relacionadas al puesto de trabajo, las características de personalidad tienen su efecto sobre esta variable también. Las investigaciones indican que aquellas personas que tienen autoevaluaciones positivas (creen en su utilidad interna y capacidad básica) están más satisfechos con su trabajo que quienes las

tienen negativas; estos últimos se fijan metas menos ambiciosas y es probable que se rindan cuando enfrentan dificultades y/o se estaquen en empleos aburridos y repetitivos (Judge y Hurst, 2007).

SL y desempeño; existe material empírico que demuestra que la relación entre estas variables es muy intensa, se encuentra que aquellas organizaciones con empleados más satisfechos tienden a ser más eficaces, demostrando mayor productividad para la organización.

Además, los trabajadores más satisfechos parecen hablar de forma positiva de la organización, ayudan a otros y superan las expectativas normales de su puesto, es decir, son más proclives a hacer algo más que solo cumplir con su deber porque desean ser recíprocos en cuanto las sus experiencias positivas y se relaciona a través de la percepción de justicia. Podría decirse que la SL procede de la concepción de los resultados, tratamiento y procedimientos más justos, esto incluye el trato que sienten de sus supervisores, los procedimientos de la organización o las políticas de pago. Si los procesos organizacionales y sus resultados se perciben como justos, se genera confianza y mayor SL. Cuando se confía en el empleador se está más dispuesto a adoptar de manera voluntaria comportamientos que vayan más allá de los requerimientos formales del trabajo.

SL y satisfacción del cliente, aquellos trabajadores en puestos de servicios y atención al cliente interactúan permanentemente con clientes; por lo que es razonable afirmar que aquellos que están en contacto directo con los clientes experimentan mayor SL cuando se relacionan de forma positiva con los clientes. Existen evidencias que los empleados satisfechos incrementan la satisfacción de los clientes ya que esto depende de la forma en que los clientes son tratados.

Los empleados satisfechos son amables, optimistas y responsables, lo que es apreciado por los clientes. Además, están menos dispuestos a dejar la organización, por lo que los clientes se encuentran con caras familiares y reciben un servicio experimentado. La relación también puede aplicarse a la inversa; los insatisfechos incrementan el disgusto de los empleados.

SL y ausentismo, esta relación es negativa, la satisfacción laboral lleva directamente a la asistencia al trabajo.

SL y rotación de empleados, también se relacionan de forma negativa, aunque existen factores externos como las condiciones del mercado de trabajo, las expectativas sobre las oportunidades laborales y la extensión de la antigüedad con la organización, que se configuran como restricciones importantes para tomar la decisión de dejar el trabajo. Un moderador de esta relación es el desempeño que el empleado tenga, es decir, el nivel de SL es menos importante para predecir la rotación en aquellos trabajadores que tengan un alto desempeño, ya que se considera que la organización desarrolla esfuerzos considerables para mantener a

aquellos empleados con ese nivel de desempeño (aumentos de salario, reconocimiento, mejores oportunidades para ascender, etc.). Es probable que aquellos continúen en la organización sin importar su nivel de SL sino porque reciben otras recompensas y reconocimiento para quedarse.

SL y desviación en el sitio de trabajo. La insatisfacción en el trabajo predice muchos comportamientos específicos como abuso de consumo de sustancias, robos en el trabajo, socialización indebida o impuntualidad entre otras. Algunos investigadores indican que estos forman parte de un síndrome más amplio que se denomina *comportamiento desviado o apatía de los empleados* (Hasnisch, Hulin y Roznowski, 1998). Si los trabajadores se encuentran insatisfechos responderán de algún modo y se encuentran muchas dificultades para predecir como lo harán con exactitud. Algunos podrán optar por renunciar, otros por “pasar” el tiempo navegando por internet, robar insumos, etc.

Robbins plantea que si los empleadores quisieran controlar las consecuencias indeseables de la insatisfacción laboral deberán atacar la “fuente” de insatisfacción en lugar de intentar controlar las distintas respuestas comportamentales que puedan ser expresadas.

2.3 La medida de la satisfacción laboral

Según Ramirez-Perez y Maturana (2009) existen dos enfoques destinados a la medición de la Satisfacción laboral, una calificación *global* única, es decir, “si considera todo lo que involucra, ¿qué tan satisfecho está con su trabajo?” y la persona responde en una escala de siete puntos que va desde muy satisfecho a muy insatisfecho; y otra por *facetas (o dimensiones)*; que asume la interacción entre los rasgos de la personalidad del sujeto y las características específicas del trabajo; entendiendo esta relación de interacción como la base de las reacciones afectivas y las actitudes que constituyen la SL.

Peiró et al. (1995), indican que existen problemas relacionados con la determinación del fenómeno que se pretende medir, como ya se ha mencionado en este estudio, lo que repercute en las estrategias y métodos posibles para medirlo. Pero siguiendo la línea de delimitación conceptual de estos autores, se puede concluir que la medida de satisfacción laboral ha de “evaluar una actitud hacia determinado aspecto, referente o faceta laboral que representa una meta para la persona y la forma de evaluarla dependerá de la concepción teórica de la que se parta” (p.234).

En otras palabras, la satisfacción laboral es el tipo de fenómeno subjetivo sobre el que se pretende que el sujeto informe en relación a determinadas dimensiones.

Desde la *Teoría de las necesidades*, el foco se encuentra en determinar cuan satisfechas están las necesidades evocadas por dicho referente específico que se mencione.

Desde la *Teoría de la discrepancia*, se concibe la satisfacción como respuesta afectivo-emocional, y resalta la importancia de las expectativas y las aspiraciones. Mahoney (1979), distingue entre *satisfacción de aspiración*, determinada por la discrepancia entre la necesidad del sujeto y el grado en que están presentes esos aspectos que pueden satisfacerla en el puesto de trabajo. Por otro lado, la *satisfacción de privación*, está determinada por la discrepancia entre las aspiraciones del sujeto y el grado en que esas aspiraciones se cumplen en el trabajo. *Satisfacción* para este enfoque incluye la cobertura suficiente de las necesidades (*satisfacción de privación*) y el cumplimiento de las aspiraciones del sujeto (*Satisfacción de aspiración*).

Desde la *teoría de grupo de referencia*, se intenta determinar si el aspecto es mejor percibido por el sujeto que por el grupo de referencia.

Desde la *teoría de los valores* que influyen sobre la satisfacción laboral, se determina el grado de SL sobre determinada faceta (la satisfacción con las prestaciones recibidas, por ejemplo) según como el sujeto la pondere en función de la importancia que le asigna. El sentido de este enfoque es diferenciar que puede haber aspectos a los que el sujeto les asigne el mismo valor numérico en la escala provista pero para el sujeto ambas informaciones no son iguales, cada uno les asigna mayor o menor valor subjetivo.

Desde la *teoría interaccionista*, Bussing (1991), señala que la satisfacción es el producto de un proceso de interacción entre la persona y su situación de trabajo, las variables que aparecen relevantes como el control o poder para regular dicha interacción y las posibilidades de influir en la situación laboral. El concepto se plantea como dinámico, en contraposición a lo estático planteado por las teorías más tradicionales, e indican que para comprender su dinámica se deben tener en cuenta las siguientes variables: 1) las diferencias entre el valor real de la situación de trabajo y el valor nominal de la persona, 2) los cambios en el nivel de aspiraciones y 3) las conductas para afrontar los problemas.

Peiró et al. (1995), concluyen que desde esta perspectiva se logra una visión más elaborada de la dinámica de la SL, que aporta una mayor distinción entre *satisfacción de privación* y *satisfacción de aspiración*, mediante la comprensión del concepto de satisfacción como un proceso de interacción entre las condiciones del entorno, las aspiraciones y expectativas del sujeto y las estrategias de afrontamiento que un sujeto puede utilizar ante distintas situaciones, que pueden considerarse distintas formas de la satisfacción laboral:

1. ***La satisfacción laboral progresiva***; la persona se siente satisfecha con su trabajo por lo que aumenta su nivel de aspiraciones para conseguir mayores niveles de satisfacción.

2. ***La satisfacción laboral estabilizada;*** la persona se siente satisfecha con su trabajo y mantiene su nivel de aspiraciones.
3. ***La satisfacción laboral resignada;*** la persona siente insatisfacción laboral indeterminada y disminuye su nivel de aspiraciones para adecuarse a las condiciones laborales.
4. ***La insatisfacción laboral constructiva;*** siente insatisfacción y mantiene su nivel de aspiraciones, busca soluciones y formas de dominar la situación, en base a una suficiente tolerancia a la frustración.
5. ***La insatisfacción fija;*** siente insatisfacción con su trabajo, mantiene su nivel de aspiraciones pero no intenta dominar la situación para resolver sus problemas.
6. ***La pseudo-satisfacción laboral;*** siente insatisfacción en el trabajo, siente frustración, concibe los problemas como no solucionables pero mantiene su nivel de aspiraciones. Distorsiona su percepción o desmiente la situación negativa de su trabajo.

En esta investigación, se selecciona el Cuestionario S10/12 de Meliá y Peiró (1989), por poseer los ítems relevantes para obtener una evaluación precisa y detallada de los profesionales del área de servicios de salud mental en hospitales monovalentes y generales. Ofrece referentes válidos y concretos para esta ocupación, brinda una estrategia integradora de los enfoques nombrados al comienzo de este subcapítulo.

Este Cuestionario de SL (S10/12) aplica el criterio de tres componentes principales:

- *La Satisfacción con la supervisión;* incluye la satisfacción con la supervisión de los superiores, relación con los mismos, frecuencia de la supervisión, justicia de trato recibido por la empresa, con la formación recibida y con la participación en las decisiones
- *La Satisfacción con el ambiente físico de trabajo;* en lo relativo al entorno físico y al espacio en el lugar de trabajo.
- *La Satisfacción con las prestaciones recibidas;* en el cumplimiento de convenios laborales, de incentivos económicos, negociaciones laborales y salario, a la promoción y a la formación.

3. La atención en Salud Mental y su relación con el SB y la SL.

3.1 Salud mental y las nuevas realidades del trabajo

El SB es un problema de salud mental (Yslado Méndez et. al., 2019) que aparece en profesionales de la salud de todas partes del mundo, afecta más a aquellos que sus profesiones requieren contacto directo con personas, entrega e implicación; como enfermeros, médicos, asistentes sociales, profesores, psicólogos, entre otros (Hernández Gijón et. al, 2014). Según la OMS, este síndrome se inscribe como riesgo laboral de carácter psicosocial y constituye una de las principales causas de deterioro de las condiciones del trabajo.

De acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Presidencia de la Nación, Ley Nacional de Salud Mental, capítulo II. artículo 3°, 2011).

Emiliano Galende (2008), argumenta que el campo de la Salud Mental se constituye por las disciplinas que intervienen en los procesos de atención, los rasgos de la cultura y los poderes del mercado, “la propuesta de Salud Mental es la comprensión de los procesos subjetivos en el terreno de la vida social y cultural de las personas, teniendo como principal herramienta la palabra, el diálogo, para recuperar las capacidades de pensamiento y reflexión”.

Para ello es importante conocer los procesos de subjetivación contemporáneos, los modos de vivir, de desear, de sentir y de construir los significados y valores que tienen las personas. Es importante hacer visible las condiciones reales de la vida social actual, los malestares subjetivos y lo incierto de la vida en común. Por tanto, desde la Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (P. Cocconi, J. Belizán, 2017) se expone que es potestad del sector Salud intervenir de manera racional en el cuidado de las personas más vulnerables y contribuir desde los cuidados de salud mental a la integración de la sociedad.

Desde este marco, los recursos para el abordaje deben reflejar la complejidad de los problemas a tratar, entendiendo el sufrimiento subjetivo en todas sus dimensiones. Tal como plantea Alicia Stolkiner (2001), “la concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos solo es posible en el lazo social. Trabajar como operadores de esos

procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinares, se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la Salud Mental”.

Según exponen Gilla, Giménez, Moran y Oláz (2019), el Síndrome de Burnout constituye en la actualidad un fenómeno en expansión en el ámbito laboral. En Argentina las condiciones de vida de la población, los recursos sanitarios disponibles, la pérdida del valor social de las profesiones de la salud, son algunas de las variables que condicionan el trabajo profesional, a la vez que contribuyen a crear vulnerabilidad y predisponen a los profesionales a diferentes formas de estrés. Sumado a esto, las escasas ofertas de empleo y la gran cantidad de profesionales dedicados a la salud mental en el país, contribuyen a que los requerimientos competitivos sean cada vez mayores, aumentando aún más el riesgo de padecer estrés. Para Maslach (Juárez, 2014), el SB no solamente afecta a las personas, sino que existe un gran impacto en el ambiente en el cual trabajan. En este sentido, los espacios laborales se enfrentan a pérdidas económicas como consecuencia del ausentismo de sus trabajadores, y de la disminución en la calidad del desempeño y del trato hacia los clientes.

Peiró (1999), indica que existen transformaciones en los sistemas de trabajo y las actividades que las personas realizan en ellos, que son consecuencia directa de cambios sociales que repercuten reduciendo ciertos riesgos como los relacionados a lo físico pero que propician el surgimiento de nuevos riesgos que no existían anteriormente, los cuales define como del orden de lo psíquico y lo psicosocial.

Según la OMS-OIT (1984), se define a los riesgos psicosociales como “los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”

La definición de trabajo ha ido adaptando según el contexto socio-histórico y se puede registrar, a su vez, desde distintos modelos sociológicos. Marx define el trabajo como aquella actividad por la que el hombre transforma la realidad para satisfacer sus necesidades físicas y espirituales; entendiéndolo como que provee a los hombres de su real sentido de la existencia. En las sociedades de explotación, el trabajo se vive como una experiencia alienante y no como una actividad de autorrealización, ya que se trabaja para un otro. Desde esta línea de pensamiento, el trabajo debería ser liberador y creativo por el desarrollo de las fuerzas productivas pero es alienante.

Para Freud, el trabajo es la sublimación de pulsiones sexuales y agresivas y se encuentra enmarcada en su definición de salud, entendida como “la capacidad de amar y trabajar”. Para autores contemporáneos, el trabajo, así como el amor y las relaciones sociales, constituyen las dimensiones esenciales que caracterizan al ser humano. El trabajo es el resultado de una actividad humana voluntaria realizada bajo tensión (Neffa, 2015). Respecto a esto, Vezina (2003) expone que el sujeto en el ámbito laboral está sometido a conflictos dadas las contradicciones entre diferentes racionalidades de productores, comerciantes y usuarios, y porque el trabajador desea ser recompensado por su esfuerzo, ver reconocida su capacidad para pensar y actuar sobre las situaciones de trabajo y también poder debatir las diversas lógicas presentes para delimitar el campo de lo que es posible y lo que es aceptable.

Andrea Pujol (2007), referente del enfoque de la psicodinamia del trabajo en Argentina, sostiene que la *salud* responde a una dinámica intersubjetiva y que debido a ello, el trabajo tiene más de estructurante que de alienante; reconociendo que existen variadas restricciones y condicionantes en las distintas situaciones laborales que puede atravesar una persona a lo largo de su vida. Estas situaciones implican la internalización de la dominación social: la sujeción al salario, las prescripciones de la actividad, las relaciones sociales que impone y prohíbe. En última instancia las situaciones de trabajo se caracterizan por ser situaciones de “normalidad sufriente”.

Esta misma autora expone que el ser humano despliega distintas defensas contra ese sufrimiento percibido, que lucha contra este y que así es la manera en la que se busca la conquista de la identidad en el campo de lo social y, consecuentemente, es por eso que el trabajo tiene lugar en los procesos que se encuentran implicados en la construcción de la identidad y en la defensa de la salud.

3.2 Trabajo e instituciones públicas y privadas

Según Pujol, es posible desentrañar ciertas marcas contextuales que pueden dar cuenta del porqué el ámbito del trabajo sea portador de sufrimiento para los trabajadores de la salud. La autora explica que el Estado, como regulador de las relaciones profesionales, se encuentra en crisis y que esto se denota a través de la aparición de nuevas categorías profesionales, nuevas y frágiles relaciones laborales, pérdida de oportunidades de acceso de estabilidad, de beneficios, entre otras; que impactan en trabajadores de la salud tanto en el ámbito público como en el privado.

En el ámbito público en particular, estas condiciones se potencian ya que es el propio Estado el “empleador”, lo que pone de relieve la crisis que atraviesa como garante del orden del sistema simbólico de toda sociedad (Kaes, 1989) y específicamente como custodio de los valores, en este caso la salud, que aparece como el objeto de este trabajo en cuestión, que hoy se ve profundamente desjerarquizados y despriorizados, lo que impacta en la construcción de la identidad profesional de los trabajadores, en lo individual y en lo relativo al colectivo de trabajo.

3.3 De la atención en Servicios de salud mental en hospitales generales

En el 2010 se sanciona la anteriormente nombrada, Nueva Ley de Salud Mental de la República Argentina, que tiene como predecesora a la Ley provincial de Rio Negro N° 2440. Bajo estas propuestas, dicen Hugo Cohen y Graciela Natella en su obra *La desmanicomilización en Rio Negro*, se trata de cambiar el modelo tradicional de terapéutica en Salud Mental por un modelo de Salud Mental Comunitaria.

El modelo tradicional se caracteriza por tener un enfoque asistencial, en el que el abordaje de la problemática del paciente es en forma individual, esto significa que se trabaja sobre y para el paciente. Por otro lado se considera que al ser la atención al paciente en un lugar cerrado esto hace que solo se reconstruyan realidades parciales. En cuanto a la práctica se observa que existen altos niveles de psiquiatrización y psicologización, lo que excluye al paciente de las discusiones y decisiones que ayudan a la construcción de estrategias para el proceso de curación; en definitiva estas tareas están centralizadas en el quehacer del profesional por lo que al paciente se le asigna un lugar pasivo. En cuanto a la internación, se da en lugares especializados como neuropsiquiátricos y generalmente con estadías prolongadas en el tiempo. La rehabilitación está sustentada en la terapia ocupacional, en talleres exclusivos. Esto último tiene que ver con que existe cierta noción de peligrosidad en torno al paciente (Cohen y Natella, 1995).

En cuanto al modelo de salud comunitaria; cabe destacar que el objetivo y sus características quedan manifiestas a partir de la propuesta de la Ley N°2440, en cuanto esta propone en su artículo 1 que el fin último de la ley es la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental y su reinserción comunitaria; y en el artículo 9, se expone la necesidad de los profesionales de realizar evaluaciones pertinentes a la singularidad de cada situación de sufrimiento mental que se presente en los individuos, en un momento dado, con el propósito de determinar la estrategia terapéutica más adecuada.

Ambas leyes prosiguen los lineamientos planteados por la Organización Panamericana de la salud, la Organización Mundial de la Salud, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, conocida como la Declaración de Caracas del 14 de Noviembre de 1990 y referendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000, en la que, además de definir los lineamientos de pasaje del modelo tradicional al modelo de la salud mental comunitaria, se expide a propósito de las internaciones indicando propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración .

A partir de estos lineamientos, se puede exponer que el enfoque de este modelo es promocional, comunitario y de trabajo en equipo; en el que el abordaje de la problemática del paciente es socio-familiar, ya que se valoran los aspectos sanos de este y se trabaja con el paciente y sobre el ambiente que lo rodea. Las estrategias terapéuticas apuntan tanto a la resolución de la crisis como a la reinserción social del paciente, teniendo un papel activo y estando incluido en dichas estrategias. A su vez, las estrategias también apuntan a ponteciar habilidades y capacidades, a la rehabilitación laboral en empresas sociales y a la responsabilización de la persona. También se trabaja sobre los derechos y necesidades de las personas gestionando y procurando su satisfacción.

Para finalizar, en la Ley N° 26.657, artículo 8, se plantea que debe promoverse que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente, incluyendo áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. A su vez, en el artículo 9 de la misma ley, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución y/o promoción de los lazos sociales.

3.4 De la atención en Hospitales monovalentes

Un hospital monovalente es aquel recinto dedicado exclusivamente a la atención de una sola patología o una sola especialidad. En su contraparte, existen los hospitales polivalentes, o más conocidos como generales.

En relación a los hospitales monovalentes se pueden encontrar de distintas especialidades, en este estudio se trabaja con los llamados, “neuropsiquiátricos”, “psiquiátricos”, “manicomios”, “asilos”, entre otras muchas denominaciones que se pueden encontrar a través de la historia. Goffman (1970), incluye este tipo de recintos, junto con otros como las prisiones y los denomina bajo el concepto de “institución total”, los cuales define como aquellos “lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna, es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes y sin un plan nacional amplio. La característica central de las instituciones totales es la ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida”.

En este ámbito, la Lic. Susana Turati plantea que “el manicomio fue desde un principio -la torre de los pobres-, el lugar donde separar y ocultar lo que afeaba el espacio público de la ciudad” (Turati, 2003). Entendemos por esto, un espacio, en donde, aquel individuo que padecía de una patología mental; llamado por muchos años, “loco”, era encerrado con el fin de eliminarlo de la sociedad, ya que se lo consideraba “peligroso” para los demás.

En la actualidad, los neuropsiquiátricos de Argentina, tanto en el ámbito público como en el privado, persiguen los lineamientos planteados por la nueva ley de salud mental n°26.657. Además de los descripto en el apartado anterior respecto a que la atención debe estar a cargo de grupos interdisciplinarios; en la ley queda prohibida la creación de nuevos hospitales psiquiátricos públicos y privados y en el decreto 603 del 2013 se define el cierre definitivo de los ya existentes para el año 2020, plazo ya cumplido. Los hospitales neuropsiquiátricos han ido transformándose para adaptarse al trabajo multidisciplinario y existe un Órgano de Revisión Nacional encargado de auditar estas instituciones velando por el cumplimiento de la ley y la protección de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. A partir de este punto, se consigna que las internaciones no pueden ser en contra de la voluntad de las personas, salvo en caso de que exista riesgo cierto o inminente para sí o para terceros, y solo mientras tal situación subsista. En ese caso, se debe designar un abogado o abogada. Las internaciones deben realizarse siempre en hospitales generales. Rechazar la atención en un hospital general es un acto de discriminación. El Estado tiene la obligación de crear dispositivos de inclusión social y laboral, servicios de atención ambulatoria y domiciliaria, casas de convivencia, entre otros.

En un artículo publicado por la International Journal of Environmental Research and Public Health (Pekurinen et. al, 2017) se investiga la relación entre la agresividad de los pacientes y sus consecuencias en el bienestar de enfermeras de ámbitos de la psiquiatría comparados con el ámbito clínico y el de emergencias, argumentando que enfermeras de servicios de psiquiatría reportan con mayor frecuencia ataques sufridos por pacientes agresivos que en otras áreas, mientras que en otro estudio se delimita que estos profesionales, abarcando distintas disciplinas convocadas en la atención de los servicios de salud mental, viven constantes situaciones desgastantes y con altas exigencias laborales, por lo que estos trabajadores componen un grupo de alta vulnerabilidad para manifestar problemas actitudinales respecto de las tareas que desempeñan (Vásquez Fonseca et. al, 2019).

La relación con la satisfacción laboral y los distintos niveles de síndrome de burnout puede funcionar como predictor de estos riesgos y aportar al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud mental de los trabajadores. En estudios previos se establece que, así como el burnout, la satisfacción laboral se establece como un componente importante de la calidad de atención y el bienestar general de los trabajadores de esta área. Se observa que existe menor SL a mayores niveles de burnout y que esto tiene un efecto considerable en la calidad de vida en el trabajo y la calidad asistencial (Yslado Mendez et. al., 2019).

Por estas razones, es pertinente realizar esta investigación con el fin de analizar los niveles de SB y SL en esta población y establecer relaciones significativas entre ambas variables.

Marco metodológico

1. Tipo de investigación

Según el estudio de los antecedentes hallados y los objetivos planteados, se realiza una investigación no experimental con un modelo transversal ya que la ficha de datos sociodemográficos y los cuestionarios se aplican a los profesionales en un sólo momento (Hernández Sampieri, 2006). Además, es de tipo correlacional, buscando retratar las relaciones si las hubiese entre las dos variables. Según Hernández Sampieri, este tipo de investigación tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular, abarcando la medición de cada variable que está presuntamente relacionada y, después, miden y analizan la correlación.

2. Definición conceptual y operacional de las variables

A continuación, se definen las variables intervinientes en esta investigación, teniendo en cuenta que Sabino (1992) las define como cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes valores. A su vez, el tipo de variables con las que se trabaja son del tipo complejas, ya que resumen o integran una multiplicidad de aspectos diversos y se descomponen en cualidades más simples, sub-cualidades, que en conjunto integran la variable. A estas sub-cualidades, se las identifica como *dimensiones*, que el mismo autor define como “un componente significativo de una variable que posee una relativa autonomía” (p.46)

2.1.1 Definición conceptual *Síndrome de Burnout*

Christina Maslach y Susan Jackson (1981), desarrollan el modelo multidimensional del *Síndrome de Burnout* y lo definen como “una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, constituido por tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal, entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”. Según Ortega Ruiz (1986) que tenga un carácter multidimensional quiere decir que el constructo está compuesto por diferentes factores y es a través de ellos que la actitud puede ser analizada o estudiada.

*2.1.2 Definición operacional **Síndrome de Burnout***

Para identificar el nivel de BO se empleó la versión española del Inventario de Burnout de Maslach - Human Services Survey (MBI - HSS), teniendo en cuenta el trabajo de validación y adaptación para profesionales argentinos de la salud mental, realizado en el año 2019 por las autoras Gilla, Giménez, Moran y Oláz, en el marco investigativo de CONICET y la Universidad Nacional de Córdoba.

*2.2.1 Definición conceptual **Satisfacción Laboral***

Según Meliá y Peiró (1998), la SL sería el resultado de varias actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo; se trataría de una "actitud general" resultante de muchas actitudes específicas relacionadas con diversos aspectos del trabajo y de la organización.

Morales (1994) indica que las *actitudes* constan de tres componentes; el *componente cognitivo, el afectivo y el conductual*.

- el componente cognitivo, constituido por los pensamientos o la apreciación de los objetos en base a un conocimiento amplio y detallado del mismo;
- el componente afectivo, constituido por los sentimientos suscitados por la evaluación en función de las experiencias más o menos intensas de carácter positivo o negativo;
- y el componente connotativo-conductual, constituido por las predisposiciones conductuales o intenciones hacia el objeto.

Señala que los tres procesos influyen sobre la actitud referida a la satisfacción laboral pudiendo concluir que es la esfera afectiva la que predomina.

*2.2.2 Definición operacional **Satisfacción Laboral***

En esta investigación, se selecciona el Cuestionario S10/12 de Meilá y Peiró (1989), por poseer los ítems relevantes para obtener una evaluación precisa y detallada de los profesionales del área de servicios de salud mental en hospitales monovalentes y generales. Ofrece referentes válidos y concretos para esta ocupación, brinda una estrategia integradora de los enfoques nombrados al comienzo de este subcapítulo.

También se solicitan datos sociodemográficos a partir de preguntas directas en el inicio del cuestionario, que responden a las siguientes descripciones: edad, genero, estado civil, hijos/as o personas a cargo, edad de los hijos y/o personas a cargo, ocupación / profesión, categoría

jerárquica, situación laboral, antigüedad laboral, cantidad de horas trabajadas por semana, tipo de institución en la que trabaja, ámbito de la institución, tipo de jornada, tiene más de un empleo, piensa actualmente en cambiar de trabajo, que actividades de ocio realiza.

3. Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Rosario y zonas de influencia. Se encuentra ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe y es la tercera ciudad más poblada de Argentina después de Buenos Aires y Córdoba. Constituye un importante centro cultural, económico, educativo, financiero y de entretenimiento. Tiene un sistema de salud fortalecido, planteado desde la atención descentralizada territorialmente.

La Salud en Argentina está garantizada por el sistema de salud público, el sistema de obras sociales y el de la salud privada. Alrededor de un 37,6 % de la población se atiende por el sistema público y un 51,52 % por obras sociales y prepagas (INDEC, 2010).

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades, de los cuales Rosario se establece como el nodo de la Región N°4.

Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano.

- Primer Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- Segundo Nivel: Hospitales y Samcos de baja y mediana complejidad.
- Tercer Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

4. Definición de la unidad de análisis

Para responder a la problemática planteada en este estudio, se dispone que la unidad de análisis este conformada por personas profesionales de la Salud Mental que respondan un cuestionario dedicado a la detección y medición de niveles de Burnout y otro cuestionario destinado a describir los distintos grados de Satisfacción laboral con respecto a su lugar de trabajo.

La población a estudiar se encuentra constituida por aquellos profesionales que trabajan en el área de Salud Mental de hospitales monovalentes con especialidad en psiquiatría, hospitales generales con servicios de salud mental y/o otras instituciones dedicadas a este tipo de atención.

Se toma de referencia lo estipulado en la Ley N° 26.657, artículo 8, para definir que los profesionales que se incluyen corresponden al área de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes; que pertenezcan a la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, y/o sus alrededores.

5. Muestra

Se trabajó con una muestra de sujetos voluntarios integrada por 41 (cuarenta y un) profesionales de la salud distribuidos en total, distribuidos en las áreas de Acompañantes Terapéuticos, Enfermería, Kinesiología, Nutrición, Medicina, Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, de ambos sexos y edades que oscilan entre 28 y 63 años.

El tipo de muestra es no probabilístico o dirigido, ya que la delimitación de este subgrupo de la población es a causa de las características de la investigación (Hernandez Sampieri, 2006).

La técnica de muestreo que se utiliza es por conveniencia o intencional, en virtud de que los sujetos seleccionados cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión: ser profesionales del área de Salud Mental y trabajar en la ciudad de Rosario y/o la región. Fueron convocados a participar de modo voluntario, de acuerdo a su disponibilidad.

6. Instrumentos para la Recolección de Datos

Con el objetivo de recabar los datos necesarios para delimitar la muestra exhaustivamente, en primer lugar se confecciona un cuestionario sociodemográfico, luego se aplica el Inventario de Maslach de Burnout (MBI-HSS de Maslach y Jackson, 1981) y por último el Cuestionario S10/12 de Meilá y Peiró (1989).

6.1 Datos Sociodemográficos

La ficha es utilizada para recabar información acerca de los profesionales que trabajan en Salud Mental y aspectos pertinentes a su vida personal y laboral. Las preguntas se dirigen a describir sus características respecto a: profesión, género, edad, estado civil, hijos o personas a cargo, cantidad de horas semanales trabajadas, categoría jerárquica en su puesto laboral, tipo de contratación, antigüedad laboral, tipo de institución en la que trabaja, tipo de jornada y si es su empleo principal (Anexo 1).

6.2 MBI (Maslach y Jackson, 1981)

En este estudio, y a raíz del trabajo de validación antes citado, se utiliza la versión MBI-HSS, desarrollado específicamente para trabajadores del área de cuidados y que coincide con la versión clásica del instrumento. Está constituido por 22 enunciados afirmativos que expresan sentimientos y que pueden ser valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) en relación a la frecuencia en la que son percibidos (Anexo 2).

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente

Estos 22 ítems, a su vez, se distribuyen en tres dimensiones o síntomas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben:

- **Agotamiento o cansancio emocional** ("emotional exhaustion") (CE), se compone por nueve ítems que evalúan la vivencia de estar exhausto a nivel emocional, abrumado, agotado emocionalmente, debido a las demandas del trabajo;
- **Despersonalización** ("despersonalization") (DP), constituida por cinco ítems, que refiere al desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo; en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo;
- **Realización personal** ("personal accomplishment") (RP), con ocho ítems que evalúan la tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

Los 22 ítems distribuidos en las tres dimensiones nombradas, se utilizan para evaluar la frecuencia con la que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo, agotamiento o cansancio emocional y despersonalización.; obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta; dependiendo de las puntuaciones de corte determinadas por las autoras que se describen en la Tabla A y Tabla B.

Tabla A*Resumen de ítems y puntajes por dimensión MBI*

Dimensión	Código	Ítems	Nº de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por dimensiones	Indicios de BO
Cansancio Emocional	CE	19 - 26	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DE	6 - 9	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización Personal	RP	34 - 39	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

*Nota. Recuperado de <https://static.ecestaticos.com>***Tabla B***Tabla de interpretación por dimensiones del MBI*

Dimensión	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio Emocional	0 - 18	19 - 26	27 – 57 (*)
Despersonalización	0 - 5	6 - 9	10 – 30 (*)
Realización Personal	0 – 33 (*)	34 - 39	40 – 56

Nota. Recuperado de <https://static.ecestaticos.com>

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Mientras que en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la dimensión de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

6.3 SL S10/12 (Meliá y Peiró, 1989)

Para la medición de esta variable se utiliza el Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12 de Meliá y Peiró (1989). Este cuestionario está compuesto por un total de 12 ítems relacionados con diversas condiciones laborales que influyen en la satisfacción del trabajador, y extraídos mediante una escala tipo Likert que abarca de 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy satisfecho). La escala alcanza una elevada fiabilidad, con un valor para el coeficiente alfa de Cronbach de 0.88 (Anexo 3).

Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
1. Muy	2. Bastante	3. Algo	4. Indiferente	5. Algo	6. Bastante	7. Muy

Este Cuestionario de SL (S10/12) aplica el criterio de tres dimensiones principales:

- La **Satisfacción con la supervisión**; incluye la satisfacción con la supervisión de los superiores, relación con los mismos, frecuencia de la supervisión, justicia de trato recibido por la empresa, con la formación recibida y con la participación en las decisiones
- La **Satisfacción con el ambiente físico de trabajo**; en lo relativo al entorno físico y al espacio en el lugar de trabajo.
- La **Satisfacción con las prestaciones recibidas**; en el cumplimiento de convenios laborales, de incentivos económicos, negociaciones laborales y salario, a la promoción y a la formación.

Tabla C

Resumen de ítems y puntajes por dimensión S10/12

Dimensiones	Código	Ítems	N° de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por dimensiones
Satisfacción con la Supervisión	SS	5,6,7,8,9,10	6	De 1 a 7	De 6 a 42
Satisfacción con el Ambiente Físico de trabajo	SA	1,2,3,4	4	De 1 a 7	De 4 a 28
Satisfacción con las Prestaciones recibidas	SP	11,12	2	De 1 a 7	De 2 a 14

Nota. Meliá y Peiró (1989). El cuestionario de Satisfacción S10/12. Estructura factorial, fiabilidad y validez.

Tabla D*Tabla de interpretación del puntaje total y por dimensiones del S10/12*

	Puntaje Total	Satisfacción con la Supervisión	Satisfacción con el Ambiente Físico de trabajo	Satisfacción con las Prestaciones recibidas
Muy insatisfecho	1 a 12	1 a 6	1 a 4	1 a 2
Bastante insatisfecho	13 a 24	7 a 12	5 a 8	3 a 4
Algo insatisfecho	24 a 36	13 a 18	9 a 12	5 a 6
Indiferente	37 a 48	19 a 24	13 a 16	7 a 8
Algo satisfecho	49 a 60	25 a 30	17 a 20	9 a 10
Bastante satisfecho	61 a 72	31 a 36	21 a 24	11 a 12
Muy satisfecho	73 a 84	37 a 42	25 a 28	13 a 14

Nota. Elaboración propia.

7. Procedimiento

En primer lugar se seleccionaron los instrumentos pertinentes para realizar las mediciones de las variables en cuestión. Luego, se confecciona una planilla de Google Forms conformada por cuatro secciones; en la primera se solicita un consentimiento informado en el que se detalla el siguiente enunciado: “Acepto libre y voluntariamente participaren este trabajo de investigación, entendiendo los objetivos del mismo y sabiendo que la participación no implicará ningún beneficio ni recompensa personal.” Una vez aceptado, se habilita la siguiente sección en la que se detallan las preguntas sociodemográficas. La tercera sección pertenece al Inventario de Burnout (MBI), que comienza por el enunciado, en el que se describe el objetivo general y las instrucciones para completarlo al igual que la especificación del significado de cada posible respuesta. La cuarta sección pertenece al Cuestionario de Satisfacción Laboral (S10/12) que presenta el mismo formato descriptivo que la sección anterior.

El mismo fue administrado de manera online, enviado mediante diferentes aplicaciones y redes sociales. Los participantes pudieron acceder a través de un enlace que los redireccionó al cuestionario. Con razón de la población en particular con la que se trabaja, se contactó

primeramente a trabajadores de la salud mental para que distribuyan, también de forma online, a sus compañeros y compañeras de trabajo.

Por último, se realizó la etapa de corrección de los cuestionarios en Excel y su procesamiento con el uso del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para la distribución paramétrica se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

8. Consideraciones éticas

Se deja constancia que la investigación no atenta contra las normas éticas y morales de los profesionales que participaron, ya que no se agredió su salud física, así como tampoco se atentó contra sus creencias y valores personales, siendo informado el objeto de estudio y solicitando su previa autorización, como así también del resguardo de sus datos personales.

Resultados

Para facilitar la lectura y comprensión del análisis de datos realizados, se los presenta en cuatro grandes apartados:

- Análisis de datos sociodemográficos
- Análisis de los resultados del Inventario de Maslach de Burnout
- Análisis de los resultados del Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12
- Análisis de las correlaciones entre MBI y S10/12

Análisis de datos sociodemográficos

En función de los datos sociodemográficos recabados, se presenta la Tabla 1, que muestra la distribución de los 41 profesionales de la muestra, según características de género, edad, estado civil, si posee hijos/as o personas a cargo y si los tiene, si estos son mayores o menores de 6 años, profesión, situación laboral, años de experiencia, tipo de jornada laboral, cantidad de horas semanales trabajadas, si tiene más de un empleo, tipo de institución en la que trabaja y si esta pertenece al ámbito público o privada; según la frecuencia (n) y la presentación porcentual (%) de cada una.

Tabla 1

Distribución de variables socio-demográficas distribuidas por frecuencia y porcentaje.

	Variable	Frecuencia	
		n	%
Género	Mujeres	33	80%
	Varones	8	20%
Grupos de edad (años)	20 a 29	5	12%
	30 a 39	17	41%
	40 a 49	13	32%
	50 a 63	6	15%
Estado Civil	Casada/o	12	29%
	Divorciada/o	5	12%
	Soltera/o	24	59%
Hijos/as o personas a cargo	Si	21	51%
	No	20	49%
Edad de los hijos/as y/o personas a cargo	Mayores de 6 años	6	29%
	Menores de 6 años	15	71%
Profesión	Acompañante Terapéutico	5	12%
	Enfermera/o	1	2%
	Kinesióloga/o	2	5%
	Lic. nutrición	1	2%

	Médica/o	2	5%
	Psicóloga/o	17	41%
	Psiquiatra	9	22%
	Terapista ocupacional	1	2%
	Trabajador/a social	3	7%
Situación Laboral	Trabajo eventual por terminación de tarea o realizando una reemplazo.	1	2%
	Trabajo independiente y/o autónomo.	17	41%
	Trabajo por plazo fijo (contrato)	6	15%
	Trabajo por tiempo indeterminado o en planta permanente.	17	41%
Años de experiencia	0 a 9	30	73%
	10 a 19	6	15%
	20 a 29	3	7%
	"+ 30"	2	5%
Cantidad de horas semanales trabajadas	6 a 20	15	37%
	21 a 40	20	49%
	41 a 60	6	15%
Tiene más de un empleo	Si	30	73%
	No	11	27%
Tipo de institución en la que trabaja	Hospital General con Servicio de Salud Mental	27	64%
	Hospital Monovalente (Neuropsiquiátrico)	8	19%
	Otros (CAPs, Escuelas Hogar, Centros de día)	6	14%
Ámbito de la institución	Público	31	74%
	Privado	10	26%

Tabla 1. Nota. Elaboración propia.

La muestra se compone por un 41% de psicólogos/os (n=17), un 22% de psiquiatras (n=9), un 12% de acompañantes terapéuticos (n=5), un 7% de trabajadores/as sociales (n=3), un 5% de kinesiólogos/as (n=2), un 2% de terapeutas ocupacional (n=1) y Licenciados/as en nutrición (n=1). A pesar que el cuestionario fue distribuido homológamente entre todos los trabajadores, su título contenía en la descripción que se buscaba establecer valores de niveles de síndrome de burnout y satisfacción laboral, se infiere que los psicólogos se encuentran más familiarizados con estos conceptos y que pudo haber influido en el interés en completarlo.

A su vez, la mayoría de las personas, el 41% (n=17), que componen la muestra tienen entre 30 y 39 años de edad y el 59% (n=24) es soltera, este dato sociodemográfico aparece como un factor protector de la aparición del síndrome de burnout, el disponer de una vinculación emocional de apoyo en la forma de una pareja es un importante factor protector (Piñeiro, M. (2013) en Salgado-roa, J. y Lería-Dulčić, F. (2019)).

Por otro lado, el 64% (n=27) de la muestra indicó que su empleo principal se desarrolla en Hospital General con Servicio de Salud mental, un 19% (n=8) en Hospitales monovalentes, neuropsiquiátricos específicamente; y un 14% (n=6) completo con otro tipo de instituciones

con servicios de salud mental como CAPs (Centro de Atención Primaria), Escuelas Hogar y Centros de día. A su vez, el 74% (n=31) de estas instituciones pertenecen al ámbito público, por lo que es pertinente y adecuado para este estudio en relación al marco teórico planteado, principalmente desde la perspectiva del trabajo y los tipos de instituciones que plantea Pujol (2007), determinar comparaciones en los niveles de SB y SL posteriormente.

La variable género, muestra una gran diferencia en cuanto cantidad de mujeres, que componen el 80% de la muestra (n=33) y varones, que integran el 20% (n=8) del total. Serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizás por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. En las investigaciones de otros autores sobre el tema, esta variable es analizada en función de la distribución de las tareas de cuidado, que tradicional e históricamente, continúan recayendo en las mujeres, tanto en las tareas del hogar como en las profesiones elegidas que también se relacionan con el cuidado y la asistencia a otros. En referencia al enfoque del trabajo remunerado versus el trabajo no remunerado del trabajo en el hogar, es destacable el registro que indica que el 51% de los participantes posee hijos/as o personas a cargo y que de este porcentaje, en el 71% de los casos son menores de 6 años, lo cual puede considerarse un factor importante en relación al Síndrome de Burnout.

En cuanto a la edad de los consultados, se decide dividir en rangos de a nueve años, tomando como referencia el trabajo ya citado de Yslado Méndez (2019); se distingue que el 41% (n=17) de la muestra tiene entre 30 y 39 años de edad; se puede inferir que son profesionales en el inicio del desarrollo de su carrera, teniendo en cuenta que el 41% de la muestra también indica que su situación laboral se encuadra en la de “ Trabajo independiente y/o autónomo”, poseen entre 0 y 9 años de experiencia en la profesión y el 49% (n=20) trabaja de 21 a 40 horas semanales, por lo que se puede inferir que la mayoría de los profesionales cumplen de 4 a 8 hs. diarias de trabajo en contacto con pacientes, beneficiados de sus servicios o usuarios de salud mental. En relación a la variable “posee más de un empleo”, el 73% (n=30) de la muestra respondió afirmativamente. Según Maslach (1981), la edad parece no influir en la aparición del SB, pero si se encuentran tendencias en aquellos profesionales en el inicio de su carrera, considerándose que es un periodo de vulnerabilidad, debido a que es el momento en que se produce un desplazamiento desde las expectativas idealistas hacia la práctica propiamente, en las que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las esperadas ni prometidas.

Análisis de los resultados del Inventario de Maslach de Burnout

Para la medición de esta variable, se administra el cuestionario de MBI-HSS, a los 41 participantes de la muestra. Se obtiene una tasa de respuesta del 100% y todas las personas involucradas contestan a los 22 ítems, sin obtener respuestas vacías.

Tabla 2

Distribución tridimensional de las frecuencias en la muestra total

Dimensiones SB	BAJO		MEDIO		ALTO		Total general
	n	%	n	%	n	%	N
Cansancio Emocional (CE)	9	22%	11	27%	21	51%	41
Despersonalización (DE)	20	49%	10	24%	11	27%	41
Realización Personal (RP)	15	37%	15	37%	11	27%	41

Nota. Elaboración propia.

Según los autores de este instrumento, (Jackson y Maslach, 1981), en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado y en la dimensión de Realización Personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

El análisis de los resultados de la muestra, indica que la dimensión CE, satura en el nivel más alto con 51% de los participantes (n=21) correspondiente a indicios de presencia del SB; síntoma referente de la esfera emocional del síndrome, en la que la persona experimenta sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos así como también con los usuarios y de no poder dar más de sí mismo en el trabajo.

Por otro lado, el 27% (n=11) de la muestra, presenta niveles altos de DE, que se manifiesta en el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo; en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo.

En cuanto a la RP, dimensión cognitiva del fenómeno, el 37% (n=15) de los cuestionados presenta nivel bajo de este síntoma, proporción que representa a los profesionales que alcanzarían niveles considerables de presencia del SB. La baja RP es la tendencia a evaluarse negativamente con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden. Leiter (1993) plantea que la baja RP en el trabajo, es una causa directa de los estresores laborales, particularmente de la falta de apoyo

social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente; por ejemplo, la cooperación de las personas hacia las que se trabaja, autonomía, participación en la toma de decisiones, etc., y surge de forma paralela a los sentimientos de CE como respuesta del individuo a esos estresores laborales. Otro 37% presenta nivel medio de RP y solo el 27% (n=11) presenta nivel alto.

A partir del análisis de los datos sociodemográficos, se detecta que la muestra está comprendida por un 80% (n=33) de mujeres; dada la gran diferencia con la cantidad de varones que respondieron el cuestionario, se decide buscar los resultados de las dimensiones del SB en ambas variables. Se observa en la Tabla 3, los resultados obtenidos por dimensión, según la variable género, mujeres y varones, de la muestra.

Tabla 3

Dimensiones del SB según género

Dimensiones SB	RANGO	Mujeres		Varones		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
Cansancio Emocional	BAJO	6	18%	3	38%	9	22%
	MEDIO	10	30%	1	13%	11	27%
	ALTO	17	52%	4	50%	21	51%
	Total general	33	100%	8	100%	41	100%
Despersonalización	BAJO	16	48%	4	50%	20	49%
	MEDIO	10	30%	0	0%	10	24%
	ALTO	7	21%	4	50%	11	27%
	Total general	33	100%	8	100%	41	100%
Realización Personal	BAJO	14	42%	1	13%	15	37%
	MEDIO	13	39%	2	25%	15	37%
	ALTO	6	18%	5	63%	11	27%
	Total general	33	100%	8	100%	41	100%

Nota. Elaboración propia.

Como se nombra con anterioridad, la autora de este instrumento, indica que las mujeres son más vulnerables a la aparición del SB que los varones, infiriendo que podría deberse a la doble carga laboral que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares encuadradas como trabajo no remunerado.

En la muestra se detecta que el 52% (n=17) de las mujeres, presenta nivel alto de CE, en contraposición a los varones, que presenta el mismo nivel en un 50% (n=4) de la muestra. En cuanto a la dimensión DE, el 21% (n=7) de las mujeres presenta niveles altos y la variable satura con un 48% (n=16) en nivel bajo; para los varones se divide en un 50% (n=4) para el

nivel alto de DE, y otro 50% para nivel bajo. En la dimensión RP; las mujeres presentan mayor proporción de presencia de nivel bajo, siendo un 42% (n=14) y los varones poseen el menor porcentaje de la muestra, 13% (n=1), en baja realización personal. De los resultados puede analizarse que no existe diferencia considerable entre varones y mujeres respecto del cansancio emocional, ambos muestran valores altos en casi la misma proporción, coincidentes a indicios de presencia de burnout. En cuanto a la despersonalización, existe diferencia significativa debido a que los varones presentan mayor proporción de nivel alto, indicando indicios de presencia de burnout; en cambio, para las mujeres los sentimientos de despersonalización bajos predominan sobre la muestra. Por otro lado, los varones presentan mayoritariamente niveles altos de realización personal y las mujeres bajos, indicando presencia de burnout.

Otro dato con prevalencia relevante en el análisis sociodemográfico, es el que abarca la experiencia laboral; en el que se concentra el 73% (n=17) de la muestra en el menor rango, definido entre los 0 a los 9 años. Se disponen los datos de experiencia laboral y su prevalencia según las dimensiones del SB en la Tabla 4.

Tabla 4

Dimensiones del SB según experiencia laboral

Dimensiones SB		0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 29 años		más de 30 años		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cansancio Emocional	BAJO	8	27%	1	17%	0	0%	0	0%	9	22%
	MEDIO	9	30%	2	33%	0	0%	0	0%	11	27%
	ALTO	13	43%	3	50%	3	100%	2	100%	21	51%
	Total general	30	100%	6	100%	3	100%	2	100%	41	100%
Despersonalización	BAJO	15	50%	3	50%	1	33%	1	50%	20	49%
	MEDIO	8	27%	2	33%	0	0%	0	0%	10	24%
	ALTO	7	23%	1	17%	2	67%	1	50%	11	27%
	Total general	30	100%	6	100%	3	100%	2	100%	41	100%
Realización Personal	BAJO	10	33%	2	33%	1	33%	2	100%	15	37%
	MEDIO	13	43%	2	33%	0	0%	0	0%	15	37%
	ALTO	7	23%	2	33%	2	67%	0	0%	11	27%
	Total general	30	100%	6	100%	3	100%	2	100%	41	100%

Nota. Elaboración propia.

Según la etiología acerca de este síndrome, planteada por Maslach (1981) en su manual de instrumentación y análisis del MBI; se entiende que existe una tendencia relevante en la aparición del SB en aquellos profesionales que se encuentran en los primeros años de desarrollo de su carrera profesional. La autora explica que una hipótesis válida para este fenómeno es que podría deberse al desplazamiento que ocurre entre las expectativas deseadas e ideales que poseen las personas respecto de su trayectoria profesional, al encuentro con la tarea cotidiana

y con que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las esperadas ni prometidas. Por otro lado, se exploya argumentando que aquellas personas con los más altos niveles de burnout terminan por abandonar sus profesiones, por lo que las personas con mayor cantidad de años de experiencia profesional serian aquellos que menor SB presentaron y esa es la razón por la que siguen presentes.

En la muestra se observa que del 73% (n=30) de los cuestionados que contestaron que su experiencia laboral se encuentra entre los 0 y 9 años, el 43% (n=13) presenta nivel alto de CE; el 23% (n=7) nivel alto de DE y el 33% (n=10) nivel bajo de RP. En comparación con los rangos más altos de experiencia laboral; se observa que respecto a la dimensión CE, unánimemente respondieron en el nivel alto (n=3 , n=3 y n=2); en la DE el 67% de las personas entre 20 y 29 años de antigüedad posee nivel alto, mientras que las que tienen más de 30 años de experiencia se dividen 50% en nivel alto y 50% en nivel bajo. Por último, en total oposición a la tendencia marcada por Maslach, el 100% (n=2) del rango más alto (+30 años) tiene baja realización personal. Lo mismo sucede con el rango anterior (de 20 a 29 años de experiencia) en el que el 67% presenta alta RP, en contraposición a los datos que plantea la teoría.

Una posible reflexión es que aquellos profesionales con mayor experiencia laboral, poseen mejores estrategias de afrontamiento contra el SB, siendo una de ellas los sentimientos de autoevaluación positiva y satisfacción en el trabajo, representativos de los datos obtenidos para la dimensión RP.

Análisis de los resultados del Cuestionario de Satisfacción Laboral s10/12

Para evaluar la satisfacción laboral de los participantes de la muestra, se utilizó el Cuestionario S10/12 (Meliá y Peiró, 1998). El 100% (N=41) de los profesionales contestaron el cuestionario de forma completa. Se exponen los resultados según el Puntaje Total, correspondiente a la calificación global de la SL; y según las dimensiones marcadas por los autores, en la Tabla 5.

Tabla 5*Distribución por puntaje global y por dimensiones de la SL de la muestra total*

	Dimensiones	Puntaje Total		Satisfacción con la Supervisión (SS)		Satisfacción con el ambiente físico de trabajo (SA)		Satisfacción con las prestaciones recibidas (SP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Insatisfacción	Muy Insatisfecho	0	0%	3	7%	0	0%	7	17%
	Bastante Insatisfecho	2	5%	2	5%	2	5%	6	15%
	Algo Insatisfecho	7	17%	8	20%	5	12%	9	22%
	Indiferente	9	22%	3	7%	12	29%	3	7%
Satisfacción	Algo Satisfecho	11	27%	8	20%	7	17%	7	17%
	Bastante Satisfecho	9	22%	12	29%	9	22%	5	12%
	Muy Satisfecho	3	7%	5	12%	6	15%	4	10%
	Total general	41	100%	41	100%	41	100%	41	100%

Nota. Elaboración propia.

Según los autores de este instrumento, de la medición “*Puntaje Total*” se obtiene una calificación global única, para la evaluación que hace el sujeto sobre su actitud hacia el trabajo, es decir, “si considera todo lo que involucra, ¿qué tan satisfecho esta con su trabajo?”. En este caso, la variable satura con un 27% (n=11) del total de la muestra, en la escala de “Algo Satisfecho”. La acumulación de los porcentajes de profesionales que evaluaron con calificaciones satisfactorias (“Algo Satisfecho” (27%); “Bastante Satisfecho” (22%); “Muy Satisfecho” (7%)) se obtiene que son el 56% de la muestra total. Seguido por la calificación “Indiferente” con un 22% (n=9), que implica sentimientos que no se pueden calificar ni como positivos ni como negativos; y finalmente, el menor porcentaje se encuentra en el rango de la insatisfacción (“Algo Insatisfecho” (17%); “Bastante Insatisfecho” (5%) y “Muy Insatisfecho” (0%)) que acumula un 22% (n=9) de la muestra total, considerando que en la variable “muy insatisfecho” no se obtuvo ninguna respuesta.

Se puede inferir que los profesionales de la Salud Mental, en su mayoría, el 56% (n=23) de la muestra total en este caso, evalúan dentro del rango de la satisfacción en cuanto a sus sentimientos hacia el trabajo. Robbins (2006), plantea que a nivel de las organizaciones, se

puede observar una relación directa y positiva entre SL y el desempeño; los empleados más satisfechos tienden a ser más eficaces, demostrando mayor productividad para la organización, menor ausentismo y menor rotación de puestos ya que se constata con estos últimos valores, que la relación con la SL es negativa.

En base a lo planteado por Judge y Hurst, (2007), se puede interpretar que la mayoría de los profesionales de esta muestra, se encuentran personas que tienen autoevaluaciones positivas: creen en su utilidad interna y capacidad básica, esto deja expuesto que las características de personalidad de cada sujeto también tienen su efecto sobre la SL. Se puede decir que aquellas personas con autoevaluaciones positivas experimentan mayor SL que quienes las tienen negativas; estos últimos se fijan metas menos ambiciosas y es probable que se rindan cuando enfrentan dificultades y/o se estaquen en empleos aburridos y repetitivos.

Por otro lado, la SL también se define, al igual que el SB, como un constructo complejo que puede evaluarse a partir de facetas o dimensiones, que también componen la experiencia del sujeto frente al trabajo. Desde esta perspectiva se asume la interacción entre los rasgos de la personalidad del sujeto y las características específicas del trabajo; entendiendo esta relación de interacción como la base de las reacciones afectivas y las actitudes que constituyen la SL (Robbins, 2006).

En cuanto a la dimensión *Satisfacción con la Supervisión (SS)*, se obtiene que el 29% (n=12) se encuentra “Bastante Satisfecho” con la supervisión del trabajo (SS); y en la acumulación de los porcentajes, se mantiene la mayoría de las respuestas en el rango de la satisfacción laboral con un 61% (n=25) del total de la muestra (“Algo Satisfecho” (20%); “Bastante Satisfecho” (29%); “Muy Satisfecho” (12%)). Por otro lado, solo el 7% (n=3) se mantiene “Indiferente” y el 27% (n=13) de los participantes se colocan en el rango de la insatisfacción con la supervisión.

En este caso podría inferirse que los profesionales de la salud mental, en su mayoría, se encuentran satisfechos con la supervisión de sus supervisores, la relación con los mismos, la frecuencia de la supervisión, la justicia de trato recibido por la empresa, con la formación recibida y con la participación en las decisiones (Meliá y Peiró, 1998). Según Robbins (2006), si los trabajadores tienen una concepción de mayor justicia sobre el trato que sienten de sus supervisores (SS), los procedimientos de la organización (SA) o las políticas de pago (SP), mayor es la satisfacción laboral; lo que genera mayor confianza en sus supervisores y empleadores; y en los procesos organizacionales y sus resultados. Cuando se confía en el empleador se está más dispuesto a adoptar de manera voluntaria comportamientos que vayan más allá de los requerimientos formales del trabajo.

En cuanto a la dimensión *Satisfacción con el ambiente físico de trabajo (SA)*, la mayor concentración de respuesta se encuentra en el parámetro “Indiferente” con un 29% (n=12) sobre la muestra total. En esta dimensión también se encuentra mayor porcentaje acumulado de respuestas en el rango de la satisfacción con un 64% (n=22); en contraposición a un porcentaje acumulado del 33% (n=13) en el rango de la insatisfacción. Se puede inferir, aunque llevaría otro tipo de entrecruzamiento de datos para mostrar valores específicos, que puede existir una relación entre que a la mayoría le sea “indiferente”, con el hecho que los datos sociodemográficos demuestran que la mayoría 73% (n=30) posee más de un empleo, siendo indicativo que las condiciones del ambiente físico pueden no ser un determinante tan importante de la SL para estos profesionales. En definitiva, en el porcentaje acumulado se denota que la mayoría de los cuestionados si encuentran satisfacción en lo relativo al entorno físico y al espacio en el lugar de trabajo.

Por último, en cuanto a la dimensión *Satisfacción con las prestaciones recibidas (SP)*, la máxima concentración es del 22% (n=9) en el parámetro “Algo Insatisfecho”; en el cumplimiento de convenios laborales, de incentivos económicos, negociaciones laborales y salario, a la promoción y a la formación; siendo el porcentaje acumulado del rango de insatisfacción el que prevalece con un 54% (n=22); frente a un 7% (n=3) de indiferencia y un 39% (n=16) de satisfacción.

Se observa en la Tabla 5.1 que el 89% (n=8) de los profesionales que manifestaron estar “algo Insatisfechos” con las prestaciones recibidas, trabajan en Hospitales Generales con servicio de Salud mental, y el 78% de estas instituciones pertenecen al ámbito de lo público (Tabla 5.2). Como expresa Pujol (2007), el Estado cumple una función de regulador de las relaciones profesionales y custodio de los valores de la sociedad, pero que actualmente se pueden desentrañar ciertas marcas contextuales que dan cuenta que el Estado en esta función se encuentra en crisis, lo que genera que el trabajo sea portador de sufrimiento para los trabajadores de la salud. Esto, a su vez se ve potenciado cuando el Estado también cumple el rol de empleador y se manifiesta en profesionales desjerarquizados y despriorizados, frágiles relaciones laborales, pérdida de oportunidades de acceso de estabilidad, de beneficios, entre otras; como se manifiesta en esta muestra.

Tabla 5.1

Cantidad de respuestas “Algo insatisfecho” en la dimensión SS según tipo de institución en la que trabaja

RANGO SP	Algo Insatisfecho	
¿En qué tipo de institución trabaja?	n	%
Hospital General con servicios de Salud Mental	8	89%
Otros(CAPs, Escuelas Hogar, Centros de día)	1	11%
N	9	100%

Nota. Elaboración propia.

Tabla 5.2

Cantidad de respuestas “Algo insatisfecho” en la dimensión SS según ámbito público o privado de la institución en la que trabaja.

RANGO SS	Algo Insatisfecho	
¿Pertenece al ámbito público o privado?	n	%
Privado	2	22%
Público o estatal	7	78%
N	9	100%

Nota. Elaboración propia.

En concordancia con los datos expuestos en las tablas 5.1 y 5.2, se mantiene la tendencia de insatisfacción con las prestaciones brindadas; apareciendo la mayor acumulación de porcentajes de respuestas en el rango de la insatisfacción con un 54% (n=22) sobre la muestra total (“Algo Insatisfecho” (22%); “Bastante Insatisfecho” (15%) y “Muy Insatisfecho” (17%)). Siendo relevante que el 17% contestó estar “Muy insatisfecho” con las prestaciones.

En cuanto a la distribución de las evaluaciones según el género, como se muestra en la Tabla 6, solo se encontraron diferencias considerables en el puntaje total, en el que las mujeres manifestaron en un 30% (n=10) estar “Algo Satisfechas” laboralmente y el 50% (n=4) de los varones calificaron su experiencia como “Bastante Satisfechos”. Siendo la acumulación de los porcentajes en el rango de satisfacción, un 54% para las mujeres y un 63% para los varones. Lo que se puede interpretar que probablemente existan diferencias en cuanto a las expectativas e ideales que tengan ambos géneros en relación a su práctica laboral.

En cuanto al rango insatisfacción, las mujeres acumulan un 24% (n=8) de la muestra total (“Algo Insatisfecha” (18%); “Bastante Insatisfecha” (6%) y “Muy Insatisfecha” (0%)) y los varones un 13% (n=1) (“Algo Insatisfecho” (13%); “Bastante Insatisfecho” (0%) y “Muy Insatisfecho” (17%)).

Tabla 6*Puntaje total y dimensiones de la SL según género*

	<i>Puntaje Total</i>		<i>Satisfacción con la Supervisión (SS)</i>				<i>Satisfacción con el ambiente físico de trabajo (SA)</i>				<i>Satisfacción con las prestaciones recibidas (SP)</i>						
	<i>mujeres</i>		<i>varones</i>		<i>mujeres</i>		<i>varones</i>		<i>mujeres</i>		<i>varones</i>		<i>mujeres</i>		<i>varones</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Insatisfacción	Muy Insatisfecho	0	0%	0	0%	3	9%	0	0%	0	0%	0	0%	5	15%	2	25%
	Bastante Insatisfecho	2	6%	0	0%	2	6%	0	0%	3	9%	2	25%	4	12%	2	25%
	Algo Insatisfecho	6	18%	1	13%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	9	27%	0	0%
	Indiferente	7	21%	2	25%	3	9%	0	0%	12	36%	0	0%	3	9%	0	0%
Satisfacción	Algo Satisfecho	10	30%	1	13%	7	21%	1	13%	4	12%	3	38%	6	18%	1	13%
	Bastante Satisfecho	5	15%	4	50%	9	27%	3	38%	7	21%	2	25%	3	9%	2	25%
	Muy Satisfecho	3	9%	0	0%	3	9%	2	25%	5	15%	1	13%	3	9%	1	13%
	Total general	33	100%	8	100%	33	100%	8	100%	33	100%	8	100%	33	100%	8	100%

Nota. Elaboración propia.

Análisis de las correlaciones entre SB y SL

Para establecer correlaciones entre la variable Síndrome de Burnout y la variable Satisfacción Laboral, se utiliza el programa de estadística SPSS, y se determina a través del análisis estadístico de correlación de Pearson. Por tanto, en la Tabla 7, se presenta la correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout, siendo CE (Cansancio Emocional), DE (Despersonalización) y RP (Realización Personal) y las dimensiones de la Satisfacción Laboral, siendo la calificación global PTSL (Puntaje Total de la Satisfacción Laboral) y sus dimensiones, SS (Satisfacción con la Supervisión), SA (Satisfacción con el Ambiente físico del trabajo) y SP (Satisfacción con las Prestaciones).

Tabla 7

Correlación entre las variables SB y SL según sus dimensiones.

		Correlaciones						
		CE	DE	RP	SS	SA	SP	PTSL
CE	Correlación de Pearson	1	,491**	-,365*	-,500**	-,260	-,219	-,485**
	Sig. (bilateral)		,001	,019	<,001	,101	,168	,001
	N	41	41	41	41	41	41	41
DE	Correlación de Pearson	,491**	1	-,196	-,261	-,252	-,257	-,331*
	Sig. (bilateral)	,001		,220	,100	,112	,105	,034
	N	41	41	41	41	41	41	41
RP	Correlación de Pearson	-,365*	-,196	1	,353*	,184	-,066	,289
	Sig. (bilateral)	,019	,220		,024	,248	,682	,067
	N	41	41	41	41	41	41	41
SS	Correlación de Pearson	-,500**	-,261	,353*	1	,277	,439**	,881**
	Sig. (bilateral)	<,001	,100	,024		,079	,004	<,001
	N	41	41	41	41	41	41	41
SA	Correlación de Pearson	-,260	-,252	,184	,277	1	,390*	,652**
	Sig. (bilateral)	,101	,112	,248	,079		,012	<,001
	N	41	41	41	41	41	41	41
SP	Correlación de Pearson	-,219	-,257	-,066	,439**	,390*	1	,683**
	Sig. (bilateral)	,168	,105	,682	,004	,012		<,001
	N	41	41	41	41	41	41	41
PTSL	Correlación de Pearson	-,485**	-,331*	,289	,881**	,652**	,683**	1
	Sig. (bilateral)	,001	,034	,067	<,001	<,001	<,001	
	N	41	41	41	41	41	41	41

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia

Respecto de la dimensión CE (Cansancio emocional) perteneciente a la variable del SB, se encuentra que existe una relación negativa con el PTSL (Puntaje total de la SL) y con la SS

(Satisfacción con la Supervisión), lo que implica que a mayor cansancio emocional menor es la satisfacción laboral en general y con la supervisión.

Por otro lado, también se encuentra que la relación entre CE y RP (Realización Personal) también es negativa, corroborando que a mayor cansancio emocional, menor es el sentimiento de realización personal.

En cuanto a la dimensión DE (Despersonalización), también se encuentra que mantiene una proporción negativa con el PTSL, significando que a mayor síntoma de despersonalización, menor es la satisfacción laboral.

En cuanto a la dimensión RP (Realización Personal), la correlación es positiva en cuanto a la SS (Satisfacción con la supervisión); indicando que a mayor sentimiento de realización personal, mayor es la vivencia de satisfacción de los profesionales respecto a la supervisión recibida en sus puestos de trabajo.

La RP se relaciona de forma negativa con el CE, indicando que a mayor sentimiento de realización personal, existe menor presencia de cansancio emocional.

En cuanto a la relación de la SS (Satisfacción de la Supervisión), además de las ya nombradas con las dimensiones del Síndrome de burnout, mantiene una relación directa y positiva con la PTSL, indicando que en la muestra analizada a mayor satisfacción con la supervisión (SS), mayor es la vivencia de satisfacción general en el trabajo; lo mismo sucede en cuanto la dimensión satisfacción con las prestaciones recibidas (SP); indicando que también aumenta la satisfacción con las prestaciones recibidas.

La dimensión SA (Satisfacción con el ambiente físico del trabajo) mantiene correlación positiva con SS y con PTSL, indicando que a mayor satisfacción con el ambiente físico, mayor satisfacción con la supervisión y mayor satisfacción en la vivencia general en el trabajo.

La SP se relaciona positivamente con todas las dimensiones de la variable Satisfacción Laboral, lo que indica que a los profesionales de la muestra cuanto mayor es la satisfacción con las prestaciones que perciben en sus trabajos, mayor es la satisfacción a nivel global, con el ambiente físico y con la supervisión; por lo que puede indicarse que la satisfacción con las prestaciones puede considerarse como un predictor de la satisfacción laboral en general.

En resumen, las dimensiones del síndrome de burnout mantienen correlaciones positivas y negativas con las dimensiones de la satisfacción laboral, indicando que si existen influencias entre los síntomas planteados por el fenómeno y las vivencias a nivel afectivo, cognitivo y comportamental que los profesionales de la Salud Mental tienen en sus trabajos.

Conclusiones

Para finalizar este estudio, se resume en este apartado la evaluación de los logros obtenidos respecto al objetivo general y los específicos, el análisis de comparación de los resultados obtenidos respecto a otras investigaciones expuestas en el estado del arte y las posibilidades de apertura a nuevos estudios encontrados.

El primer objetivo de este trabajo, relacionado a poder determinar el perfil sociodemográfico de la muestra, se encuentra logrado e indica que de los 41 profesionales cuestionados, el 41% son psicólogas/os. A pesar que el cuestionario fue distribuido homológamente entre todos los trabajadores, su título contenía que se buscaba establecer la relación entre los niveles de síndrome de burnout y la satisfacción laboral, se infiere que los psicólogos se encuentran más familiarizados con estos conceptos y que pudo haber influido en el interés en completarlo.

A su vez, la muestra se compone mayoritariamente por mujeres, siendo el 80% sobre el total y sin registro de disidencias. Esta diferencia significativa con la cantidad de varones presentes en la muestra, puede considerarse un factor importante de análisis en relación al Síndrome de Burnout. Susan Maslach (1981), plantea que las mujeres son más vulnerables a la aparición del síndrome que los varones, infiriendo que podría deberse a la doble carga laboral que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares encuadradas como trabajo no remunerado.

En cuanto a la edad de los consultados, el 41% tiene entre 30 y 39 años y el 41% indica que su situación laboral se encuadra como "trabajo independiente y/o autónomo", poseen entre 0 y 9 años de experiencia en la profesión y el 49% trabaja de 21 a 40 horas semanales, por lo que se puede inferir que la mayoría de los profesionales cumplen de 4 a 8 horas diarias de trabajo en contacto con pacientes, beneficiados de sus servicios o usuarios de salud mental. Según Maslach (1981), la edad parece no influir en la aparición del SB, pero si se encuentran tendencias en aquellos profesionales en el inicio de su carrera, considerándose que es un período de vulnerabilidad, debido a que es el momento en que se produce un desplazamiento desde las expectativas idealistas hacia la práctica propiamente, en las que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las esperadas ni prometidas.

En cuanto a la identificación de los niveles del síndrome de burnout presentes en la muestra, se debe remarcar que este fenómeno se define a partir de sus síntomas de forma tridimensional, considerando que puntuaciones altas en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, corresponden a altos sentimientos de estar quemado y bajas puntuaciones en la dimensión Realización Personal en el trabajo, corresponden a altos sentimientos de quemarse.

En referencia a la presencia de niveles altos de cansancio emocional, que serían indicativos de presencia de burnout, se obtiene en el 51% de la muestra, el 27% presenta niveles altos de Despersonalización y el 37% de los cuestionados presenta nivel bajo de Realización Personal. Se puede concluir que la dimensión predominante de la variable SB en esta muestra es la de cansancio emocional, síntoma referente de la esfera emocional del síndrome, en la que la persona experimenta sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos así como también con los usuarios y la sensación de estar exhaustos emocionalmente por las demandas del trabajo. En comparación a mediciones de burnout en trabajadores de salud de Latinoamérica y España, que oscila entre el 30% a 40% (Yslado Mendez, 2019), se encuentra que la prevalencia es similar en esta muestra, indicando que existen niveles altos de SB.

En cuanto a las dimensiones del SB según el género, solo se encontraron diferencias considerables respecto a la Realización Personal, en el que las mujeres presentan nivel bajo en el 42% de los casos, mientras que los varones solo en el 13%; en contraposición a que estos presentan altos niveles de realización en el 63% de los participantes de la muestra. Podría concluirse que la mayoría de las mujeres de esta muestra reconocen tener un autoconcepto negativo y haber perdido la confianza en sus capacidades y habilidades para afrontar el trabajo. Sería interesante ampliar la indagación de manera cualitativa y sumando datos acerca de las posibles diferencias con lo vivenciado como estar “realizado” para los varones, para un próximo estudio. En comparación al ya citado estudio en Perú, más allá que también se encuentra prevalencia de niveles altos de SB en mujeres, indican que las variables sociodemográficas no tendrían efecto o no serían suficientemente indicativas sobre el SB. Es decir, cualquier profesional de la salud puede verse afectado por SB alto (Yslado Mendez, 2019).

Como es planteado por Maslach, la edad parece no influir en la aparición de síntomas de burnout pero si existe una tendencia en los primeros años de carrera debido a que los profesionales podrían presentar mayor sensibilización debido a que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. En relación a lo nombrado, de la gran mayoría de las personas que participaron se encuentran dentro del menor rango de experiencia laboral (de 0 a 9 años), de las cuales se obtienen indicios de Síndrome de Burnout en la dimensión cansancio emocional; lo cual indica que la relación negativa entre SB y los primeros años de desarrollo de la carrera existe, aunque no se encontraron valores significativos en los otros síntomas, esto también puede deberse al carácter insidioso de la patología.

En referencia a la tendencia a la vulnerabilidad ante el SB debido a las expectativas ideales del trabajo en los primeros años de carrera; Andrea Pujol (2007), indica que el trabajo en sí mismo se presenta como una condición de “normalidad sufriente”, ya que las situaciones laborales están atravesadas por una diversidad de restricciones y condicionantes que representan la internalización de la dominación social: la sujeción al salario, las prescripciones de la actividad, las relaciones sociales que impone y prohíbe.

Desde la psicodinámica, disciplina de la psicología que estudia la patología en el trabajo, se entiende que es a partir de la distancia que hay entre el “trabajo real”, que sería la tarea que los sujetos comprenden que su profesión abarcaría; y el “trabajo prescripto”, que se constituye como los encargos que precisan objetivos de producción cuantitativos y cualitativos y que tienen por función enmarcar la acción de los trabajadores. El conflicto emerge de entre la distancia que hay entre “trabajo real” y “trabajo prescripto”. Como sostiene Dejours (1988), “cuando la negociación hombre-organización del trabajo se bloquea, el único margen que queda es la adaptación del hombre al sufrimiento” (p.16). Desde este enfoque, se puede interpretar que durante este período expuesto en la muestra como de alto cansancio emocional, los sujetos podrían estar experimentando de una forma sensible, la adaptación al campo laboral-organizacional, desarrollando posibles estrategias de afrontamiento. Teniendo en cuenta que la edad de prevalencia de la muestra se encuentra entre los 30 y 39 años, coincidente con los años de inicio y desarrollo de la carrera profesional, se puede ver en la investigación de Salgado-roa y Leria-Dulcik (2019), que se mantiene esta misma relación con la edad de prevalencia, e indican que, siguiendo los estudios de Rodríguez et al (2009), se puede plantear la edad cronológica como un factor protector del SB, asociado al desarrollo en el tiempo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento al estrés, a consecuencia de los años de experiencia en el ejercicio de una profesión determinada, habilidad metacognitiva que mitiga los efectos perjudiciales del SB y la sobrecarga laboral.

En cuanto a la determinación de los niveles de *satisfacción laboral* en la muestra, se encuentra que una mayoría del 56% de los profesionales de la Salud Mental, evalúan su actitud hacia el trabajo dentro del rango de la satisfacción; seguida por un 22% que la encuentra indiferente y otro 22% que la evalúa dentro del rango de la insatisfacción.

En referencia a la dimensión relativa a la *Satisfacción con la Supervisión* (SS), el 61% de los profesionales de la muestra, se encuentran satisfechos con la supervisión de sus supervisores, la relación con los mismos, la frecuencia de la supervisión, la justicia de trato recibido por la empresa, con la formación recibida y con la participación en las decisiones; solo el 7% se

mantiene indiferente, y el 27% insatisfecho. Esta dimensión aparece como el factor predominante de la satisfacción laboral, coincidiendo con el estudio realizado por Yslado Méndez et al (2019).

En la dimensión que comprende la *Satisfacción con el ambiente físico (SA)*, se encuentra que la mayoría de las personas responden dentro del rango de la satisfacción (en el porcentaje acumulado entre las 3 escalas que la componen) pero la evaluación “indiferente” aparece en el 29% de la muestra, volviéndose un parámetro relevante.

Se puede inferir, aunque llevaría otro tipo de entrecruzamiento de datos para mostrar valores específicos, que puede existir una relación entre este porcentaje al que le es “indiferente”, con el hecho que los datos sociodemográficos demuestran que la mayoría de los cuestionados (73%) posee más de un empleo, siendo indicativo que las condiciones del ambiente físico pueden no ser un determinante tan importante de la SL para estos profesionales

En la dimensión acerca la *Satisfacción con las Prestaciones recibidas (SP)*, se observa que la mayoría de los profesionales (54%) manifestaron estar insatisfechos. De este porcentaje, el 89% trabaja en hospitales generales con servicio de SM y en su mayoría manifiestan que son del ámbito público. Como ya se nombró en el análisis de los resultados, Pujol (2007) manifiesta que los profesionales se encuentran profundamente desjerarquizados y despriorizados en sus roles y que esto encuentra una relación directa con la crisis que atraviesa el Estado en cuanto a su función como regulador de las relaciones profesionales y que, a su vez, en el ámbito público se ve potenciado por cumplir el rol de empleador. Esto afecta a los profesionales en la construcción subjetiva que tienen del trabajo y en la construcción de su identidad profesional, aunque, dice la autora, en cuanto a la identidad, esta está mediatizada por la dimensión social del trabajo (salario, prescripción, etc.) y la mirada del otro. En el campo del trabajo, la construcción de la subjetividad está ligada al reconocimiento y es por ello que la naturaleza, la calidad y la dinámica de las relaciones en los colectivos de trabajo tienen una responsabilidad considerable con respecto a los efectos del trabajo/empleo sobre la salud.

En cuanto al último de los objetivos, el estudio revela que la correlación entre Síndrome de burnout y satisfacción laboral es negativa y significativa. Es decir, a menor nivel de burnout, mayor nivel de satisfacción laboral; lo que indica que ciertamente la satisfacción laboral puede ser fomentada por parte de las organizaciones como actitudes positivas que ayuden a disminuir los síntomas asociados al burnout y prevenirlos.

En relación a los estudios consultados previamente, la correlación del SB y SL en profesionales de la salud de Perú y de Chile (Yslado Méndez et al, 2019 y Vásquez Fonseca et al, 2019)) se presenta de la misma manera que en esta muestra; en contraposición al estudio

realizado comparando al personal sanitario de España y Argentina, en el que no se verifica correlación entre SB y SL y los autores indican que una posible justificación se puede encontrar en la coyuntura macroeconómica de ambos países. Por otro lado, en el estudio realizado por Salgado-roa y Lería-Dulčić en Chile, también muestra correlación negativa y significativa entre ambas variables.

Por otra parte, como ambas variables también se definen en sus dimensiones; es importante mencionar que se manifiesta correlación negativa y significativa entre la dimensión cansancio emocional (CE) de la variable burnout y la satisfacción con la supervisión (SS), dimensión de la variable SL; coincidiendo con el estudio de Salgado-roa y Lería-Dulčić; los cuales hacen alusión a la influencia del liderazgo de los supervisores en el SB, ya sea como un factor protector o de riesgo.

En cuanto a la dimensión RP (Realización Personal), encuentra correlación positiva con la SS (Satisfacción con la supervisión); indicando que a mayor sentimiento de realización personal, mayor es la vivencia de satisfacción de los profesionales respecto a la supervisión recibida en sus puestos de trabajo.

Para terminar, se propone que la apertura a nuevas investigaciones esté relacionada a indagar acerca de la relación entre SB y SL en profesionales de la salud mental que se encuentren transcurriendo los primeros pasos del desarrollo profesional, según los datos sociodemográficos que aparecieron como significativamente relevantes (edad, género, estado civil, tipo de contratación, cantidad de horas en contacto con usuarios, por ej.) dado los indicadores encontrados.

Por otro lado, en cuanto a las posibilidades de intervención de la Psicología en estas problemáticas, se propone que el análisis sea efectuado desde la psicodinámica del trabajo, enfoque que tiene por referente a Christopher Dejours, médico francés y psicoanalista y a Andrea Pujol, referente en Argentina, que definen a esta disciplina a partir del interés por la problemática del sufrimiento en el trabajo, considerando que este puede ser un componente estructurante de la salud o bien un elemento patógeno o desestructurante, en función de las relaciones que establezca el sujeto con la tarea y con pares y superiores en el ámbito laboral.

Desde este enfoque se trabaja clínicamente focalizando en la relación entre trabajo y subjetividad. Con metodologías centradas en el lenguaje como herramienta posibilitadora de cambios en la realidad de los trabajadores. “Las clínicas del trabajo” intervienen desde una mirada crítica del trabajo contemporáneo, reconociendo la capacidad de actuar del sujeto y los colectivos, frente a la organización del trabajo, abriendo paso a la posibilidad de los sujetos de

afrontar el sufrimiento y de movilizarse creativamente frente a las restricciones. El quehacer clínico está dirigido en la posibilidad que los trabajadores puedan transformar el sufrimiento en placer, a través de la interpretación del significado de la tarea para el sujeto y del reconocimiento del trabajo (Dejours,1998).

Se espera que este trabajo ofrezca a la comunidad científica, algunos datos importantes acerca de los profesionales de la salud mental y su vivenciar del trabajo, en la ciudad de Rosario y la región.

Bibliografía

Álvarez Gallego, E., Fernández Ríos, L., (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XI (39)

de Souza, S. R. C., de Oliveiran, E. B., Mauro, M. Y. C., Mello, R., Kestemberg, C. C. F., & de Paula, G. S. (2015). Cargas de trabajo de enfermería en una unidad de internación psiquiátrica y la salud de los trabajadores. *Enfermagem Uerj*, 23 (5).

Freudenberger, H.J. (1974), Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.* 30, 159-165

Cohen, H. y Natella, G. (1995). Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Rio Negro. Cap. 4 Nuestras estrategias de trabajo. Ed. Lugar

Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En Pujol, A. y Gutiérrez, I. (Comp.) (2015). Trabajo y subjetividad. Indagaciones clínicas. Simposio TAS 2014.

Galende E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Galende E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial

Gil-Monte, P. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy.* 1. 19-33.

Gil-Monte, P., (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. Ediciones pirámide.

Hernández Gijón, M., Jiménez Ortega, A., Llergo Re, M., Mazzoni Catterino, L.A. y Perandrés Gómez, A.M.(2014). Síndrome de Burnout y Satisfacción Laboral en el personal sanitario de España y Argentina. *Reidocrea.* 3 (8). 60-68.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw - Hill / Interamericana Editores.

Maslach, C., (s/f). *Burnout*. Factores Psicosociales y de organización. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981a). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

Microjuris.com (11 de Febrero del 2022). Fallos. El burnout es laboral: La trabajadora que padeció estrés laboral tiene derecho a percibir las prestaciones de la Ley 24.557 aun cuando se trate de una enfermedad no incluida en el listado de enfermedades. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2022/02/11/fallos-el-burnout-es-laboral-la-trabajadora-que-padecio-estres-laboral-tiene-derecho-a-percibir-las-prestaciones-de-la-ley-24-557-aun-cuando-se-trate-de-una-enfermedad-no-incluida-en-el-listado-de-e/>

Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio.

Olivares-Faundez, V., (2016). *Christina Maslach, comprendiendo el burnout*. Universidad de Valparaíso.

Peiró, J. M., Bravo, M. J., González-Roma, V., Zurriaga, R. (1995). La medida de la satisfacción laboral. *Ansiedad y Estrés*. 1 (2-3), 231-253. ISSN: 1134-7937.

Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. (2017). Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 14(1245), 2-14. <http://doi.org/10.3390/ijerph14101245>

Pujol, A. y Gutiérrez, I. (Comp.) (2015). Trabajo y subjetividad. Indagaciones clínicas. Simposio TAS 2014.

Ramirez- Perez, M. y Maturana, S. L. (2009). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis. Revista Latinoamericana*, 30. URL:<http://journals.openedition.org/polis/2355>

Robbins, S. (2006). Capítulo tres: Las actitudes y la satisfacción en el trabajo en Robbins, S. y Judge, T. (2009). *Comportamiento Organizacional* (13 ed., pp 72-100). Editorial Pearson Educación

Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Editorial Panapo.

Salgado-Roa, J.A., Lería-Dulčić, F.J. (2020). Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos. *Univ. Salud.* 22 (1):06-16. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.169>

Stolkiner A (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*, 239

Sousa, K. H. J. F., Zeitoune, R. C. G., Portela, L.F., Tracera, G. M. P., Moraes, K.G., Figueiró, R. F. S. (2020). Factores asociados a los riesgos de enfermedad del equipo de enfermería que trabaja en una institución psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 28. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3454.3235>

Vázquez Fonseca, V.M., Gómez Pasos, J.C, Martínez, U. y Salgado, A. (2019). Relación entre el burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Salud(i)Ciencia.* 23 (4), 325-331. [www.dx.doi.org/10.21840/siic/158957](http://dx.doi.org/10.21840/siic/158957)

Yslado Méndez, R.M., Norabuena Figueroa, R. P., Loli Poma, T. P., Zarzosa Marquez, E., Padilla Castro, L., Pinto Flores, I., Rojas Gamboa, A. (2019). Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.06>

Anexos

Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico

1. ¿Cuál es su ocupación?

(Indique sólo aquella ocupación que desempeña en su actual puesto de trabajo. En caso de que sean varias, la que le ocupe más tiempo.)

Psicóloga/o

Psiquiatra

Trabajador/a social

Enfermera/o

Terapeuta ocupacional

Acompañante Terapéutico

Abogada/o

Otros:

2. Indíquenos en cuál de las siguientes categorías jerárquicas se sitúa usted, aproximadamente en su actual puesto de trabajo.

Empleado o trabajador.

Coordinador de área o jefe de sector

Directivo

Alta dirección o dirección general.

Otros:

3. ¿Cuál es su edad? (Indique solo números)

4. ¿Con qué género se autopercibe?

Femenino

Masculino

Prefiero no decirlo

Otros:

5. Estado civil

Soltera/o

Casada/o

Viuda/o

Divorciada/o

6. Tiene hijos/as o personas a cargo? SI- No

7. Si respondió "SI", ¿qué edad tienen?

(En caso de ser menor de 1 año responder "0" y si tiene más de un hijo/a o persona a cargo, separar las edades con ","(coma). Ej.:0, 3,10)

8. Situación laboral:

Trabajo independiente y/o autónomo.

Trabajo eventual por terminación de tarea o realizando una reemplazo.

Trabajo por plazo fijo (contrato)

Trabajo por tiempo indeterminado o en planta permanente.

Otros:

9. Antigüedad laboral en el hospital (indicar solo números, si es menor a 1 año, responder "0"?)

10. ¿Qué cantidad de horas le dedica cada semana a este trabajo? (indicar solo números)

11. ¿En qué tipo de institución trabaja?

Hospital monovalente (Neuropsiquiátrico)

Hospital General con servicios de Salud Mental

Otros:

12. La institución en la que trabaja ¿pertenece al ámbito público o privado?

Público o estatal

Privado

Otros:

13. Tipo de jornada en el hospital

Turnos fijos

Turnos rotativos

Horario flexible y/o irregular

Otros:

14. ¿Es el empleo en el hospital su trabajo principal? Si - No

15. ¿Tiene más de un empleo? Si - No

16. ¿Piensa actualmente en cambiar de trabajo? Si – No

17. ¿Qué actividades de ocio realiza?

Deporte

Lectura

Cine/series

Jugar con sus hijos

Otros:

Anexo 2: INVENTARIO MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente

MBI-HSS	0 Nunca	1 Alguna vez al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Algunas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Varias veces a la semana	6 Diariamente
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o							
2. Al final de la jornada me siento agotado/a							
3. Me encuentro cansada/o cuando me levanto por la mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros							
5. Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8. Me siento quemado por el trabajo							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							

15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes							
18. Me encuentro animado/a después de trabajar junto con los/as pacientes/compañeros							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo 3: Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12 (Meliá y Peiró, 1989)

Consigna: Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo, nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado.

Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo y si la característica no está presente en su trabajo, ni pueda estar presente en el futuro, escoja la alternativa, “4 Indiferente”.

Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		
1. Muy	2. Bastante	3. Algo	4. Indiferente	5. Algo	6. Bastante	7. Muy

Tal vez algún aspecto de la lista que le proponemos *no corresponde exactamente* a las características de su puesto de trabajo. En ese caso, enténdalo haciendo referencia a aquellas características de su trabajo más semejantes a la propuesta, y califique en consecuencia la satisfacción o insatisfacción que le produce.

En otros casos la característica que se le propone puede estar *ausente en su trabajo, aunque muy bien podría estar presente en un puesto de trabajo como el suyo*. Califique entonces el grado de satisfacción o insatisfacción que le produce su ausencia. Por ejemplo, si un aspecto que le propusiéramos fuera "residencias de verano", y en su empresa no le ofrecen tal cosa,

califique entonces la satisfacción o insatisfacción que le produce no poder disponer de este servicio.

Un tercer caso se le puede presentar cuando la característica que le proponemos *no está presente, ni pueda estar presente en su trabajo*. Son características que no tienen relación alguna, ni pueden darse en su caso concreto. Entonces escoja la alternativa, “4 Indiferente”. Tal caso podría darse por ejemplo, si le propusiéramos para calificar "remuneración por kilometraje": y su trabajo además de estar situado en su misma población, fuera completamente sedentario sin exigir jamás desplazamiento alguno.

En todos los demás casos posibles escoja siempre para cada pregunta una de las siete alternativas de respuesta y márquela con una cruz.

S10/12	Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
	1. Muy	2. Bastante	3. Algo		4. Indiferente	5. Algo	6. Bastante
1. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar.							
2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo.							
3. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo.							
4. La temperatura de su local de trabajo.							
5. Las relaciones personales con sus superiores.							
6. La supervisión que ejercen sobre usted.							
7. La proximidad y frecuencia con que es supervisado.							
8. La forma en que sus supervisores juzgan su tarea.							
9. La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa.							
10. El apoyo que recibe de sus superiores.							
11. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales.							
12. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales.							

