

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**



**SINDROME DE BURNOUT EN LOS TECNICOS  
PARAMEDICOS**

**Profesor Guía : EDMUNDO MERCADO CABRERA**

**Alumna : GUILLERMINA CANCINO CARDOZA**

**TESIS PARA OPTAR A LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**  
**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL**

**Santiago, Septiembre de 2002**

# **INDICE**

Introducción .....	4
Planteamiento del problema .....	8
Objetivos .....	14
Hipótesis.....	15
Fundamentación.....	16
Estrategia Metodológica.....	21

## **CAPITULO I**

1.- El Estrés y su versión Burnout, un problema no resuelto.	25
1.1.- Competencia Laboral y Consecuencias Mentales.	26
1.2.- Estrés y Salud Mental Ocupacional.....	32
1.2.1.- Interacción de Factores Múltiples.....	34
1.2.2.- Vertientes de factores de riesgos para Salud Mental.....	36
1.3.- Estrés y Productividad.....	37
1.4.- El Estrés como enfermedad profesional.....	39
1.5.- El Estrés y su Impacto en la Empresa.....	42

## **CAPITULO II**

1.- Estrés y Estresores.....	48
1.1.- Factores de Riesgo.....	48
1.2.- Factores Protectores.....	51

2.- Quemarse por el Trabajo en Profesionales de la Salud.....	52
3.- Burnout desde la Perspectiva del Estrés Laboral.....	56

### **CAPITULO III**

1.- Desarrollo del origen del Síndrome de Burnout.....	62
1.1.- Aproximación Psicosocial.....	63
1.2.- Perspectiva Social e Histórica.....	69
1.3.- Aproximación al Campo Salud.....	71
1.4.- Perspectiva Organizacional.....	72

### **CAPITULO IV**

1.1.- Concepto Síndrome de Burnout.....	77
1.2.- Burnout en Enfermería.....	80
1.3.- El “desgaste profesional”: nuevo mal ataca a los trabajadores de la salud.....	86
1.4.- Los riesgos a prevenir.....	88

### **CAPITULO V**

Perfil de los Técnicos Paramédicos .....	95
--	----

### **CAPITULO VI**

Condiciones Laborales.....	107
----------------------------	-----

## **CAPITULO VII**

Nuevas relaciones laborales y sus efectos.....	134
Hallazgos relevantes de la investigación.....	147
Contribución al Trabajo Social.....	150
Conclusiones .....	153
Bibliografía .....	161
Anexos .....	165

## INTRODUCCION

Esta tesis intenta, dentro de un extenso e inabarcable tema como el de la salud, y de la salud mental – tomando como referencia a los técnicos paramédicos de los turnos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital “Dr. Félix Bulnes Cerda”- insistir en un tema siempre postergado y que debiera ser abordado integralmente por las autoridades de gobierno y la sociedad toda: el estrés laboral, y en particular el Síndrome de Burnout, un mal que rápidamente va quemando etapas y ejerciendo su nefasta influencia en toda nuestra sociedad. Las consecuencias de este mal social son impredecibles. Es de imperiosa necesidad encontrar un equilibrio entre las exigencias que el modelo económico de libre mercado impone al trabajador y su capacidad para modificarlas, amén de los cambios profundos y radicales que deberán producirse inevitablemente en la sociedad, para hacerla más vivible, más humana.

Dentro de este contexto mundial de lucha por la salud - entendida como el equilibrio dinámico entre los seres humanos y los conglomerados sociales, por un lado, y el ambiente y condiciones en que viven y se desarrollan, por el otro-, nuestro país, la sociedad chilena, lamentablemente necesitará realizar enormes esfuerzos para superar sus profundas deficiencias. No en vano, de acuerdo a las conclusiones emanadas del Informe de la OMS (2000) publicado con

amplia cobertura por los medios de comunicación nacionales, Chile figura “entre los países del mundo con mayor iniquidad en el financiamiento de la salud” (La Tercera, 2001). En efecto, de un total de 191 países, el nuestro aparece en el lugar 168, ubicándose por debajo de naciones con grandes y gravísimos problemas, como son Kasajstán, República Centroafricana, Haití y el Congo.

El Síndrome de Burnout –que afecta a gran parte del personal sanitario- es una dificultad que está adquiriendo gran relevancia y repercusión en nuestro país, de allí la importancia de la participación de los trabajadores sociales en el diseño y fijación de metas y procedimientos de programas y planes que concurren a la concreción de los grandes cambios en la salud mental que, por cierto, es parte integral de un universo de grandes transformaciones –políticas, económicas y sociales- que deben realizarse en nuestro país y la sociedad toda.

Si no se da la debida importancia a los vitales recursos humanos, nuestra sociedad no llegará a los resultados que se desean. Cuando aumentan las demandas y disminuyen los recursos; cuando se incrementan las presiones por soluciones integrales y aparecen nuevos problemas sociales en aspectos más específicos; cuando hay trabajo nocturno, altos índices de contratación temporal y se exige cada vez más responsabilidad en las tareas, a la par que es más fuerte y exigente

la supervisión de aquéllas; cuando hay sobrecarga de trabajo y un trato cotidiano con personas con altos índices de depresión, con el sufrimiento y el conflicto humanos, ciertamente que el agotamiento emocional, los sentimientos de despersonalización y baja estima en su propia labor profesional –que son el núcleo del Síndrome de Burnout– comienzan a hacer presa fácil a los trabajadores de la salud, y muy particularmente a los Técnicos Paramédicos.

Pero el problema comienza a hacerse más complejo a comienzos de la década de los noventa, cuando el tema de la salud mental aparece ligado a una atención permanente y sistemática de los terapeutas y trabajadores sociales a personas a las que les fueron conculcados sus derechos durante la dictadura militar (torturados, familiares de los detenidos-desaparecidos, encarcelados, exiliados, etc.). Aquí aparece una fuerte presión de parte de la sociedad por una acción de cambio integral, dado que no se trata de prestaciones de asistencia, sino que de que los que recurran a los servicios sociales del Estado salgan convertidos en sujetos con alta autoestima, con un proyecto de vida esperanzador y capacitado para emprender tareas en pro del desarrollo del país y de su realización personal.

Aquí estriba la importancia de esta tesis. Con el abordamiento del tema deseamos saber qué pasa con la identidad del trabajador de la salud, de las condiciones en que desarrolla su trabajo y en particular;

qué sucede con este estrés crónico y su traducción en el Síndrome que tratamos, a qué sectores está afectando más, qué respuestas se requieren para ponerle freno o atenuarlo. Este trabajo, creemos, es uno de entre muchos otros que investigarán este síndrome que amenaza al hombre, para hacerle frente desde diversos ángulos del conocimiento y comportamiento humanos.

De allí, la necesidad de enfrentar integralmente el problema de la salud en Chile: conociendo las limitaciones del país en el campo de la educación, habitacional, previsión social y del empleo, por nombrar algunos, será tremendamente difícil, de no mediar un vuelco total en el aspecto social, político, económico, militar y cultural.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Vivimos en una sociedad donde el estrés, la neurosis, el insomnio, la ansiedad, la depresión y otras enfermedades emergentes son consideradas “propias” de la agitada vida moderna, de la denominada globalización. Y el trabajo, tal como se lo considera hoy, resulta imprescindible, tanto por la retribución económica que comporta, como por el hecho social que contribuye a la realización del individuo como persona y al progreso de la comunidad. Pero este aspecto positivo del trabajo puede acompañarse de otro negativo: las alteraciones del estado de salud derivadas de las condiciones y medio ambiente laborales en las que se desarrolla.

Hoy existen factores de riesgo como carga organizacional, competencia, perfección, productividad y/o alto rendimiento que no fueron considerados hace más de 40 años, porque la realidad productiva, social y política era muy distinta. Si bien el diseño de puestos de trabajos, la selección y capacitación del personal han evolucionado, con la legislación no ha ocurrido lo mismo.

Las excesivas jornadas de trabajo, se han transformado en algo común y rutinario, en otra época, por ejemplo, el descanso dominical y las ocho horas de trabajo diarias eran derechos que nadie ponía en discusión, a la inversa de lo ocurre hoy, cuando laborar 12 horas es

normal y trabajar menos significa, en muchos casos, ser considerada una persona poco productiva.

Las nuevas formas de organización del trabajo presentan escenarios laborales exigentes y competitivos, siendo los profesionales que brindan asistencia a otros, los que son más perjudicados, ya que emplean un tiempo considerable en atender a otras personas que se encuentran a menudo en una situación problemática y donde la relación esta cargada de sentimientos de confusión, frustración, temor o desesperación.

Un estudio recientemente elaborado por los Psiquiatras López y Minnoletti, (2000) en el que compilan investigaciones y se miden las magnitudes y consecuencias de la salud mental de los chilenos, informa que de cada 10 personas con las que nos relacionamos, probablemente cuatro padezcan un trastorno mental a lo largo de la vida y tres de ellas ya lo han presentado en los últimos seis meses. Según los investigadores, entre un 20 y un 25 por ciento de las personas en Chile está teniendo, ha tenido o va a tener un problema de salud mental que requiere tratamiento.

El costo financiero y social es de enorme envergadura, y de allí que es imprescindible que el sistema de salud se modernice para responder a esta situación.

El personal de la Salud en Chile, (profesional y no profesional) trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos pueden ir desde simples contusiones, accidentes caseros, cólicos, intoxicaciones a enfermedades crónicas, traumas agudos, enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales.

Además, dicho personal se enfrenta frecuentemente a variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y amigos, causadas por la problemática de la enfermedad y en otros casos la muerte. Si a ello agregamos el sometimiento en forma prolongada de los trabajadores de la salud a la amenaza de agentes ambientales que se dan en el entorno laboral, que los conduce a un estado de deterioro que va reduciendo sus capacidades de adaptación, sobreviniendo el estrés.

Pero, este constante estrés emocional que afrontan los profesionales de la salud, ya sea en hospitales, servicios de urgencias, consultorios, postas de primeros auxilios u otros centros similares conduce al Síndrome de Burnout, o “estar quemado”, una condición en que el trabajador hace caso omiso de su preocupación por los pacientes, “pierde todos los sentimientos de emoción por las personas con las que trabaja y los trata de manera distante o, más aún, de manera deshumanizada” (Farber,1997:17).

Considerado como un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas –una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo, como son los trabajadores de la salud-, al Burnout se le identifica con el estrés laboral asistencial, una forma particular que experimentan las personas que entraron a un trabajo como el de la salud, con grandes ideales, motivaciones y empeño y sienten, en el transcurso del tiempo, que han fracasado por diversas causas.

El por qué son las profesiones asistenciales las más afectadas por este tipo de Síndrome pasa por una explicación etiológica del Burnout. Es decir, como las profesiones que asisten a personas más vulnerables, tienen una filosofía humanista del trabajo, el choque o trauma que experimentan estos profesionales al encontrarse con un sistema deshumanizado y despersonalizado, y al cual deben adaptarse, puede determinar, en gran medida, el comportamiento de ellos. De allí sólo un paso los separa del Síndrome de Burnout.

Las situaciones antes descritas constituyen una experiencia extremadamente dolorosa para el individuo y un fenómeno muy costoso para la organización donde trabaja y para la sociedad en su conjunto, sobre todo un costo económico por el aumento constante de licencias médicas, lo que necesariamente no sólo repercute en la

calidad del servicio que se ve afectado y en la satisfacción de los usuarios, de los pacientes, sino que trasciende a la calidad de vida y la salud del propio profesional que lo experimenta.

Hoy, de acuerdo a los cánones del sistema económico, la salud tiene que adaptarse a las reglas que impone el mercado. De allí que se discuta frecuentemente la productividad de los trabajadores de la salud del sector público. Al respecto, un estudio de los economistas Tekman y Rodríguez, señala que tal productividad “cae un 55% en los 10 últimos años”; este mismo informe apunta que, pese al fuerte aumento del gasto público en el sector, persiste una deficiente gestión de los recursos humanos, provocada por el ausentismo laboral, el incumplimiento de los horarios y el exceso de licencias médicas.

La importancia de realizar una investigación sobre la incidencia del estrés laboral, y particularmente del Burnout, en un estamento de los profesionales de la salud, el Técnico Paramédico, que es el más masivo dentro de los establecimientos, se sustenta en tales elementos.

El Técnico Paramédico es el profesional de enfermería con el que primeramente se entiende la persona que concurre a un servicio de salud en busca de atención. Desde el punto de vista de la profesión, el técnico paramédico es una persona capacitada para –aparte de cumplir normas y procedimientos administrativos (conducta de entrada y

tareas habituales)- dar cumplimiento a normas de bioseguridad, infecciones intrahospitalarias y esterilización, además de prestar cuidados básicos y atención integral del paciente pediátrico y adulto.

Conjuntamente con lo anterior, el Técnico Paramédico debe ejecutar procedimientos de enfermería y otros definidos para la clínica de tratamiento, administrar medicamentos y tomar muestras para exámenes de laboratorio, amén de otras responsabilidades, entre las que cabe destacar la colaboración que debe prestar a los profesionales, particularmente médicos, en procedimientos de enfermería.

El sujeto de este estudio es el Técnico Paramédico, específicamente el que cumple funciones en el Servicio de Urgencia de la Posta Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, ubicado en el populoso sector de la comuna de Quinta Normal y que tiene una cobertura aún más amplia, ya que, además, otorga prestaciones a usuarios que viven en las comunas de Pudahuel, Lo Prado, Cerro Navia y Renca.

¿Cuáles son las condiciones laborales, sociales y familiares en que se desenvuelven los Técnicos Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil y como inciden estas en el desarrollo del Síndrome de Burnout?

## **1.- OBJETIVO GENERAL**

Describir las condiciones económicas, sociales y laborales que exponen a los Técnicos Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital “Dr. Félix Bulnes Cerda” del Servicio de Salud Occidente de la Región Metropolitana a desarrollar el Síndrome de Burnout.

## **2.- Objetivos específicos**

- a.-)** Caracterizar las condiciones laborales en que se desempeñan los Técnicos Paramédicos.
- b.-)** Indagar sobre el rol familiar que cumplen los Técnicos Paramédicos.
- c.-)** Establecer las condiciones de remuneraciones de los Técnicos Paramédicos y su grupo familiar.
- d.-)** Identificar los espacios de recreación que tienen los Técnicos Paramédicos.
- e.-)** Precisar las motivaciones que hacen que los Técnicos Paramédicos permanezcan en el sistema de salud.

## **HIPOTESIS**

El Síndrome de Burnout se manifiesta en el ámbito de los trabajadores de la salud, particularmente en el estamento de los Técnicos Paramédicos, dadas las múltiples presiones de tipo social, económico y laboral a las que se encuentran sometidos.

## **FUNDAMENTACION DE LA INVESTIGACION**

El personal de la salud –tanto profesionales médico, no médico y auxiliar paramédico- tiene tal recarga traumática y ansiedad asociada a la cercana interacción con el sufrimiento humano y la muerte que ello posibilita, junto a otros factores concatenados, la aparición de determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener implicancias en su capacidad de brindar una atención adecuada al usuario de sus servicios, además de afectar sus relaciones laborales e institucionales y su propio bienestar personal y familiar.

Este trabajo apunta a describir las situaciones que conducen al estrés laboral que afectan a trabajadores paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital “Dr. Félix Bulnes Cerda”, y lograr describir cuales son las condiciones que llevan a este sujeto a adquirir el Síndrome del Burnout.

La baja valoración social de la profesión de Técnico Paramédico y del trabajo que realizan en el sector público de salud hace de ellos individuos con alto riesgo de acceder a enfermedades psicológicas y de paso afectar su bienestar y el de su entorno inmediato, lo que hace interesante el conocer las razones de estos trabajadores para seguir desarrollando sus actividades en la salud pública.

La escasa valoración que la sociedad y el sector público de salud da a los Técnicos Paramédicos se expresa en la forma de bajo nivel de reconocimiento de tales profesionales, en su posición claramente desventajosa en relación a otras ocupaciones en el ámbito de la salud pública y en las menguadas retribuciones tanto pecuniarias como de otro tipo (trato de otros profesionales de la salud, particularmente médicos, enfermeras y matronas, de los directivos), lo que deviene en un estatus social y profesional muy deteriorado.

Los Técnicos Paramédicos no sienten reconocimiento hacia la forma como optimizan los escasos recursos ni la eficiencia de su actividad. Perciben que sus iniciativas no son acogidas por las autoridades ya que deben transgredir la programación oficial para encontrar formas de lograr más efectividad con su trabajo, muchas veces deben tomar medidas de presión para que las autoridades puedan escucharlos.

Ellos perciben que la evaluación de su desempeño se centra fundamentalmente en la cantidad y no en la calidad del trabajo. Este criterio de evaluación se funda en la lógica de la gestión de los servicios públicos que favorece la cobertura y la eficiencia de la atención por sobre la efectividad y calidad. En la práctica la lógica de la cantidad se opone a la de la calidad, percibiendo ellos una contradicción en el discurso de las autoridades.

Existe un aspecto que comúnmente se percibe en los hospitales, que es el relacionado con el sistema de trabajo de turnos y horas extraordinarias, que lleva a un deterioro de las relaciones familiares; estos trabajadores se ven limitados en su vida de pareja, con sus hijos, tanto en las tareas del colegio como las domésticas, aparecen dificultades de comunicación entre los suyos, ya que todas las actividades de la vida cotidiana están organizadas pensando en las personas que trabajan en horarios habituales (diurnos), van apareciendo problemas de coordinación y organización (como son los horarios de comidas, silencio durante el día de sus hijos o familiares, tareas y reuniones escolares etc.).

El desempeño de roles múltiples, madre, esposa, trabajadora y dueña de casa entre los Técnicos Paramédicos que en su gran mayoría son mujeres, hace notoria la falta de ayuda en las tareas domésticas, ya que prevalece en sus hogares un predominio machista, y si a esto le agregamos la escasez económica para la contratación de un servicio doméstico, hace que ella lleve la sobrecarga familiar. También se da con mucha frecuencia que los Técnicos Paramédicos, en su tiempo libre realicen reemplazos u horas extraordinarias tanto en la misma institución donde se desempeñan, como en otras entidades, para obtener recursos económicos adicionales.

Desde el Trabajo Social se debe aportar para el mejoramiento de la salud integral de los sujetos de intervención, tomando en cuenta los diferentes factores que influyen en ella (roles sociales, la normativa vigente, el ambiente laboral, la estructura familiar, tareas domésticas, falta de recreación, la cuestión económica, etc.). Porque esa relación que se da entre factores psicosociales, económicos y enfermedad mental constituyen en nuestra práctica social una preocupación constante, de la cual puede resultar una interesante reflexión teórico-práctica.

También el mejoramiento de la calidad de la salud adquiere cada día mayor importancia en diversos sectores sociales de nuestro país, de allí la importancia de estudiar algunas dimensiones de la estructura social vigente para determinar si el estrés laboral afecta la calidad de la atención del usuario y su incidencia en la relación trabajador de la salud – paciente; si el ausentismo laboral es una consecuencia importante de aquél; y también cuáles serían los síntomas más comunes que afectan al trabajador paramédico en relación a su salud. Lo anterior conlleva el abordar la realidad empírica que se da en el Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, describir, con la mayor precisión posible, las causas que están detrás del estrés en los Técnicos Paramédicos de ese centro asistencial y la relación que existen entre aquéllas y la organización del trabajo y sus relaciones personales y familiares.

Aún cuando en los últimos años se ha invertido en infraestructura y nuevas tecnologías, se ha carecido de una política estatal global de cuidado, preservación y fortalecimiento del factor humano del sector salud, particularmente, que trascienda a la calidad de vida del propio personal y a la población a la cual presta servicios.

Por último, en la actualidad el Síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública y que debe llevar a realizar un análisis profundo de nuestro sistema de salud, que hoy daña tanto la calidad de vida de los usuarios como la de los profesionales que la asisten.

## ESTRATEGIA METODOLOGICA

La presente investigación tiene un carácter descriptivo que se centra en un enfoque empírico - psicosocial que se interesa por la utilidad social que presta.

La investigación pretende describir los procesos de interacción con un propósito: el de generar cambios, relacionados con la calidad de vida, con los problemas sociales que enfrentan hoy en día los Técnicos Paramédicos en su ambiente laboral.

Se trata de un estudio de tipo cuanti-cualitativo, de carácter descriptivo, ya que se realizarán descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los sujetos dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos, reflexiones tal y como son expresadas por los sujetos de investigación y no como uno los describe.

Se utilizará técnicas de carácter cuantitativas y cualitativas.

La técnica de carácter cuantitativa es: **cuestionario**.

Las técnicas de carácter cualitativos son: **Entrevistas en Profundidad y Opinión Criterios de Expertos**.

### **La unidad de análisis:**

Serán las mujeres y hombres que trabajen como Técnicos Paramédicos en el Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

### **Muestra:**

La muestra que se utilizará es No Probabilística, lo que significa que se tomará el total de 31 sujetos que trabajan en el Servicio de Urgencia Infantil. Con respecto a la utilización de la muestra en la investigación cualitativa, no existen consensos con respecto a la utilización o no de ésta, sino que dependerá del investigador.

## **MARCO TEORICO**

## **Capítulo I**

# **EL ESTRÉS Y SU VERSION BURNOUT, UN PROBLEMA NO RESUELTO**

## **1.- EL ESTRÉS Y SU VERSION BURNOUT, UN PROBLEMA NO RESUELTO**

La salud, que es un estado de equilibrio dinámico entre las personas y poblaciones, por una parte, y el ambiente y condiciones en que viven, por la otra, es -según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- en su nivel óptimo, el máximo bienestar físico, mental y social, unido al pleno desarrollo de las potencialidades personales y sociales.

Es la salud ideal, pero cuán distinta es la realidad mundial hoy día.

Sin que exista una definición universalmente aceptada de lo que se entiende por salud mental, puede decirse que ésta implica más que la mera ausencia de enfermedad mental (un individuo psicológicamente sano puede presentar síntomas emocionales en ciertas circunstancias, pero que son los apropiados y proporcionales a la situación dada). La salud mental implica un amplio rango de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes. Ahora bien, quien goza de buena salud mental se siente bien, tolera grados razonables de presión, se adapta a las circunstancias que cambian, disfruta de buenas relaciones personales y es capaz de trabajar de acuerdo con su

capacidad.

Desde una perspectiva institucional, la salud mental puede comprenderse como una actividad específica, como una forma de acción en salud. En tal sentido, la salud mental debe entenderse como uno de los componentes del conjunto de los servicios de salud y de seguridad social destinados a promover el bienestar y a proteger la calidad de vida de la población.

### **1.1 Competencia laboral y consecuencias mentales**

Laboralmente hablando, la salud mental incluye los dos aspectos planteados: por un lado, es factor de **bienestar** y componente de la **calidad de vida**; y por el otro, constituye uno de los campos de acción específicos en la salud ocupacional.

Se puede definir bienestar como un estado mental dinámico, que tiene por característica reflejar una cierta armonía entre las habilidades, necesidades y expectativas del trabajador, y las demandas y oportunidades ambientales y calidad de vida como “el producto combinado del estado de bienestar físico, mental y social” (Levi, 1987)

Junto con la aparición, a comienzo de la década de los noventa,

de esa nueva institución reguladora y articuladora de los mercados internos y externos de trabajo de las empresas, conocida como la **competencia laboral**, emergen consecuencias de suyo preocupantes para los trabajadores y las instituciones estatales y sociales. Esta innovación institucional, que está orientada a crear una capacidad cada vez mayor en el personal para responder con decisiones rápidas y eficaces a situaciones de mercado imprevisibles, trae aparejadas diversas situaciones. (Mertens L,1999).

- a) La competencia laboral genera información sobre capacidades requeridas en el trabajo y sobre aquellas demostradas por las personas.
- b) El mercado de trabajo funciona mejor con tal disponibilidad de información y circulación de la misma.
- c) Los oferentes en el mercado de trabajo conocerán qué capacidades demandan las empresas y organizaciones en general, mientras que estas últimas dispondrán de la información sobre las aptitudes y competencia de los interesados en postular a tal o cual trabajo.

La competencia laboral como institución, en este contexto, corresponde a un marco teórico que señala como una de las causas de

las penurias del mercado de trabajo (el desempleo, el subempleo, los bajos salarios, los horarios recargados, el ambiente laboral enrarecido por las tensiones, etc.) la falta de mecanismos para acceder a una información transparente acerca de las capacidades solicitadas y ofertadas de mano de obra. Al mismo tiempo estima que los mercados de trabajo al interior de las empresas funcionan mal, dado que no pueden identificar ni desarrollar la idoneidad del individuo en relación a la función que debe desempeñar. Agrega que la resultante es un uso y desarrollo ineficiente del recurso humano a disposición de la organización y, por añadidura, una baja productividad y una capacidad competitiva deficiente, lo que se constituye en una amenaza para la fuente de empleo.(Ibid,1999)

Las consecuencias mentales de ese “ambiente laboral enrarecido por las tensiones”, es tratado en un reciente informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre las políticas y programas de salud mental para los trabajadores de Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. Allí se señala que están en franco aumento los problemas de salud mental, llegándose al extremo de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.

La especialista en rehabilitación profesional Phyllis G.(2001),

principal autora del mencionado informe encargado por la OIT, alarmada por la magnitud que están adquiriendo los costos de estas preocupantes tendencias, según el Departamento de Comunicación de la mencionada organización de las Naciones Unidas, señaló el 22 de febrero del 2001 lo siguiente:

*Los empleados sufren desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos e incluso desempleo, con el agravante en algunos casos, del inevitable estigma que lleva asociado la enfermedad mental. Para los empleadores, los costos se traducen en términos de baja productividad, disminución de los beneficios, altas tasas de rotación de plantilla y mayores costos de selección y formación de personal sustituto. Para los gobiernos, los costos incluyen gastos de atención sanitaria, pagos por seguros y mermas de renta nacional.*

El documento de la OIT expresa que la recesión de los primeros años de la década de los años 90 trajo muchos cambios en la sociedad finlandesa y al mercado de trabajo finlandés, tales como un paro elevado, inseguridad en el empleo, contratos de corta duración y apremios de tiempo, cambios que encajaron con el marcado deterioro de la salud mental de la fuerza de trabajo de Finlandia, como indica el informe del organismo internacional.

Por su parte, los trabajadores alemanes, “debido principalmente

a la racionalización y a la rápida introducción de tecnología”, con la cesantía como secuela, han experimentado cambios semejantes en los últimos años, afirma el informe de la OIT. Los cambios afectaron positiva y negativamente: por una parte, redujeron la monotonía y permitieron el desarrollo entre los trabajadores de una creciente autonomía y mayor responsabilidad en la toma de decisiones; por la otra, los crecientes apremios de plazos de realización más estrictos y las mayores exigencias en términos de calidad y cantidad de la producción llevaron a miles de trabajadores alemanes a presentar estrés.

La amenaza de desempleo para los trabajadores del Reino Unido y Estados Unidos fue relativamente menor en los últimos años, aunque ellos también han tenido que enfrentarse a situaciones semejantes debido al despliegue de nuevas tecnologías y métodos de organización del trabajo impuestos por las exigencias de un aumento de la productividad. El informe enfatiza que, como consecuencia de la revolución de la tecnología de la información que se desarrolla rápidamente en Estados Unidos, Francia, Reino Unido y en todas partes, se ha acelerado la competencia, por lo que *“no cabe sorprenderse de que cada vez sean más los casos de discapacidad relacionados con la presencia de dolencias crónicas tales como la depresión y el estrés inducido por el trabajo”*. (OIT,2000)

En relación a Polonia, el documento asegura que, pese a lo bien recibidos que fueron los cambios políticos y económicos, los costos de lo que fue una importante transformación socioeconómica “tuvieron serias ramificaciones para el mercado de trabajo y para el bienestar mental de las personas en la empresa”. Desde entonces, el Estado y la comunidad polaca han desarrollado una importante labor en el campo de la salud mental. La ley polaca sobre Salud Mental adoptada en 1994, que tuvo positivas enmiendas en 1997 y 1999, sustrajo la asistencia de los enfermos mentales a las grandes instituciones aisladas, encomendándosela a instalaciones y programas basados en la comunidad.

Lo descrito en el informe internacional sobre los cinco países, desgraciadamente, se ha generalizado en el planeta. Los trabajadores del mundo, según este documento de las NN.UU., están unidos en la actualidad por el alto nivel de estrés. La desesperanza en el trabajo cunde en América Latina y demás lugares, como consecuencia de la jibarización de las empresas, de las fusiones, los despidos, los contratos a corto plazo y las exigencias de mayor productividad, lo que ha dejado a muchos trabajadores en el mundo entero agotados y al borde de un colapso nervioso. Los trabajadores, *“se enfrentan, como nunca antes, a una serie de nuevas estructuras y procesos organizativos que pueden afectar su salud mental”*, pronostica el informe de la OIT.

De lo anterior, se extrae la conclusión de que la salud y la enfermedad mental afectan directamente la calidad de vida de los trabajadores y la productividad de la empresa. La salud mental de los trabajadores está estrechamente ligada a la satisfacción laboral y ésta, como se sabe, a la calidad de los productos y servicios.

Los problemas de salud mental “tienen una incidencia directa sobre costos y pérdidas como consecuencia de otros problemas de salud asociados, accidentabilidad, ausentismo, deterioro y pérdida de equipos, etc.” .

“La fuerza laboral es la más propensa a los trastornos emocionales más comunes”. Y que “posiblemente afectan a más de 20 por ciento de las personas activas”, constituyéndose, por tanto, en una “realidad insoslayable” (Trucco M, 1993).

La preocupación por la salud mental de individuos y de grupos en el entorno laboral se está transformando o debiera transformarse, por su impacto en la calidad de vida y la productividad, en un componente esencial de la política de salud pública.

## **1.2 Estrés y Salud Mental Ocupacional**

Los efectos negativos del trabajo, así como de otros factores

(ambientales y otras situaciones adversas), tienen en el estrés el fenómeno que los une para su comprensión integral.

De acuerdo a lo conocido hasta hoy, el estrés puede considerarse como el conjunto de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales del organismo ante estímulos o situaciones que significan peligro o son percibidas como amenazantes, ya sea para la integridad biológica o psicológica del individuo. Los factores generadores de estrés pueden ser objetivos o subjetivos. Ello dependerá de las características de la situación específica y de cada persona (experiencia previa, personalidad, vulnerabilidades transitorias o permanentes, etc.).

Tanto en el diario vivir, como particularmente en el trabajo, los individuos experimentan grados de estrés variables. Un cierto grado de tensión es normal y puede ser útil en determinadas labores. Los efectos negativos sobre la salud se expresan cuando la presión, tensión o ansiedad son demasiado intensas (estrés agudo) o prolongadas (estrés crónico), sobrepasando la capacidad de resistencia o de adaptación al fenómeno.

Desde otro ángulo, el estrés aparece en un individuo cuando existe discrepancia importante entre las capacidades individuales y las demandas o exigencias de su medio ambiente (trabajo, hogar,

vecindad, por ejemplo). Se produce también estrés cuando existe divorcio entre las expectativas que tiene el individuo y lo que le ofrece la realidad. Incluso, los conflictos de roles pueden originar estrés.

En la vida diaria, los individuos arriesgan exponerse a diversas fuentes de estrés y son variables sus capacidades y vulnerabilidades al enfrentarlas. Dichas capacidades y vulnerabilidades no son características inherentes y permanentes de las personas, puesto que pueden variar en el curso del ciclo vital y en períodos de crisis o transiciones vitales. De ahí que una misma situación de presión o de conflicto puede tener efectos muy diversos en sujetos diferentes, o sobre el mismo individuo en diferentes momentos de su vida. (ibid, 1993).

### ***1.2.1 Interacción de factores múltiples***

Los seres humanos están sometidos a la interacción de factores múltiples, tanto en el trabajo como fuera del ámbito laboral. Problemas familiares, conyugales o vecinales, la carencia de una vivienda digna, el doble rol laboral de la mujer que trabaja, la falta de espacios recreacionales, entre otros ejemplos, originan tensión y desgaste y, por consiguiente, una mayor vulnerabilidad; si a ello se agregan las dificultades derivadas del trabajo mismo, el problema se complica, por lo que:

*“El resultado de este proceso multifactorial e interactivo puede ser la superación del desafío con la consecuente adaptación. O, por el contrario, la desadaptación se traduce en síntomas subjetivos (tensión, ansiedad, cefaleas, cansancio, dificultades de concentración, etc.); conductas anormales o riesgosas (fumar, beber o comer en exceso, uso de drogas, agresividad, etc.); manifestaciones fisiológicas (taquicardia, tensión muscular, trastornos del sueño, del apetito o de la función sexual y otras); y, en último término, enfermedad”* (ibid,1993: 5:6).

El estrés psicológico, se asocia –sea intenso o prolongado- con enfermedades de diverso tipo: mentales (como la angustia, depresión, alcoholismo), psicosomáticos (lumbago, gastrointestinales), cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria), infecciosas y otras por depresión inmunológica. Por ello, las condiciones estresantes imperantes en el trabajo pueden desencadenar enfermedades que no son consideradas “enfermedades profesionales” (ibid,1993).

El estrés, cuyos orígenes son laborales, puede afectar la calidad de vida y la productividad no solamente porque pone en riesgo la salud de los trabajadores, sino porque la sobrecarga crónica, los trabajos en demasía rutinarios y bajo presión, pueden conducir a estados de fatiga crónica y actitudes de pasividad o alienación; ello se

manifiesta por el menor o casi nulo interés del trabajador por participar en la solución de sus propios problemas laborales o de la convivencia con sus pares. Extralaboralmente, tal pasividad y poco o nulo interés se reflejan en aislamiento, su no participación en actividades sociales o vecinales, su vida familiar se empobrece, con las graves consecuencias que ello conlleva para los hijos. (ibid,1993).

### **1.2.2 *Vertientes de factores de riesgos para salud mental***

Los factores de riesgo para la salud mental ocupacional derivan de dos vertientes: en primer lugar, de las condiciones laborales; y enseguida, de la vulnerabilidad de ciertos individuos o grupos.

En cuanto a las condiciones de trabajo, éstas pueden ser de dos tipos: están aquellas que se relacionan directamente con su actividad laboral:

- a) puesto y empresa (y que tienen más relación con la salud mental: diseño y habilitación de plantas y oficinas; iluminación, temperatura, humedad y olores; ruidos y vibraciones; sustancias químicas, gases y polvos; diseño de puestos de trabajo, instrumentos y/o herramientas, sobrecarga cuantitativa, subcarga cualitativa, falta de control y autonomía, poca valoración de la tarea y carencia de

apoyo social, mal sistema de remuneraciones, clima negativo de la organización etc.);

- b) y las condiciones del sistema social y económico que tienen implicaciones para el trabajo, como son el mercado laboral, vivienda, alimentación, medios de transporte, educación, etc.

### **1.3 Estrés y Productividad**

Abordando la íntima relación que existe entre estos dos elementos –productividad y estrés-, el Dr. M. Acevedo (2001) señala que productividad, de acuerdo al tenor de lo definido por la OIT, es la relación entre la producción obtenida y los recursos utilizados para obtenerla, afirmando a renglón seguido este investigador de la Unidad de Salud Ocupacional del Instituto de Seguridad del Trabajo, que siendo de mayor interés el aumento de la productividad, es decir se obtenga la mayor cantidad de producto con la mínima inversión, aquélla (la productividad) tiene una directa relación con el nivel de vida de los individuos, de la sociedad,

*“porque a través de ella se logra disponer de mayor cantidad de bienes, a menores costos y precios, hay mejoría de los ingresos reales, y en general, un refuerzo de las bases económicas del*

*bienestar humano*". ( ibid, 2001).

Luego de hacer un breve análisis de la productividad, del cómo aumentarla, de la responsabilidad que les cabe al gobierno y a los empresarios, de los pro y los contra, especialmente de los trabajadores que la sienten como una amenaza a su fuente de trabajo, el especialista advierte de la consecuencia directa de tal decisión económica: aparece el estrés, como "fenómeno fisiológico y psico-biológico", que es la "respuesta neuroendocrina y psicológica" del individuo-trabajador. Citando al Dr. Hans Seyle, que a comienzos de la década de los 30 del siglo XX, y siendo estudiante de tercer año de medicina, ya se preocupó de esta "respuesta" del trabajador frente a las presiones endógenas, define al estrés como "*un conjunto de condiciones que se llevan a cabo en el organismo, tanto en la esfera física como psicológica, como consecuencia de exigencias originadas en el trabajo que superan las capacidades de respuesta y de adaptación del sujeto*" (ibid, 2001:5).

La clave del concepto de estrés: "*está en el desbalance entre las demandas y la capacidad de respuesta del individuo. Más aún, se requiere que el sujeto valore que debería poder responder adecuadamente, de modo de poder satisfacer esas demandas. Al no poder hacerlo surge el conflicto*". Hay que considerar, dice, que dada las mismas circunstancias no todos los trabajadores responden de la

*misma forma y no todos van a desarrollar en definitiva un cuadro de estrés. Aquí juegan un rol importante los factores individuales de cada persona, de cada trabajador: éstos pueden proteger o predisponer a enfermar. Es por ello que es posible observar que mientras algunos trabajadores “tienen alto grado de tolerancia a un determinado agente estresor”, otros, por el contrario, “mostrarán un bajo nivel de tolerancia ante éste” (ibid,2001: 5).*

La complejidad de las razones que explican esa tolerancia de unos y la intolerancia de otros, manifestando que se debe a características individuales del sujeto, cuyos orígenes habría que buscarlos en múltiples factores y en la que influye la personalidad del individuo. A modo de ejemplo, el investigador chileno expone:

*“que si bien se acepta que el ser despedido es un estresor universal, la valoración de ese estresor es distinto para un hombre de 55 años, con 4 hijos, salud deteriorada y pagando varios créditos, versus el impacto de ese mismo despido en una mujer de 20 años, soltera, sin hijos, que vive con sus padres, quienes son activos laboralmente”. (ibid,2001).*

#### **1.4 El Estrés como Enfermedad Profesional**

En el mundo, el estrés ha sido incorporado a la legislación respectiva de muchos países como enfermedad profesional, claro que

no como tema de juicio clínico, sino que médico legal o forense. Las Naciones Unidas, a través de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), advierte de los peligros que entraña para la economía mundial si no se adoptan medidas para detener el el estrés laboral: “Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores” (OIT, 1993). Este organismo de las NN.UU sostiene que las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y las aspiraciones humanas, estarán en condiciones de lograr ventajas competitivas (ibid, 1993).

En Chile, el artículo 7 de la Ley 16.744 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social del 1 de Febrero de 1968 que regula el tema, define que “es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de una profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”. Por su parte, el Reglamento de esta Ley enumera las enfermedades que se considerarán como profesionales. Efectivamente, el Decreto Supremo 109 del Ministerio respectivo y fechado a 7 de Junio de 1969 reconoce en su artículo 19, número 13 a las “Neurosis Profesionales incapacitantes” como enfermedad profesional en “todos los trabajos que expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación

de causa a efecto”. En consecuencia, la ley chilena exige tres condiciones para reconocer que el estrés es una enfermedad profesional:

- \* que produzca incapacidad temporal, incapacidad permanente o la muerte
- \* que sea causada directamente por el trabajo u oficio
- \* que sea originada por tensión psíquica excesiva

En Reino Unido, Estados Unidos, España, entre otros, la legislación respecto al tema que se plantea es mucho más avanzada que la imperante en Chile. Si Noruega, con su Ley de Medio Ambiente del Trabajo, en su modificación de 1987, introduce novedades en relación a las condiciones de trabajo que se refiere directamente al estrés ocupacional, Suecia, no se queda atrás; incluso, avanza varios pasos más. Aún es más innovadora al respecto la ley sueca del Medio Ambiente del Trabajo, que en su modificación hecha el año 1991 establece, según Acevedo (2001), citando a Aguayo y Lamas, que

*“Las condiciones de trabajo deberán adaptarse a las diferentes circunstancias físicas y psicológicas de las personas. La tecnología, la organización del trabajo y el contenido del trabajo deberán ser considerados de manera que los empleados no estén expuestos a*

*cargas físicas o mentales que puedan dar lugar a accidentes; el mismo criterio deberá aplicarse a las formas de remuneración y organización del tiempo del trabajo. Debería evitarse o limitarse el trabajo estrictamente controlado o compulsivo”.*

Pese a que la ley chilena, en relación al estrés, perentoriamente señala que debe actuarse preventivamente para evitar este fenómeno social tan preocupante en la actualidad, poco o nada se hace al respecto; todo lo contrario ocurre en países que incluso no contemplando o no reconociendo en su legislación de seguridad social el diagnóstico de estrés o neurosis laboral, desarrollan actividades intensas y crecientes destinadas a prevenir alteraciones de la salud mental de sus ciudadanos protegiendo y desarrollando un cada vez más humano entorno laboral.

## **1.5 El Estrés y su Impacto en la Empresa**

Cuando se habla de empresa, implícitamente se involucra a los servicios públicos, específicamente a los servicios de salud y de la educación, donde el tema del estrés laboral es el pan de cada día de los trabajadores.

En los tiempos que corren, el fenómeno del estrés es de carácter mundial: no existe una sola empresa que esté al margen de este flagelo del tercer milenio.

El efecto del estrés en el rendimiento de los trabajadores en todos los niveles de la actividad productiva y de servicios comenzó a estudiarse a partir de la década de los años 80. En tales estudios, se constató un aumento de bajas laborales por enfermedad, rotación laboral prematura con elevado recambio de trabajadores, pérdidas cuantitativas y cualitativas en la producción con disminución del valor de ésta y demandas y otros tipos de litigios legales o de hecho presentados por los trabajadores en contra de las empresas u organizaciones. Ejemplifica con un hecho: un 40% de los trabajadores ingleses evaluados consideran que su trabajo es “muy estresante” o “extremadamente estresante” (1992), mientras que un 25 por ciento de los trabajadores consideran su trabajo como el principal estresor de su vida (1991). (ibid, 2001).

En un estudio de la Universidad de Yale (1997), un 29 por ciento de los trabajadores se sienten desde “un poco” hasta “extremadamente estresados” por su trabajo. Mientras tanto, en otro estudio, citado por Acevedo, tres de cuatro trabajadores estiman que actualmente se vive más estrés en el trabajo que hace una generación atrás (Princeton Survey, 1997); además opinan que los problemas en el trabajo tienen una relación mucho más estrecha con sus problemas de salud que cualquier otro aspecto de su vida, incluidos problemas económicos y familiares.

Por su parte, el profesor C. Cooper (1992) cuyas opiniones hace suyas Acevedo, se refiere a los costos del ausentismo y las enfermedades relacionadas con el estrés en un seguimiento realizado en diversos países y que aparece en Occupational Stress Indicator Management Guide, Windsor, Nfer-Nelson:

- **Reino Unido:** los costos del ausentismo laboral debidos al estrés en 1987- 1988 alcanzaron los 5.000 millones de libras esterlinas.
- **Austria:** el costo de la indemnización por estrés es el 16% del total de las indemnizaciones.
- **Estados Unidos (global):** las reclamaciones por estrés laboral en 1988 constituyen el 15% del total de solicitudes por indemnizaciones. Cada año se pierde 550 millones de días de trabajo por ausentismo, estimándose que más del 50% está relacionado, de alguna manera, con el estrés. Solamente en el estado de California, los costos de indemnización por estrés mental entre 1985-1987 fueron de 263 y 383 millones de dólares.
- **Países Bajos:** cada día 116 personas (una persona cada cuatro minutos durante la jornada laboral) reciben un diagnóstico de este tipo, es decir, alteraciones psicológicas producidas por estrés laboral.

Al respecto, resulta relevante la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, y refrendada por el Tribunal

Supremo de España (2000), que a su vez confirmaba otra resolución del Juzgado de lo Social de la localidad de Eibar, en tanto cuanto reconocer como accidente del trabajo el Síndrome de “estar quemado”. El mencionado tribunal primario sentenció que en relación a los síntomas de agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico, con sensación de no poder atender debidamente las tareas laborales por sentimiento de inadecuación, incompetencia o ineficacia, diagnosticado como Síndrome de Burnout, cuyo tratamiento precisa cualquier prestación de Seguridad Social. Lo que entonces era considerado como derivado de una enfermedad común, a partir de Febrero de 1999, debe ser examinado dentro de la contingencia, de mejor y más amplia protección, que corresponde a su calificación como accidente del trabajo. Tales hechos se derivaron del reclamo a la justicia realizado por el jefe de un taller de minusválidos a quien se le dio de baja de su trabajo por la contingencia de una enfermedad común que había venido padeciendo desde hace muchos años y tratado como sintomatología de trastornos de sueño, con repetición recurrente de dificultades de su trabajo, lo que, en definitiva, lo incapacitó para ir a su empleo. Pero, en el transcurso del juicio, la defensa del trabajador –diagnosticado por un especialista de “Síndrome de desgaste personal o Burnout”- se basó en la consideración del Síndrome de Burnout como un tipo muy característico de estrés que se da entre profesionales que, como el sanitario, realizan su trabajo en contacto estrecho con otras personas

que, por sus deficiencias, precisan ayuda de otros, y emerge al ver el profesional defraudadas sus expectativas de modificar la situación laboral (Agencia Europa Press, 2000).

Estudios de economía en salud, como el estudio HERO (Health Enhancement Research Organization Research Comitee), al que recurre Acevedo, indagó sobre las relaciones entre riesgo en salud y gastos médicos y llegó a la conclusión que los gastos en cuidados en salud de trabajadores que reportan altos niveles de estrés son alrededor de un 50 por ciento más altos que en aquellos que no tienen tal nivel de estrés.

Las estadísticas sobre la duración promedio del ausentismo, tanto en Estados Unidos y Chile, son relativamente coincidentes: con 20 días en EE.UU. (U.S. Labour Statistics Office) y 21 días en nuestro país.

De allí que sostiene que los promedios son sólo un pálido reflejo de la realidad, pues el rango de variabilidad de la duración del ausentismo es muy amplio, desde uno tan breve como 2 días, hasta uno prolongado como sobre los 100 días.

**Capítulo II**  
**ESTRESORES FISICOS Y PSICOSOCIALES**

## 1. Estrés y Estresores

En referencia a los estresores tanto físicos como psicosociales tienen influencia en el mejor desempeño laboral, los que se pueden categorizar en clases diversas. En cuanto a la capacidad de ser percibidos tales estresores, expresa que los ambientales son “fácilmente identificables” (ruido, polvo, temperatura, humedad, luminosidad, exposición a tóxicos, etc.). En cuanto a los estresores que se derivan de las relaciones interpersonales, ellos son simplemente “identificables” (clima social de una faena, la camaradería o la frialdad, etc.) Ahora, si de los estresores propios del trabajo o de la organización se trata, su identificación es “poco clara” o “difíciles de identificar” (comunicación, motivación, algunas formas de sobrecarga, especialmente cualitativa, problemas de rol, etc.) (Acevedo M., 2001).

### 1.1.- *Factores de Riesgo*

Son numerosos los estresores que conllevan riesgos, entre los más relevantes, se clasifican en:

- \* estresores del puesto y contenido del trabajo
- \* estresores relacionales
- \* estresores organizacionales
- \* estresores físicos - otros estresores

1.- **Estresores del puesto y contenido del trabajo:** se considera a todos aquellos que están más estrictamente ligados con las funciones o tareas propiamente tales.

- Sobrecarga cuantitativa: tener una mayor cantidad de tarea que es la que es posible cumplir en los tiempos o con los recursos (humanos, materiales, de información, etc.)
  
- La extensión de la jornada de trabajo es una forma de presentación de este factor: por ejemplo, los conductores de buses urbanos de la locomoción colectiva de Santiago de Chile trabajan más de 12 horas diarias, con un reposo de tan sólo 4 horas de sueño cada 24 horas. En estas personas se ha detectado elevados índices de cuadros de ansiedad y de trastornos psíquicos en general.
  
- El personal hospitalario sufre con frecuencia prolongación de jornada, ya sea por deber cubrir ausencias súbitas de quien le sucede en el turno o por excesiva demanda de atención por parte de usuarios (niños y adultos mayores en tiempos de mayor contaminación ambiental en Santiago, por ejemplo) o por interés en hacer más trabajo y mejorar su remuneración con horas extraordinarias o doble jornada (en el mismo o en diferentes centros asistenciales).

- Trabajo en turnos, nocturno o con alteración de ritmos biológicos: existen numerosos estudios sobre trabajo en turnos rotativos, los que demuestran los importantes efectos que tiene sobre el organismo humano el trabajo nocturno alternante con trabajo diurno.
- Sobrecarga cualitativa: se refiere a la asignación de tareas que superan las capacidades de formación o entrenamiento, manifestándose, en muchos casos, una sensación de baja autoestima, concentración dificultosa. Afecta principalmente a trabajadores que deben realizar tareas más bien de tipo intelectual antes que físicas.
- Conflicto de rol: resulta de las demandas contrapuestas hechas al trabajador por diversos grupos dentro de su organización; cuando se le exige realizar labores que están fuera de su responsabilidad o nivel de calificación (profesionales o técnicos que son enviados a tareas administrativas, por ejemplo).

2.- **Estresores relacionales**: relaciones interpersonales, relaciones grupales, relaciones con clientes o usuarios y relaciones con pares, supervisores, subordinados.

3.- **Estresores organizacionales:** clima y estructura organizacional, perspectivas de desarrollo de carrera, promoción (sobre promoción y subpromoción), seguridad en el empleo.

4.- **Estresores físicos:** ruido, temperatura, iluminación, vibraciones, exposición a productos tóxicos.

5.- **Otros estresores:** conflicto familiar, conflicto parental o conyugal, estresores legales, etc.

### 1.2.- *Factores Protectores*

A factores de riesgo se oponen los factores protectores, muchos de ellos derivados de los mismos riesgos que se han descrito. Entre otros, se pueden señalar:

1.- Políticas explícitas de reconocimiento por un trabajo bien hecho.

2.- Políticas de producción y de administración de recursos humanos que generen las oportunidades de desarrollo de carrera.

3.- Cultura organizacional que valore al trabajador como individuo.

4.- Una administración cuyas acciones y decisiones son coherentes con la declaración de valores organizacionales.

## **2.- “Quemarse por el trabajo” en profesionales de la salud**

En cuanto a los profesionales de la salud (y de otras profesiones, por supuesto, como profesores, asistentes sociales, etc.), las condiciones donde desarrollan su trabajo influyen significativamente en su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen a los usuarios que concurren a los servicios de salud, de acuerdo a lo señalado por los expertos y los estudios realizados sobre el estrés laboral u ocupacional. La morbilidad, el ausentismo, así como la tasa de accidentabilidad están directamente relacionadas a sus condiciones de trabajo. Asimismo, asociados a los riesgos laborales de su entorno laboral son las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los recurrentes de servicios sanitarios. Pero, particularmente, son los profesionales del sector salud los más propensos a correr los riesgos laborales de origen psicosocial por el hecho de estar relacionados muy de cerca con los usuarios de atención.

El Estrés Laboral y el Síndrome de quemarse por el trabajo forman parte –desgraciadamente están entre los más dañinos- de los riesgos laborales de carácter psicosocial, toda vez que son las causas principales del deterioro de las condiciones de trabajo y fuente de

accidentabilidad y ausentismo.

En relación al Síndrome de “quemarse por el trabajo”, éste se conoce mundialmente en su expresión inglesa como ***Burnout*** o de “***consumición***”, en su versión castellana. En el lenguaje coloquial se utiliza para referirse a los individuos afectados por esta enfermedad mental como se le “saltaron los tapones” o “quemaron los fusibles”. Este Síndrome es definido como una respuesta al estrés laboral crónico cuya composición son las actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, con los usuarios y hacia el propio rol profesional, así como la sensación de encontrarse agotado emocionalmente.

La combinación de múltiples variables de tipo físicas psicológicas y sociales generan el estrés en los profesionales de la salud. Ellos se ven afectados por diferentes estresores como la escasez de personal, lo que supone sobrecarga laboral; el trabajo en turnos; trato con usuarios problemáticos; contacto directo con la enfermedad, el dolor y con la muerte; con funciones y tareas no claramente especificadas, lo que trae como resultado conflictos y ambigüedad de rol; falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones; cambios tecnológicos, etc.

Según Gil-Monte y Peiró (1997), la clasificación de estos

estresores hace posible la identificación de cuatro niveles:

- a) Nivel individual: en este nivel, los profesionales imbuidos de profundos sentimientos de altruismo e idealismo se implican excesivamente en los problemas de los usuarios y para ellos, la solución de los problemas de salud es un reto que se plantean personalmente. Si fallan ellos u otros de su entorno, se sienten culpables, lo que redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento personal.
  
- b) Relaciones interpersonales: en este plano, cuando las relaciones son tensas, conflictivas y prolongadas con los usuarios y con los compañeros de labores (de igual o diferente categoría), aumentan los sentimientos de “quemarse por el trabajo”. Este mismo sentimiento aparece cuando no hay apoyo en su entorno laboral de parte de los involucrados (pares, subordinados o jefes).
  
- c) Nivel organizacional: desde este punto de vista, los profesionales de la salud por el hecho de laborar en organizaciones que funcionan acorde al esquema de una burocracia profesionalizada, sufren las consecuencias de la inducción de problemas de coordinación que afectan a todos

sus miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la rapidez de las innovaciones incorporadas, además de las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Ello da como resultado la aparición de estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

- d) Finalmente, en el entorno social se ubican las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, condiciones que actúan como desencadenantes de los estresores (ejemplo: la dictación de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, cambios en programas de formación y educación, nuevos procedimientos en la realización de funciones y tareas, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles, pérdida de estatus y/o prestigio ante la población o ante otras profesiones, aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas de servicios por parte de los usuarios y población en general, etc.).

### **3.- Burnout desde la perspectiva del estrés laboral**

Conforme transcurre el tiempo, aumenta la cantidad de personas que debe retirarse temporal o definitivamente del trabajo debido a una situación de estrés generada en y por el entorno laboral. Es lo que en psiquiatría se conoce como el Síndrome de Burnout. Se trata de un proceso dinámico en el que intervienen variables del organismo que son interactuantes entre sí cuando perciben o tienen la percepción de una situación amenazante y su propia capacidad para afrontarla. Existiendo varias formas de estrés, éste, provocado por la situación laboral, también conocido como estrés profesional, es de los más comunes entre los médicos, personal paramédico (enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, etc.); profesores, funcionarios de Prisiones, choferes de la locomoción colectiva, trabajadores sociales, entre otros. Como la razón de ser de estas profesiones es prestar servicios a los usuarios (enfermos, estudiantes, personas privadas de libertad, pasajeros o personas con delicados problemas socio-económicos, respectivamente, por ejemplo), la característica principal de aquéllas es el contacto directo y constante con las personas a las cuales van destinados todos aquellos esfuerzos por satisfacer sus requerimientos.

El Síndrome de Burnout, entonces, es una respuesta al estrés laboral crónico que resulta especialmente en los límites laborales de

tales profesiones prestadoras de servicios. Estimado el Burnout como un paso intermedio en la relación *estrés – consecuencias del estrés*, si éste permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá serias consecuencias para bienestar mental y físico del individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicósomáticas (úlceras, jaquecas, dificultades para dormir, irritación, etc.) y para la organización (rendimiento deficiente, ausentismo, retiro prematuro etc) (Gil-Monte et al,1997).

Entendiendo el estrés como una desarmonía o desequilibrio apreciado entre lo exigido por el medio o por el propio individuo y la aptitud o capacidad para responder del ser humano, se ha confeccionado un modelo donde el Síndrome de Burnout o quemarse por el trabajo es considerado como respuesta al estrés laboral. Se ha definido o reseñado un perfil de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Burnout: se trata de personas idealistas, optimistas y entregadas excesivamente al trabajo (personal de la salud, fundamentalmente), a aliviar las dolencias o problemas de los pacientes, incluso a absorberlos, internalizándolos, sufriendo con ellos, viendo cómo, a la par, sus esfuerzos no son los suficientes por las limitaciones científicas, tecnológicas y/o laborales. Este Síndrome se presenta con más frecuencia en personas del sexo femenino, con poco o nulo apoyo familiar o sin incentivos profesionales y de desarrollo personal y durante los primeros años de ejercicio profesional.

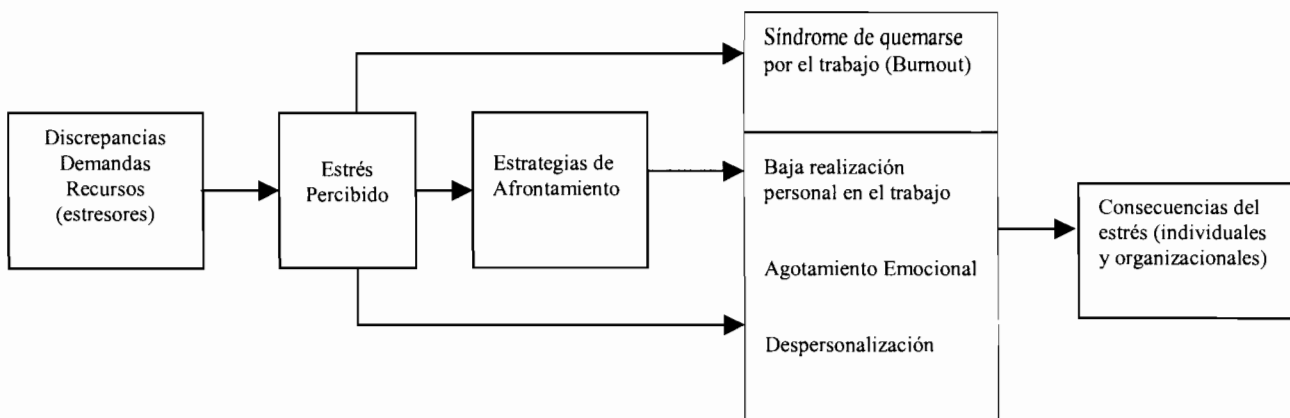
Los sentimientos de *Baja Realización Personal y Agotamiento Emocional* responden a negativas o fracasadas estrategias para afrontar el síndrome de quemarse por el trabajo que traen consigo la frustración profesional y también en el ámbito de las relaciones interpersonales con las personas con las que se trabaja y con aquellas a las que se pretende ayudar. Los primeros sentimientos se entienden como la tendencia de los profesionales a evaluarse en forma negativa lo que produce un descontento consigo mismo e insatisfacción con su cometido profesional. Y los segundos se refieren a que los trabajadores perciben que les es imposible dar (o recibir) afecto; se sienten emocionalmente extenuados, acabados, como consecuencia del agotador trabajo diario, al contacto permanente y muchas veces estrecho con el usuario de sus servicios.

Ante tan encontrados sentimientos, el individuo/trabajador desarrolla actitudes de *despersonalización*: es la forma que adquiere su lucha para afrontar el fenómeno, entendiéndola como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, las que son vistas por tales profesionales de forma deshumanizada y a las que imputan de todos sus males.

Por lo tanto, si al sujeto/trabajador le es imposible afrontar con éxito los estresores, aún utilizando estrategias activas o focalizadas en

lo emocional o de cualquier otro tipo, éste –toda vez que no los puede eludir por las condiciones de su mismo trabajo- expansiona o acrecienta sentimientos de **agotamiento emocional**, **baja realización personal** y, ulteriormente, disposiciones o actitudes de **despersonalización**.

**MODELO PARA INTEGRAR EL BURNOUT DENTRO DEL PROCESO DE ESTRÉS LABORAL (Gil-Monte y Peiró;1997).**



Debido a que para estos profesionales el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia e impersonales hacia los usuarios, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos:

El primero de ellos de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario y, por lo tanto, realizar sobre éste todo tipo de acciones negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos.

El segundo tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio” (ibid,1997:19).

X

**Capítulo III**  
**DESARROLLO HISTORICO DEL CONCEPTO**

## 1.- Desarrollo del origen del Síndrome de Burnout

Sobre el origen del Burnout fue en los años 70 y en los Estados Unidos donde se publicaron los primeros artículos (Freudenberger, 1974 y 1975; Maslach, 1976), y tuvo un carácter social. Freudenberger, Psicólogo clínico en 1974, trabajó en una institución de salud donde observó “que muchos de los voluntarios con los cuales trabajaba experimentaban un grado de agotamiento emocional y una pérdida de motivación y compromiso con el trabajo”.

El postuló que “generalmente este proceso toma algunos años en aparecer y se acompaña de una variedad de síntomas mentales y físicos”.

El lo describe clínicamente el fenómeno detectado, se le denomina y diferencia de otros similares como “Burnout” (fundirse)

Posteriormente, en la década de los ochenta, los trabajos sobre el Burnout se centraron en la investigación empírica, focalizándose en los factores laborales como la satisfacción en el trabajo, estrés, retiro laboral, expectativas laborales, relaciones con compañeros de trabajo, supervisores y usuarios, sobrecarga de pacientes, tipo de cargo, tiempo en el trabajo, etc. Se abordaron también los factores personales, en su mayoría variables demográficas (edad, sexo, estado civil, etc.) y

variables de personalidad, salud, relación familiar y de amistad, valoración personal y compromiso (Maslach et al,1993).

Como consecuencia de lo anterior, se produjo un significativo avance en cuanto al desarrollo teórico del Burnout, a la par que existen aproximaciones diversas a dicho concepto que entienden este fenómeno a partir de diversos marcos teóricos.

### ***1.1. Aproximación Psicosocial***

Mientras que para Freudenberger (1971), con su Aproximación Clínica, el Burnout es fundamentalmente consecuencia de una desafortunada interacción entre personas que prestan servicios de ayuda extremadamente apasionados y clientes extremadamente necesitados, para Christina Malach –quien ha desarrollado y presentado el modelo teórico más consistente y aceptado del burnout, desde una perspectiva psicosocial- la relación del estrés con el rol profesional, especialmente en la sobrecarga laboral, puede llevar al trato deshumanizado de los pacientes o usuarios. Su preocupación la centraba en los procesos emocionales, focalizándola en los procesos de categorización cognitiva de los estados emocionales experimentados por trabajadores de servicios; en otras palabras, cómo las personas que ayudaban a otras, categorizaban, procesaban y lograban controlar sus propios estados emocionales con tal de lograr

una mejor y más calificada atención. Se preocupó del modo a través del cual la gente alcanzaba el máximo nivel emocional en el trabajo, destacando principalmente las estrategias cognitivas de enfrentamiento (Esparza et al, 1995).

La articulación de su modelo, la comienza Ch. Maslach identificando dos conceptos inicialmente, dando paso, con posterioridad, a un tercero:

- a) Asunto separado: que se refiere al ideal médico de mezclar compasión con la distancia emocional, evitando el sobre-involucramiento con la situación del paciente.
- b) Deshumanización en defensa propia: proceso de protegerse uno mismo de sentimientos abrumadores, respondiendo a los pacientes más como objetos que como personas (Maslach en Figueroa, 1997).
- c) Autoimposición de la competencia profesional.

Maslach (1982), a partir de su trabajo en terreno, se dió cuenta que este fenómeno no era exclusivo de los profesionales de la salud, sino que abarcaba una gama más amplia de ocupaciones, donde el foco de trabajo es proveer servicio y ayuda a la comunidad necesitada.

Por otro lado, Pines y Cols (1981), seguidores de esta misma línea, describen el Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, cuyas características son el cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y el desarrollo de un sinnúmero de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y las personas. Acompañando a los problemas físicos –dolores de espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales, así como una combinación de cansancio y trastornos del sueño- están los síntomas propios del cansancio emocional, los que dicen relación con sentimientos de depresión que en casos extremos pueden llegar a la enfermedad mental y a pensamientos de suicidio. Este cansancio psíquico, por tanto, se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida en general, lo que incluye una baja autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia (Moreno, 1991).

Ayala Pines y Maslach (1993), trabajando individual y/o colectivamente, recogieron datos de una gran cantidad de trabajadores en diversos tipos de profesiones de servicios a personas, con el propósito de investigar el burnout mediante el intento de identificar las condiciones ambientales específicas que pudieran posibilitarlo. Los mediadores específicos (el más importante resultó ser el apoyo social), el impacto mitigador de los eventos estresantes, y síntomas específicos (los variados tipos de distanciamiento emocional son los

más relevantes) fueron los fenómenos que caracterizaron el burnout a través de la amplia variedad de grupos profesionales. Utilizando tanto entrevistas como cuestionarios, ambos investigadores identificaron tres dimensiones fundamentales: *Agotamiento Emocional* (sentirse exhausto, gastado), *Despersonalización* (sentirse “endurecido” emocionalmente, tratando a los usuarios o clientes como si fueran objetos impersonales) y *Ausencia de Logro Personal* (sentirse no efectivo e inadecuado).

Luego de la articulación de su modelo, en el que identifica los tres conceptos ya nombrados, Maslach propone otro compuesto del Síndrome de Burnout, el Modelo Multidimensional, en el que se distinguen tres dimensiones:

1.- *Agotamiento físico y/o psicológico emocional*: sentimiento de estar emocionalmente sobrepasado y agotado en los propios recursos emocionales y “no poder dar más de sí mismo” a los beneficiarios del servicio entregado (en Salgado et al,1997).

2.- *Despersonalización*: referido a la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia los pacientes, la que se traduce en una respuesta negativa, distante y fría, incluso cínica, hacia ellos, empleándose, además, etiquetas despectivas y generalizadas, lo que incrementa la irritabilidad y manifestándose una considerable pérdida

de motivación hacia su trabajo (Salgado et al,1997).

3.- *Reducción del logro personal*: referido al declinamiento en el propio sentimiento de competencia y en la realización exitosa de su propio trabajo. Las demandas exceden su capacidad para atenderlas en forma debida (ibid,1997).

La importancia del modelo planteado estriba en que éste debiera permitir obtener hipótesis más relevantes, tanto sobre las causas sociales y personales, como sobre las consecuencias de cada uno de estos componentes en los sujetos. Otra ventaja es que subraya la variedad de reacciones psicológicas a un trabajo que pueden experimentar distintos profesionales (Maslach, en Shaufeli et al, 1993).

Contrastando con Freudenberg, quien planteó que una intensificación en el esfuerzo laboral es respuesta a la frustración y el estrés, Maslach enfatizó en el agotamiento emocional y el desvinculamiento de los trabajadores. “El profesional que trabaja intensamente con otros –distingue Maslach en su artículo original de 1976- tiende a afrontar su estrés por medio del distanciamiento que no sólo daña a sí mismo sino que, además, daña a todos nosotros, como sus clientes”. El constante estrés emocional que afrontan los profesionales que laboran en los servicios de ayuda (v.gr., hospitales,

consultorios de urgencia, etc.) conduce al burnout, una condición en que el trabajador “pierde la preocupación, todos los sentimientos de emoción por las personas con las que trabaja y los trata de manera distante o, más aún, de manera deshumanizada” (Farber,1997:17).

El burnout está marcado por el desarrollo de un autoconcepto negativo en los trabajadores, quienes se sienten culpables, incompetentes e inadecuados y encuentran dificultades para sentirse bien ellos mismos, tanto en el trabajo como en el hogar.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981/1986) marcan una etapa al crear el Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), instrumento que se utiliza frecuentemente para medir el burnout, independiente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. Esta medición fue diseñada para evaluar los tres componentes del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal. Lo componen 22 ítems divididos en tres subescalas. Los ítems están escritos en forma de afirmaciones sobre sentimientos personales o aptitudes y son respondidos en términos de frecuencia en correspondencia a sus propias experiencias.

Resumiendo, los tres autores señalan que el Burnout afecta a aquellos profesionales que comienzan su carrera con mucho idealismo y entrega a los demás. Sin embargo, difieren cuando describen al

profesional “quemado”. Freudenberger ve a los individuos quemados como “aún conscientes y trabajadores esforzados” (aunque de manera mecánica), mientras que Maslach y Pines ven al mismo individuo como “no teniendo nada más que dar” (Pines y Aronson, 1981:15) y “no valiendo nada más” (Maslach, 1976, en Farber 1991:16).

## **1.2. *Perspectiva Social e Histórica***

En todos los estudiosos del Burnout está presente el tema social como influyendo en lo causal de este Síndrome, pero es Seymour Sarason quien ha abordado con mayor profundidad la relación existente, afirmando que “el burnout nunca es una característica de un individuo, sino más bien, es un complejo de características psicológicas que reflejan los rasgos de una extensa sociedad” (ibid, 1983:7).

Seymour Sarason, investigadora de la Universidad de Yale, donde ha desarrollado sus principales trabajos sobre el Burnout desde la perspectiva social e histórica, señala que, luego de la Segunda Guerra Mundial con sus secuelas de destrucción, muerte y miseria, y como resultante de la fragmentación social y el desarraigo, el trabajo de servicio a las personas se profesionalizó, burocratizó y se hizo más distante la relación entre el que presta ayuda y el receptor de ella.

Comenzaba a pavimentarse el camino para el Burnout: miles de trabajadores prestadores de servicios, con grandes expectativas y casi carentes de autonomía, laboraban en un sistema impersonal y burocrático de organizaciones o agencias gubernamentales o privadas, en el que no tienen intervención ni menos el control en la formulación e implementación de sus políticas esenciales.

El individualismo lleva a una sensación general de alienación y desconexión e impide, la formación de un sentido psicológico de comunidad o, aún más, de un sistema de apoyo que pueda mitigar el estrés y prevenir el Burnout. Para los profesionales “quemados”, particularmente aquellos con años de experiencia, que se sienten “atrapados” por un sistema individualista, la sensación de frustración crece y el burnout aumenta. (ibid,1991).

Desde esta perspectiva, se plantea que las circunstancias cambian de acuerdo a las condiciones económicas y sociales imperantes en un momento histórico dado. Por tanto, el grupo de profesionales que presta servicios se ve afectado o favorecido de acuerdo a ello, de allí que las percepciones de tales profesionales respecto de su trabajo cambien en la medida como cambia la manera en que la sociedad asigna un estatus, dominio y autoridad a esta profesión en particular. Y dada la realidad imperante, ellos se vuelven propensos al estrés y el Burnout. De allí lo difícil que resulta mantener el compromiso en el

trabajo de servicio a personas cuando las condiciones sociales no proveen un contexto o ambiente que conduzca a desarrollar una preocupación más acentuada por otros.

### **1.3. *Aproximación al campo de la Salud***

Investigadores del Burnout han observado este fenómeno siguiendo atentamente el trabajo que desarrollan los profesionales de la salud, particularmente a aquellos que tratan a los enfermos de sida.

Es el caso de Donna C. Aguilera (1993) quien define el Burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y de propósitos, experimentado por personas de profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo. Estas condiciones pueden incluir un entrenamiento insuficiente, sobrecarga de pacientes, muchas horas de trabajo, poca remuneración, pacientes desagradecidos, coerción burocrática y la distancia entre las expectativas y los logros obtenidos en el trabajo” (Aguilera, 1993, en Figueroa, 1997:13).

Desde la perspectiva del fenómeno, la investigadora aborda el (a) ***aspecto laboral***, puntualizando algunos factores estresantes del área (disponibilidad de tiempo completo hacia el trabajo por parte del profesional de la salud, impredecibilidad de su trabajo, alto número de pacientes asignados, elevadas tasas de turnos, poco apoyo emocional

y/o profesional). Otro aspecto que encara la investigadora como otro de los causantes de la aparición del síndrome es el (b) *individual*, identificando dentro de éste dos factores. El primero de éstos es la inexistencia de límites psicológicos que separen las vidas de los profesionales de la salud de las de sus pacientes o que estos límites estén débilmente definidos. En tanto, el segundo está referido a las metas y expectativas irreales de los profesionales, que les predisponen a la frustración y el Burnout (ibid,1997).

#### **1.4.- *Perspectiva Organizacional***

Tanto fuertes relaciones usuarios/equipo como largas horas de contacto continuo y directo con los clientes están positivamente relacionadas con variados índices de estrés y Burnout. Es lo que Maslach y Pines encontraron en sus investigaciones y fue lo que les hizo sostener que las características del trabajo son los determinantes primarios para que una persona tienda a desarrollar el Burnout.

Por su parte, Cherniss, apoyándose en el trabajo de Seymour Sarason, de la Universidad de Yale, focalizó su estudio del problema en dos aspectos: en la naturaleza de la organización y en el ambiente sociocultural en el que los trabajadores laboran; lo hizo para demostrar cómo estos rasgos contextuales distintivos pueden afectar la respuesta de una persona hacia su trabajo. A partir de sus investigaciones sobre

el estrés laboral en trabajadores que realizaban labores de servicio público, llevadas a cabo en 1960, esta autora llegó a la conclusión que las fuentes del burnout existen a nivel individual, organizacional y social. Opinó que los conflictos entre la administración y el personal son prácticamente inevitables, por lo que los profesionales –para poder funcionar eficazmente- deben aprender a manipular el sistema. Para Cherniss “muchas expectativas individuales con respecto al trabajo son poco realistas y, por consiguiente, conducen a sentimientos de desilusión y burnout” (Cherniss, 1976, en Farber,1991:15).

El estrés psicológico, que es inherente a ciertos trabajos, según Cherniss, es inevitablemente exacerbado por dos factores: los cambios sociales que mantienen el rol de la profesión en permanente sobresalto y “el reto de existir en una burocracia tratando de proveer un servicio básico a las personas” (ibid:15).

Que el burnout es esencialmente causado por un desequilibrio entre lo que el trabajador siente que está dando y lo que percibe está recibiendo de vuelta es a la conclusión a la que llegó Cherniss, al igual que otros investigadores. Tal desequilibrio, enfatizó la autora, puede ser catalizado por dos situaciones completamente diferentes: un medio ambiente donde el individuo es sobre estimulado o uno donde el individuo tiene sólo una limitada estimulación y reto.

“Cuando el profesional experimenta estrés y tensión que no puede aliviar a través de la activa resolución de problemas” es cuando el Burnout comienza, sostiene Cherniss, para quien los síntomas asociados con el Burnout son similares a los que proponen por Freudenberger, Maslach y Pines. Cherniss, particularmente, se dio cuenta de tres patrones de cambios en los profesionales que tienden al Burnout:

- las personas pierden la simpatía y la tolerancia hacia sus clientes y tienden a culparlos de sus propias dificultades;
- pierden su propio sentido de idealismo y optimismo hacia el cambio, y
- aumentan el mirar fuera del trabajo para tratar de satisfacer sus existencias.

Tal como Maslach, Cherniss propuso tres factores causantes del fenómeno del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal, que son independientes y no pueden ser asumidos como un resultado único del Burnout.

Esta investigadora señaló que los tres patrones identificados no necesariamente concurren. Ellos, simplemente, representan tres

posibles respuestas a un trabajo estresante, frustrante y monótono en las profesiones de ayuda.

Cherniss, y Kranz (1983), sin embargo, no concuerdan con Freudenberg, quien propone que el burnout es una enfermedad de sobrecompromiso. Ambos sostienen que el Síndrome es consecuencia de “la pérdida del compromiso y propósito moral en el trabajo” (Farber, op.cit:17).

## **Capítulo IV**

# **DEFINICION DEL CONCEPTO DE BURNOUT**

## 1.- Concepto Síndrome de Burnout

Podemos decir que hace poco más de 20 años se comenzó a trabajar sobre el constructo Burnout. La mayoría de los autores verán en él un sinónimo de estrés ocupacional, aunque no hay ninguna definición que sea unánimemente aceptada.

Dentro de las definiciones propuestas para el Síndrome Burnout podemos citar las siguientes:

a.- *“sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por*

*exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Freudenberger; 1974:160)*

b.- *“Síndrome Psicoemocional que afecta de manera especial a los profesionales de servicios humanos. En líneas generales se considera que el trabajo de atención directa a determinados grupos humanos conlleva una tensión añadida específica, creando problemas psicoemocionales a quienes las ejercen. El propio ejercicio de la profesión puede constituir un camino hacia la destrucción personal, afectando negativamente al rendimiento y la asistencia que se ofrece y haciendo necesario la adopción urgente de medidas” (Maslach, 1977, en Filgueira, 1994).*

c.- *“Una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar” ( Maslach y Jackson, 1981 en Filgueira, 1994).*

d.- *“ En concreto, el término hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda: médicos, enfermeras, maestros, policías y en general aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo” (Moreno et al,1990).*

e.- *“Un estado de decaimiento físico, emocional y mental; caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. Así el componente de cansancio físico es caracterizado como una mayor susceptibilidad a la enfermedad, dolores de espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales, así como también una combinación de cansancio y trastornos del sueño. Acompañando a estos problemas físicos están los síntomas propios del cansancio*

*emocional; estos se refieren a sentimientos de depresión que en casos extremos puede llegar a la enfermedad mental y a pensamientos de suicidio. Finalmente el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida en general; incluyendo una baja de la autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia” (Moreno et al,1998).*

f.- *“Síndrome de cansancio físico y emocional que involucra el desarrollo de un concepto negativo de sí mismo, una actitud laboral negativa, y una pérdida de preocupación hacia los clientes” (Kahn, 1993).*

g.- *“Síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Sensación de reducido Logro Personal; y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción laboral”. (Esparza et al, 1995).*

El estrés y la tensión asociada a los trabajos asistenciales ha sido un hecho conocido desde siempre.

*Si cualquier trabajo causa y produce estrés, trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar, cansa doblemente. (Chacón M,1997)*

También la mayoría de los autores reconocen 3 dimensiones fundamentales en este fenómeno:

- \* Cansancio emocional
- \* Despersonalización
- \* Falta de realización personal



## **1.2.- Burnout en Enfermería**

La enfermería en general se ha caracterizado tradicionalmente por ser un trabajo competente y abnegado que exige amor y vocación, pero este personal de enfermería realiza un trabajo donde el estrés es un factor que está presente en la rutina diaria. Este personal está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional, como propios de la tarea que han de realizar. Estas características hacen que el Síndrome de Burnout tenga una incidencia relativamente alta en este personal. (ibid,1997).

El personal de enfermería, particularmente los Técnicos Paramédicos, es el primero que trata con los usuarios al concurrir éstos a hospitales, consultorios, postas o servicios de urgencia. Estos trabajadores de la salud son los que presentan la cara externa inmediata del servicio de atención de salud: ellos reciben y otorgan la ayuda inmediata al niño con bronquitis aguda, al trabajador herido en accidente, a la madre que va a dar a luz, al moribundo, al enfermo de un ataque de histeria, etc. Son los que al interior del servicio de salud están en íntimo contacto con los pacientes, son los que hacen cumplir las indicaciones de los especialistas médicos y los que se preocupan, hasta el último día, de que la estadía de una persona en el recinto de salud sea la mejor posible dentro de las limitaciones propias de los servicios de salud, particularmente de los estatales.

El hecho de trabajar con pacientes significa para el personal de enfermería que lo realiza, un doble reto, en tanto implica no solamente un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal en el cual quiera o no quiera, se afectan sus propias emociones y necesidades.

En el personal de enfermería, las labores íntimas del cuidado diario del paciente pueden crearle un fuerte lazo de unión, pero también pueden generar sentimientos contrarios que afectan su normal desarrollo. (íbid,1997)

En los servicios de urgencia la masificación de pacientes produce serios problemas de atención, ya que normalmente se atiende a pacientes en situación límite, estos trabajadores están mucho más expuestos a un nivel de estrés.

Este personal está expuesto a reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira que, además de afectarlo, pueden entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con aquellos.

La realización del trabajo de enfermería necesita de un control mental y emocional de mayor rigor y también de un compromiso personal con los que asiste y su familia.(ibid,1997).

Es importante decir que los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos (hospitales, consultorios y postas) cumple con funciones operativas que se traducen en la ejecución coordinada de acciones integradas de fomento de promoción y protección relativa a las personas y al ambiente y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas, conforme a los programas y subprogramas establecidos en el nivel central.

Dentro de este esquema se encuentra el Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, quién debe atender a una

población asignada de 440.910 mil habitantes, con una dotación de recursos humanos de 84 funcionarios distribuidos en:

<b>Dotación de personal</b>	<b>Nºs de cargos</b>
Médico Jefe de Servicio	01 (2 cargos)
Médicos	28
Enfermera Supervisora	01
Enfermeras	09
Técnicos Paramédicos	31
Auxiliares	08
Administrativos	01
Choferes	04

En los Servicios de Urgencias la alta concurrencia de los usuarios produce serios problemas de atención correcta e individualizada. Hay una sobredemanda de atención por parte de una población que es, en ocasiones, superior a la capacidad del servicio.

Los profesionales del área de urgencia, se encuentran expuestos a otros factores precipitantes que los haría más proclives al Burnout:

- El elevado número de pacientes de deben atender
- La gravedad de las enfermedades
- La cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes
- El intento de abordar la enfermedad sin limitarse a los tratamientos

de orientación organicista.

- Fuertes presiones de atención tanto de los usuarios como de sus familiares.
- Extensas jornadas laborales y turnos rotativos.

Durante las VII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública, realizadas en España el 2001, se hizo público un “Estudio del Síndrome de ‘estar quemado’ (Burnout) en Personal de Enfermería” realizado por Blanca Alcaraz, y otros. En él se consigna que el mencionado síndrome de desgaste profesional se ha transformado en un grave problema social y de salud pública que afecta a miles de trabajadores españoles, sobre todo a aquellos cuyas profesiones requieren una profunda interrelación entre los profesionales y las personas hacia las que va dirigido su trabajo. Señalan que el objetivo de su estudio apuntó a correlacionar los tres ejes en los que se basa el Modelo de Inventario de Maslach (“Maslach Burnout Inventory”, MBI): Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal y de las distintas variables sociodemográficas y laborales en el personal de enfermería de varios hospitales españoles y observar su repercusión en tales profesionales.

Los resultados del estudio descriptivo, realizados en una población de enfermería de cinco centros de salud (Clínica San Rafael, Hospital Santa María del Puerto, Hospital Virgen de las Montañas,

Hospital Virgen del Camino y Hospital “El Escorial”), precisan que:

*“De los 112 individuos estudiados, 93 eran mujeres (83%) y 19 eran hombres (17%), de edades comprendidas entre los 21 y los 63 años, con una media de 33,14 años de edad.*

*“Aproximadamente la mitad, un 48,2% están solteros y casi la otra mitad, un 43,8% están casados y un 0,9% son viudos. Un 39,28% tienen hijos, con una media de 2 hijos por persona.*

*“Entre los aspectos laborales, la mayoría, 98 encuestados, son enfermeros (87,5%) y un 4,5% son matronas.*

*“Tienen a su cargo entre 4 y 40 enfermos, con una media de 19,5 enfermos por cada enfermero. Estos dedican a los enfermos una media de 6,4 horas al día, teniendo en cuenta que trabajan una media de 36,7% horas a la semana.*

*“Un 67,9% de los encuestados no utiliza el ordenador en su trabajo y un 60,7% no toma habitualmente ningún medicamento.*

*“De los síntomas que se han tomado como referencia (cefalea, insomnio, molestias gastrointestinales, síntomas cardiovasculares, dolores musculares y óseos, nerviosismo y pérdida de peso, el que con frecuencia padece el personal de enfermería es la cefalea (51,8%), seguido de los dolores óseos y musculares con un 25%, nerviosismo con un 15,2% e insomnio con un 14,3%”. (Alcaraz Blanca, et al, 2001: 5:6).*

### **1.3.- El “desgaste profesional”: nuevo mal ataca a los Trabajadores de la Salud**

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y publicado al finalizar 1997 – denominado “Estudio del perfil socio-familiar y socio-laboral de los recursos humanos del sector público de salud desde una perspectiva de género”- ya advertía sobre las causas de una enfermedad que comenzaba a afectar a los trabajadores que trabajan en los hospitales públicos. Agotamiento, angustia, nerviosismo, trastornos musculares, lumbago –según tal estudio- son los que más frecuentemente atacan a trabajadores de los hospitales estatales, lo que hace que el 60% de las mujeres y el 46% de los hombres hayan pedido licencia médica en 1996. En la salud del trabajador de la salud pública repercute con dureza las condiciones laborales, la carga de trabajo y el entorno familiar.

De acuerdo a las impactantes conclusiones del mencionado estudio, el 65% de los trabajadores de la salud labora más de las 8 horas estipuladas en su contrato de trabajo: ello revelaría carencia de personal y que otros funcionarios suplen a los que están ausentes. El informe del Ministerio de Salud señala que “llama la atención que casi un 45% de los hombres realiza otro trabajo remunerado”, lo que está demostrando que “se trata de un grupo humano que en su gran

mayoría trabaja bastante más de ocho horas diarias”. “A este respecto –señala el informe ministerial- la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda que el personal sanitario no exceda una jornada semanal de 35 horas. En este panorama, las mujeres por la extensión y sobrecarga del trabajo doméstico están aún más afectadas”

Tesistas de la Universidad Católica de Valparaíso ( Fernández et al, 1995), tomando como muestra a profesionales de la salud de los hospitales Carlos Van Buren y Psiquiátrico El Salvador, de Valparaíso, y San Martín de Quillota, concluyeron que:

- el 32% de los médicos, el 46% de las enfermeras, el 32% de las matronas, el 20% de los siquiatras y el 12% de las asistentes sociales presentaban el Síndrome de Burnout;
- eran proclives al Síndrome, el 37% de los médicos, el 36% de las enfermeras, el 42% de las matronas, el 60% de los siquiatras y el 50% de las asistentes sociales;
- no presentaban el Síndrome de Burnout el 31% de los médicos, el 18% de las enfermeras, el 26% de las matronas, el 20% de los siquiatras y el 38% de las asistentes sociales (“Determinación de los niveles del Síndrome de Burnout en profesionales del área de la salud de la Quinta Región”. Universidad Católica de Valparaíso, 1995).

Según el psicólogo social e investigador de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, Domingo Asún, uno de esos males que aquejan a los trabajadores es el Síndrome de Burnout (conocido también como de “desgaste profesional”, “fundimiento”, etc.) y que afectaría a más del 20% de los trabajadores de la salud, mientras otro grupo, que alcanzaría al 40%, estaría a punto de sufrirlo. Si se toma en cuenta que los trabajadores de la salud pública bordean los 100 mil, más de 20 mil padecen el Síndrome de Burnout, otros 40 mil podrían ser afectados por este mal de no tomarse las medidas pertinentes; sólo 40 mil están libres de este flagelo (La Tercera, Santiago, Domingo 20 de Mayo de 2001:14).

#### **1.4.- Los riesgos a prevenir**

El problema de la globalización capitalista consiste, no sólo en los resultados inmediatos de la entronización del libremercado en el mundo, sino que en los efectos a largo plazo, toda vez que, dada su lógica, en medio de la imperiosa necesidad de revolucionar constantemente los medios de producción, destruye las posibilidades humanas que ella misma crea. Todo lo que engendra –desde los productos de la industrialización, pasando por los seres humanos que crean y manejan maquinarias y sofisticados instrumentos científicos y técnicos, hasta las casas, barrios, empresas donde laboran cientos y miles de trabajadores, pueblos, ciudades y regiones, etc.- todo, está

hecho para ser destruido mañana y ser reemplazado y/o reciclado nuevamente para que el proceso se reinicie una y otra vez, adquiriendo formas más y más rentables. La lógica de la sociedad capitalista moderna –de acuerdo a lo ya avizorado por Karl Marx y expresado en el Manifiesto Comunista- se vuelve contra ella misma: es víctima de sus propios éxitos.

La salud de los individuos en esta época globalizadora y globalizante no escapa a esta lógica de rentabilidad desenfrenada, aunque ahora comienzan a levantarse voces alertando sobre las consecuencias que ello conlleva, no sólo en el aspecto físico y mental de los individuos, sino que en las economías de los países.

Al estrés, y principalmente al Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), como identifican muchos investigadores al Síndrome de Burnout, sólo en los años recientes la sociedad, principalmente organizaciones sociales y estatales, ha comenzado a prestar atención a la influencia que tiene en la salud pública y el impacto económico que ejerce en la producción y en el desenvolvimiento de diversos sectores.

Los posibles daños que en el futuro puedan ocurrir como resultante de la acción del Síndrome de Burnout en el recurso humano de las instituciones preocupan a gobiernos, entidades sociales y científicas. Se plantea que si “el estrés resulta de un desequilibrio

entre las exigencias impuestas a un trabajador y su capacidad para modificarlas”, sin duda que “la capacitación y/o el equilibrio entre la demanda y la respuesta adaptativa, que permiten al trabajador responder adecuadamente a la exigencia, darán el grado de estrés”. Entonces, “a mayor control sobre la demanda, menor estrés. Por el contrario, un menor control en la decisión laboral, con exigencias crecientes en el trabajo, generará un alto grado de distrés, ante el elevado nivel de indefensión y menor capacidad para hacer frente y controlar la situación estresante” (Slipak, 1996).

Haciendo referencia a un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el estrés laboral, el investigador manifiesta que “esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”.

Haciendo suyo lo sostenido por la OIT, de que “las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y las aspiraciones humanas tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas”, él asegura que “son cuantiosos los gastos y pérdidas derivadas por el costo del estrés; aumentan año a año, generalmente determinados por crecientes índices de ausentismo, baja productividad, accidentes profesionales, aumento del lucro cesante, y

lo que es más importante, la incidencia sobre la salud mental y física de los individuos, que si bien podrán ser cuantificados por los gastos en salud, internaciones, etc., son en realidad invaluableles, por cuanto la calidad de vida y la vida en sí misma no deben tener índices o tablas de indemnización” (ibid,1996).

Es tarea difícil disminuir los estresores organizacionales, pero la proposición base pasará, similar a lo que acontece en la medicina, por una correcta valoración y evaluación del factor o los factores estresantes, sus causas, los factores condicionantes y todas aquellas situaciones, ya sean individuales o grupales, que inciden en el conflicto. No alcanzará el intento aislado y bien intencionado de una o varias empresas o instituciones, gubernamentales o privadas, que incorporen conocimientos, organización, prevención, círculos de calidad, etc., para que mejore el clima general. Es necesario que las leyes que rigen la relación entre los empleadores y los trabajadores cubran las necesidades físicas y psicológicas de los empleados, para que los efectos se perciban en la situación general. Haciendo referencia a la OIT, el investigador postula que:

*“la lucha contra el estrés en el trabajo será uno de los grandes empeños que deberán acometer tanto los gobiernos como los empleadores y los sindicatos en los próximos años. Las empresas que probablemente tengan más éxito en el futuro serán las que ayuden a*

*los trabajadores a hacer frente al estrés y reacondicionen el lugar de trabajo para adaptarlo mejor a las aptitudes y aspiraciones humanas". (ibid,1996)*

## **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

# **Capítulo V**

## **Perfil de los Técnicos Paramédicos**

## **Perfil de los Técnicos Paramédicos**

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio, donde se procede a describir y analizar el comportamientos de algunas variables, consideradas fuentes de estrés.

En primer término, se describen lo que resulta de los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil) y profesiográficos (tipo de contrato, antigüedad en la profesión, antigüedad institucional) obtenidos con la ficha de antecedentes de los Técnicos Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil, lo que permitirá identificar y caracterizar al personal de la salud, lo que puede facilitar las orientaciones de políticas o acciones tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y calidad de vida de estos funcionarios.

## 1.- Clasificación de los sujetos de estudios según sexo.

Sexo	N°	%
Femenino	25	89,29%
masculino	3	10,71%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

Gráfico N° 1

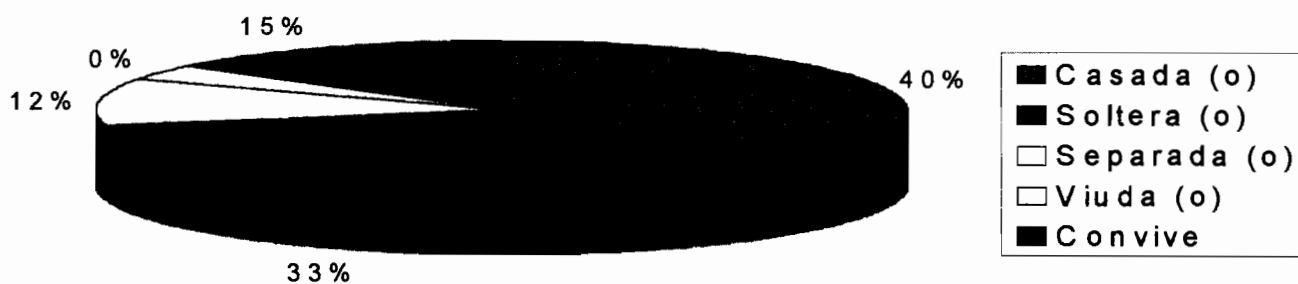


En la clasificación de los sujetos de estudio, el 89% de sus funcionarios son mujeres (graf.1). El predominio de este género en el campo de las profesiones sanitarias estaría dado porque, en cierta medida, éstas son una prolongación del histórico rol asignado a las mujeres como “servidoras de los otros”, o como cuidadoras de la salud.

## 2.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE ELLOS.

Estado Civil	N°	%
Casada (o)	11	39,29%
Soltera (o)	9	32,14%
Separada (o)	3	10,71%
Viuda (o)	1	3,57%
Convive	4	14,29%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N° 2**

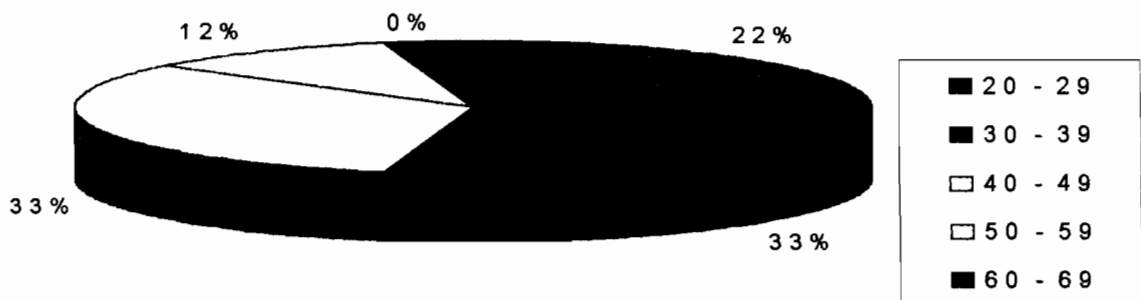


En la clasificación de los sujetos de estudio en relación a su estado civil, el 39% está casado y el 14% convive, o sea, que una gran mayoría de los funcionarios tienen pareja estable, ya sea casados (39%) o conviviendo (14%), lo que denota que hay responsabilidades del hogar que deberían ser compartidas.

### 3.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO SEGÚN EDAD.

Intervalo de edad	N°	%
20 - 29	6	21,43%
30 - 39	9	32,14%
40 - 49	9	32,14%
50 - 59	3	10,71%
60 - 69	1	3,57%
Total	28	100,00%

Gráfico N° 3

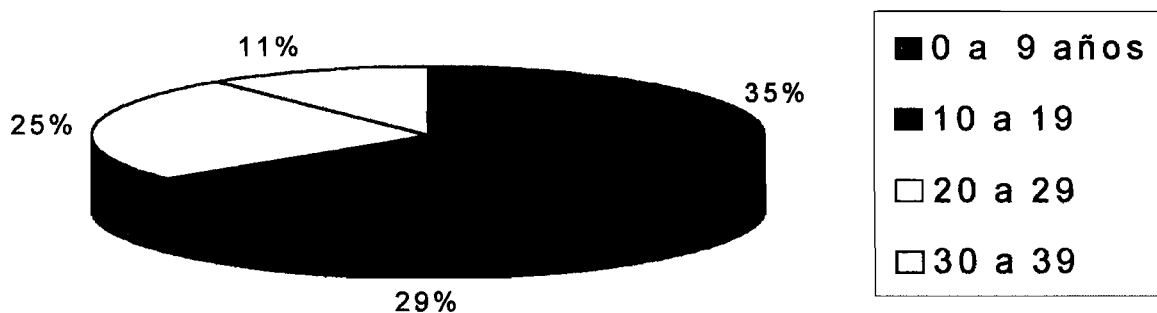


De los 28 sujetos de estudio, 9 tienen un rango de edad entre 30 y 39 años, dándose la misma cantidad en el rango de edad entre 40 y 49 años, mientras que sólo 1 tiene entre 60 y 69 años de edad.

#### 4.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL.

Antigüedad en la profesión	N°	%
0 a 9	10	35,71%
10 a 19	8	28,57%
20 a 29	7	25,00%
30 a 39	3	10,71%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

Gráfico N° 4

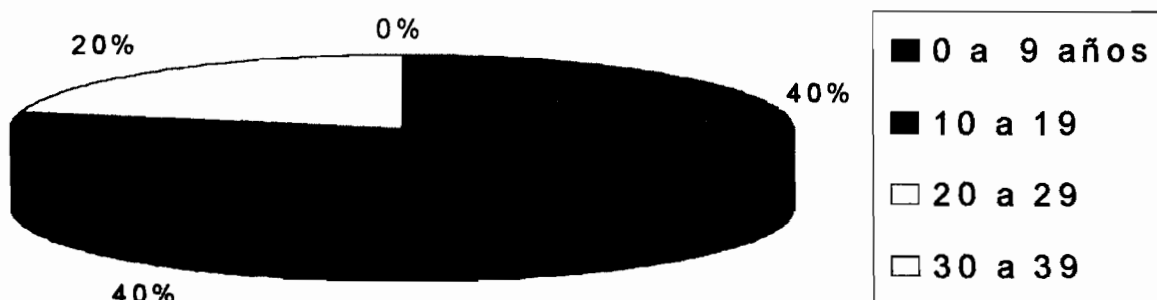


Según la clasificación, de los 28 sujetos de estudios en relación a su antigüedad en la profesión, 10 tienen una antigüedad profesional entre 0 y 9 años y 8 tienen una antigüedad entre 10 y 19 años, mientras que sólo 3 tienen entre 30 y 39 años de antigüedad profesional.

## 5.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO SEGÚN ANTIGÜEDAD EN SUI.

Antigüedad en SUI	N°	%
0 a 9 años	11	39,29%
10 a 19	11	39,29%
20 a 29	6	21,43%
30 a 39	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

Gráfico N° 5

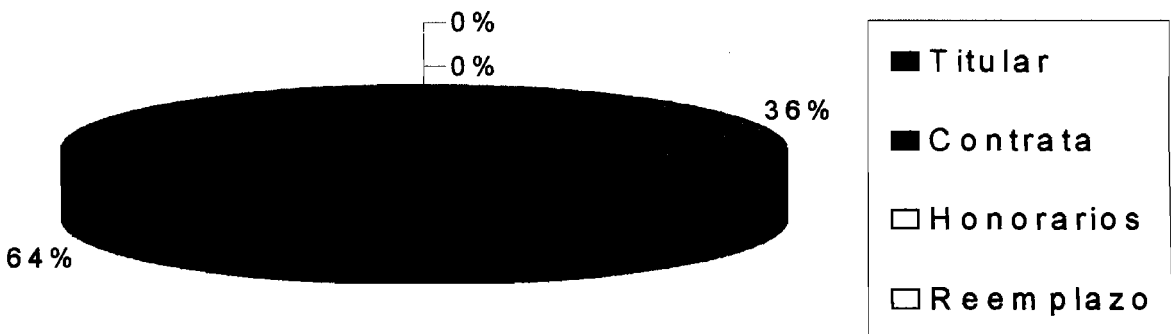


Según la clasificación, de los 28 sujetos de estudios en relación a su antigüedad en la profesión en el Servicio de Urgencia Infantil, 11 tienen una antigüedad profesional entre 0 y 9 años, dándose la misma cantidad de sujetos entre 10 y 19 años, mientras que sólo 6 tienen entre 20 y 29 años de antigüedad profesional en el Servicio de Urgencia Infantil (SUI).

**6.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO  
SEGÚN EL TIPO DE CONTRATO.**

<b>Tipo de Contrato</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Titular	10	35,71%
Contrata	18	64,29%
Honorarios	0	0,00%
Reemplazo	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N° 6**

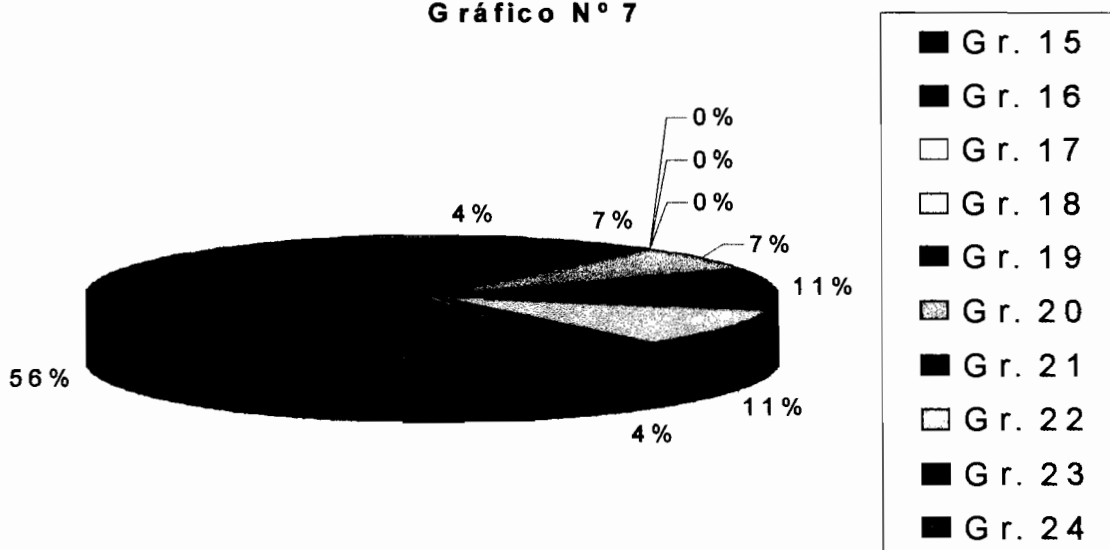


De los 28 sujetos de estudios, 18 son a contrata y 10 titulares. No hay funcionarios a honorarios ni de reemplazo, ya que los reemplazos de licencias médicas lo realizan los mismos funcionarios para aumentar sus remuneraciones, produciéndose una sobrecarga laboral.

**7.- CLASIFICACION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO SEGÚN SU GRADO.**

Grados	Nº	%
Gr. 15	1	3,57%
Gr. 16	2	7,14%
Gr. 17		0,00%
Gr. 18		0,00%
Gr. 19		0,00%
Gr. 20	2	7,14%
Gr. 21	3	10,71%
Gr. 22	3	10,71%
Gr. 23	1	3,57%
Gr. 24	16	57,14%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N° 7**



Según la clasificación de los 28 sujetos de estudios en relación a la escala de grados podemos decir que un 58% están en el grado más bajo, lo que refleja su bajo poder adquisitivo.

En el cuestionario participaron 28 de los 31 Técnicos Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del H.F.B.C. Las razones fueron :

- \* Un Técnico Paramédico estaba de vacaciones.
- \* Otros dos estaban con Licencias Médicas prolongadas: una con pre y post natal; la otra operada de la columna vertebral.

En las diferentes preguntas se vierón las siguientes variables:

Condiciones laborales: El resultado del cuestionario permite visualizar que la sobrecarga laboral que realizan los Técnicos Paramédicos se debe, fundamentalmente, a la necesidad urgente de aumentar sus ingresos pecuniarios, aún a costa de sacrificar su convivencia diaria con la familia. Ello revela, aunque parezca disonante, una gran preocupación por su entorno familiar.

En cuanto a su jornada de trabajo, ésta es de cuarto turno (2 largos, 2 noches y dos libres), lo que comúnmente es sobrecargado por turnos de reemplazos a sus propios colegas, ya sea por licencias médicas o por feriado legal.

Hay que destacar que los funcionarios encuestados tienden a dar respuestas ambiguas o se omiten en sus respuestas cuando le corresponde pronunciarse sobre los conflictos interpersonales con otros funcionarios: se autocensuran o no se manifiestan abiertamente sobre esas situaciones.

En cuanto a la capacitación, solo un bajo número de técnicos ha recibido capacitación en el último año, y ésta a ha sido financiada por la institución, habiendo un gran interés por parte de sus funcionarios para desarrollar habilidad que le permitan facilitar su trabajo y tener la oportunidad de demostrar sus conocimientos prácticos.

Condiciones familiares: El rol de jefe de hogar es compartido por ambos (pareja) en su mayoría, aunque el mayor aporte económico lo realizan los técnicos paramédicos. La mayor parte de los conflictos con su pareja se debe a la sobrecarga de trabajo, o sea, cuando ellos deben realizar turnos de reemplazos o más horas extraordinarias.

Condiciones de remuneración: En las remuneraciones no se reconoce su nivel de responsabilidad, su nivel de especialización, su experiencia laboral, ni los riesgos a que están expuestos. También son percibidas como formas de manifestación de injusticia y discriminación en el sector salud.

La gran mayoría de los encuestados manifestó que sus remuneraciones son injustas, dada la labor que ellos desempeñan.

Se detecta un alto nivel de endeudamiento con diferentes instituciones, lo que trae consigo un mayor desgaste físico o mental, como consecuencia de la sobrecarga laboral autoimpuesta .

Tiempo libre: El hecho de que la mayoría de los Técnicos Paramédicos sea mujer, implica que gran parte de su tiempo libre lo dedica, más que a compartir con su familia, a desarrollar tareas domésticas en el hogar (preparar la comida para el día siguiente, lavar, planchar, etc.). Tal realidad no le permite recuperar energías, tan necesarias para el trabajo que debe seguir realizando.

X

**Capítulo VI**  
**CONDICIONES LABORALES Y SUS CONSECUENCIAS,**  
**ANALIZADAS POR LOS TECNICOS PARAMEDICOS**

## **Condiciones laborales:**

La carga de trabajo de los Técnicos Paramédicos es, objetivamente, una carga pesada, tanto del punto de vista cuantitativo como cualitativo. Ello es –conjuntamente con la naturaleza del trabajo de estos profesionales- consecuencia de la insuficiencia de recursos humanos y materiales, unido a la demanda cada vez más alta de prestaciones sobre los servicios de salud pública.

Estos T.P., que en su gran mayoría son mujeres, realizan una doble actividad: la mayoría de las tareas y responsabilidades domésticas recaen sobre ellas. Ello hace que estas mujeres se sobrecarguen más allá de su jornada laboral, dado que no cuentan con un servicio doméstico que les ayude, y que no pueden contratar por sus bajas remuneraciones.

Muchas de ellas, además, deben cumplir el rol de jefas de hogar, sin contar con ningún tipo de ayuda. No es difícil, entonces, comprender por qué estas Técnicos Paramédicos sientan que cada vez se les hace más difícil responder con efectividad a tantas y tan amplias demandas y exigencias provenientes del trabajo remunerado y doméstico; no es raro que frecuentemente se sientan sobrepasadas o desbordadas antes tales exigencias.

El riesgo de sobrecarga se presenta con mayor gravedad cuando la Técnico Paramédico es jefe de hogar y *sólo* de ella depende económicamente el grupo familiar. Aumentan las responsabilidades y se acrecienta el trabajo doméstico. Ella es la responsable del grupo familiar. El trabajo remunerado se transforma en una actividad vital de carácter obligatorio y que la limita a realizar otras actividades de carácter recreativo o social.

La carga de trabajo derivada del trabajo remunerado y doméstico es un riesgo existente para la mayoría de los Técnicos Paramédicos. Este riesgo casi siempre provoca efectos negativos, como precursor o causa directa de daños a la salud.

**“ Lo que se ve de los logros en la sobrecarga laboral es básicamente en la parte remunerativa, pero esa sobrecarga te trae a la cola el estrés, los problemas de salud ocupacional, y eso se da mucho y lo se de muy cerca, como es el problema de mi esposa; ella tiene en este momento una clavilucopatía producto de una hernia alojada en la cervical y tiene que operarse. El esfuerzo laboral que se hace, el de trabajar 12 y 24 horas, el ajetreo de la casa, la responsabilidad con los pacientes etc. y la mala sincronización entre el trabajo y el descanso, hacen que no se den las condiciones de descanso adecuado, la mala alimentación, la falta de espacios tanto en el hogar como en el trabajo hacen que se**

**llegue a que mucha gente reviente tanto emocional como físicamente” (sujeto N° 1)**

Los T.P. consideran que en general tienen poco tiempo para descansar y coinciden en señalar que los efectos de esta situación sostenida en el tiempo es dañina para su salud y bienestar.

**“ con el cansancio no te dan ganas de salir a ninguna parte” (sujeto N° 3)**

En este estado, agregar a las actividades domésticas o remuneradas otras actividades, ya sean sociales o recreativas, resultan poco atractivas.

Se sabe que el servicio de urgencia infantil de un hospital, como es el caso del “Félix Bulnes” de Santiago, es una unidad donde se labora con procedimientos de choque, dado que los usuarios que allí concurren necesitan atención médica inmediata; por lo tanto, la atención debe ser ágil, oportuna y eficaz.

Entonces, por la naturaleza misma del trabajo que realizan los T.P., esta influye en que las pautas y descansos programados no siempre puedan emplearse, por las demandas de atención de pacientes críticos, algo característico de los servicios de urgencias; ello conduce

a un constante grado de atención y actividad profesional que no permite descanso ni pausas.

**“Por el sistema de trabajo que tenemos, generalmente no vamos a almorzar al casino y, a veces, no tenemos tiempo ni de almorzar” (sujeto N° 2).**

El carácter cotidiano de las jornadas de trabajo de los T.P., con respecto de la alta demanda de trabajo por parte de los usuarios, junto con la insuficiencia de recursos humanos y materiales, configuran un escenario de tensión entre las demandas de los usuarios, condiciones de trabajo y autoexigencias. Ello conlleva a que estos funcionarios no puedan dar respuestas efectivas a las grandes demandas existentes en su entorno, produciéndose un desgaste emocional. Esta sobrecarga produce un nivel de estrés que rápidamente puede llegar a su clímax.

**“La falta de radiografías en la noche, la demora de los resultados de exámenes, hace que no dependa de nosotros la mejor atención al paciente, pero la demanda de este y sus familiares la tenemos nosotros directamente y eso hace que se produzcan sentimientos encontrados de rabia, impotencia y de culpa” (sujeto N° 1)**

La alta demanda asistencial contribuye entonces a hacer de la escasez un problema muy grave, donde predomina la precariedad y la insuficiencia de recursos. Esto hace que la atención del paciente en

x

estas circunstancias escape al control del técnico paramédico: éste se siente impotente de entregar una atención eficiente y de calidad.

La alta demanda es uno de los factores determinantes del intenso ritmo de trabajo y de la excesiva presión de tiempo que experimentan a diario los T.P.

**“la gran cantidad de gente que a veces llega aquí, que hay que atenderlos en los pasillos” (sujeto N° 1).**

Los Servicios de Salud no dan abasto a la alta demanda asistencial: la falta crónica de recursos de todo orden y la precaria infraestructura complotan para que ello ocurra.

Por otra parte, las prioridades fijadas por los organismos centrales, a menudo, provocan conflictos en los servicios. Es frecuente la imposibilidad de cumplir con las metas propuestas por dichos organismos, que muchas veces tiende más preocuparse de la cantidad que por la calidad de atención. A los funcionarios –que deben laborar con todas las anomalías expuestas- se les conmina a entregar a los pacientes una atención oportuna y eficaz, lo que genera en ellos una sobrecarga que va acompañada de “agotamiento, fatiga, manifestaciones psicosomáticas, trastornos del sueño, impaciencia, pérdida de la iniciativa, dificultades en la toma de decisiones, adicciones” (Slipak.1996).

X

**“yo considero que la atención que estamos dando, en estos momentos, en las condiciones que estamos viviendo, es *excelente* ... si de repente nos faltan hasta los supositorios para la fiebre, y tenemos que hacer malabares para lograr bajarle la temperatura al niño, le ponemos pañitos mojados”.** (sujeto N°2)

Se ha llegado a un deterioro o agotamiento (quemazón o síndrome de burnout) producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo cada profesión; estas profesiones implican relaciones interpersonales intensas y continuas. El profesional, como es el caso del paramédico, se encuentra desbordado, tiene agotada su capacidad de reacción. Tal situación repercute intensamente, además, en el entorno familiar y social, y se llega, en muchas ocasiones, a situaciones alto riesgo y cuyo tratamiento es complejo y de escasos resultados.

Consecuencia de la sobrecarga anterior, producto de una serie de causas que están en la raíz del problema de la salud (estructura arcaica que demanda mucho dinero, clima organizacional inadecuado, interrelaciones y capacitación superadas por el tiempo y adelantos científicos y tecnológicos, etc.), se produce un fenómeno que -en determinados momentos de la historia laboral de nuestro país provoca discusiones que tienen su amplificación en los medios de comunicación de masas- aparentemente estaría en aumento: el ***ausentismo***. Esta manifestación se concreta cuando **“no hay ningún**

**tipo de fórmula como para poder descansar un par de días”(sujeto N° 2)** después de agotadoras jornadas de trabajo, luego de un año de agobiante trabajo y estresado en grado sumo, cuentan los días que les falta para salir de vacaciones, pero ... **“uno programa sus vacaciones y la jefatura (es la que) dice si salimos o no; los jefes las dan cuando lo estiman conveniente”**.(sujeto N° 2) Los cinco días de permiso administrativo anuales que, por ley, deben otorgarse a los trabajadores públicos tampoco se dan cuando se solicitan. De allí un paso a las argucias, consideradas ilegales por este paramédico entrevistado: la obtención de licencias médicas exclusivamente para poder descansar siquiera un par de días. El SUI del Hospital Félix Bulnes **“es uno de los servicio del hospital en que uno refuerza (reemplaza al personal de) vacaciones, refuerza (reemplaza al personal con) licencias, para poder tener un poco más de ingresos”**.(sujeto N° 2) Tal situación deja de manifiesto el estado de indefensión en que se encuentran los T.P. frente al estrés laboral y a su dimensión “profesional”, en su fase más avanzada: el síndrome burnout.

Un ausentismo laboral bajo es el reflejo de una población de trabajadores sanos y motivados. El ausentismo de los trabajadores tiene directa relación con el grado de bienestar que han alcanzado, tanto desde el punto de vista personal como laboral: a mejores condiciones de vida, tanto en lo laboral como en lo familiar, menos ausentismo y mayor “productividad”, bajan los “costos” y, como

consecuencia, puede enfrentar la “competencia” con mayor posibilidades de éxito. Lo contrario acaece cuando las condiciones de su entorno laboral son precarias.

**“En este último tiempo, el exceso de trabajo debido a la alta demanda de atención, conjuntamente con el sobreesfuerzo que realizamos muchos Técnicos Paramédicos supliendo a otros trabajadores que hacen uso de licencias médicas, vacaciones o permisos administrativos, ha redundado en graves perjuicios para nuestra salud mental”.**(sujeto N° 1)

Plantea, enseguida, que tal situación se debe exclusivamente a la insuficiencia de recursos humanos que contrasta con el aumento de la demanda de prestación de servicios sanitarios, a la carencia de condiciones óptimas (a veces ni siquiera regulares) en el entorno laboral, en lo relacionado con el descanso, la alimentación, las relaciones con la jefatura. Por lo anterior es que tales hechos llevan **“a que mucha gente reviente, emocional y físicamente. Eso se ve: hay muchos casos de lumbociática, colon irritable, tendinitis, las que no son manejables, ni tratables ni prevenibles”.**(sujeto N°1)

Cuando en la década de los ochenta comenzase a estudiar en Chile los efectos que producía el estrés en el rendimiento de los trabajadores de todos los sectores productivos y de servicios, se llegó a conclusiones muy preocupantes. Se constató en esos estudios un

aumento del ausentismo laboral a causa de enfermedades y rotación laboral prematura con un ostensible recambio de trabajadores, además de otras consecuencias no menos importantes.

En Estados Unidos, se pierde anualmente más de 500 millones de días de trabajo debido sólo al ausentismo. De esta cifra, más del 50 por ciento se relaciona con el estrés laboral. A modo de ejemplo, sólo en el Estado de California, los costos de indemnización por estrés mental oscilaron, los años 1985 y 1987, entre los 263 y 383 millones de dólares.

Otros estresores (físicos y psicosociales), aparte de los ambientales, que tienen influencia en el desempeño laboral y que se derivan de las relaciones interpersonales (clima social de un centro de trabajo, la camaradería o la frialdad, entre otros); del trabajo o de la organización y su clima laboral (motivación, comunicación, formas de sobrecarga, problemas de rol, etc.) son abordados por los entrevistados. Ellos concuerdan en que las relaciones interpersonales entre iguales y con los médicos son, en general, buenas. Los problemas aparecen cuando los jefes confunden su rol y “se extralimitan”, y creen **“que su rol es tratar mal al personal para bajar costos”** (sujeto N° 1).

Pero, ¿qué costos bajaron y a qué costos?

**“Básicamente, se ocuparon menos recursos, menos camas, se trabaja con lo mínimo, se rebajaron los días de hospitalización; el año pasado (2001) trabajamos en una campaña de invierno dura, pero con lo mínimo: de repente no teníamos medicamentos o equipo (monitor) para resolver, pero la pega igual se sacaba adelante” (sujeto N° 1)**

Pero los problemas de rol también afectan a los Técnicos Paramédicos, muchos de los cuales deben desempeñarse como administrativos en desmedro de su desempeño profesional, debido a la falta de recursos de contratar el personal pertinente.

**“El trabajo de equipo en el SUI ‘funciona’ de arriba para abajo ... nosotros deberíamos trabajar en equipo, pero la jefatura es la que le da cuerda al equipo y se hace lo que ella quiere que se realice” (sujeto N° 2).**

El trabajo de equipo muchas veces se ve deteriorado por un sistema que es altamente jerarquizado y por un estilo de gestión autoritario, lo que repercute en las relaciones interpersonales y entorpece el funcionamiento de equipo.

Ellos perciben que “los” reúnen (a los TP, enfermeras y coordinadora), de vez en cuando, sólo para darles órdenes e instrucciones nuevas y eso no significa participación.

**“Tenemos esas reuniones, pero sólo se nos comunica que se implantarán –unilateralmente por parte del jefe del SUI- normas nuevas ... y punto. No tenemos participación ninguna en la discusión de temas que en verdad son importantes para el trabajo en la Posta de Urgencia Infantil”.** (sujeto N°1)

Se producen permanentes conflictos con el jefe de servicio, ya que éste tiene un estilo autoritario y déspota hacia el personal, lo que en el último tiempo ha entorpecido el clima laboral, produciéndose descalificaciones entre el equipo.

**“Esto se hace así, porque es mi posta y mi posta tiene que funcionar así, de lo contrario cámbiense de servicio”** (sujeto N° 2).

Por su lado, otro paramédico insiste en que **“de parte de la jefatura no recibimos ningún estímulo, no tenemos su apoyo ni él siente preocupación alguna por nuestros problemas”.** (sujeto N° 3).

A los técnicos paramédicos se les impone todo, jamás se le invita a una reunión clínica, se procede en forma arbitraria con ellos.

**“Por ejemplo, en la campaña de invierno en la que nosotros estamos involucrados en un 100% no tenemos derecho a vacaciones en este período y si tomamos permiso administrativo o licencia médica perdemos lo que llaman el ‘bono de no**

**ausentismo’, una caracha de \$ 15.000” (sujeto N° 2).**

Todo esto va minando la capacidad de integración de los T.P., quienes sienten que muchas veces no vale la pena seguir trabajando con entusiasmo, esmero y compromiso; no son escuchados en sus propuestas, y ello los va afectando en sus emociones y en su capacidad de respuesta a los múltiples requerimientos de su profesión: comienzan a ser “partícipes” de un desgaste emocional y físico en su desempeño.

En lo que respecta a la capacitación profesional, los directivos de la salud pública no la fomentan como corresponde.

**“Muchas veces uno tiene que capacitarse por su cuenta ya que de parte del servicio es poco lo que recibimos” (sujeto N° 2).**

Hace un par de años, L.M. participó en un curso en la ciudad de Temuco, en donde se discutió el rol del paramédico del tercer milenio. De las discusiones allí realizadas, con la participación de otros profesionales de la salud, se concluyó que el técnico paramédico es clave en toda discusión sobre el mejoramiento de la Salud Pública en Chile. **“El Técnico Paramédico es un profesional que aunque no haya pasado por la universidad no ignora cuestiones fundamentales a nivel técnico. Somos los mejores capacitados para enfrentar situaciones delicadas y complejas, enseñamos a la gente a comportarse frente a una enfermedad, la gente nos cree.**

**Nosotros calzamos justo donde debemos estar, en el comprender las necesidades de la gente, de la familia y entregarles su apoyo”** (sujeto N° 1).

Otra profesional Paramédico, L.P., corrobora lo dicho por sus colegas, en orden a que “ varios nos capacitamos el año pasado (2001) y este año lo haremos de nuevo; aunque nosotros queremos aún más y mejor capacitación”. Incluso, enfatiza, desean acceder a una carrera de nivel superior que le otorgue el título de Técnico Paramédico Universitario.

**“Desgraciadamente, no hemos tenido el apoyo de la Dirección del Hospital, la que se ha dejado influenciar por el equipo de enfermeras que se oponen a que nosotros sigamos ascendiendo peldaños en nuestra profesionalización”** (sujeto N° 1).

### **Entorno familiar:**

Es en el entorno familiar donde las relaciones son más cotidianas, se desarrolla el aprendizaje y se manifiestan los vínculos afectivos y familiares. Entonces, es el entorno familiar el que se estremece ante los embates negativos de las condiciones sociales y económicas adversas que el técnico paramédico debe soportar diariamente en el entorno laboral.

**“Para el esfuerzo que significa este sacrificio (el tener un poco más de plata haciendo turnos extraordinarios) no es tan grande el beneficio. Muchas cosas se pierden y no se recuperan jamás. Por ejemplo, yo puedo llegar a mi hogar con cien mil pesos más, pero tuve a mi esposa botada cuatro días en cama, enferma, porque no tuve tiempo de atenderla: estaba haciendo turno. O el hecho de que yo mismo estuve trabajando con una temperatura que oscilaba entre los 39° y 40°: si yo presentaba licencia médica perdía esos turnos. Yo trabajo todos los veranos, porque en Marzo vienen los gastos escolares ... Todo lo que he perdido no lo recompensa el dinero que gané por hacer turnos extraordinarios”** (sujeto N° 2).

Esto revela el drama que viven muchos trabajadores de la salud pública, particularmente los técnicos paramédicos de los servicios de urgencia infantil. Las consecuencias directas de esta recarga laboral son el agotamiento físico y mental y la incomunicación que se establece entre los componentes del grupo familiar directo. Por estas condiciones es que los T.P. están más proclives a desarrollar el Síndrome de Burnout.

Para las parejas en que ambos son Técnicos Paramédicos y que también hacen turnos-, su trabajo en casa es el mismo, o casi el mismo, que el que realiza una “dueña de casa”: él hace el aseo, las comidas correspondientes, lava y plancha la ropa. **“Mi esposa cuando**

**está en casa hace eso y mucho más, aparte de que mis hijos son grandes y ayudan en los quehaceres del hogar” “con todos los problemas inherentes a dos personas comunes y corrientes que llevan años de matrimonio”.**(sujeto N°1)

En cuanto a la relación de pareja, ésta es normal para el entrevistado por la tesista,

La sobrecarga de trabajo que la mayoría de los técnicos paramédicos realiza en el SUI no recompensa ni en lo familiar ni en lo económico.

**“El ritmo de trabajo que llevo (turnos, sobretornos, refuerzos) ha alterado las relaciones en nuestra familia. El daño a la relación familiar es enorme. A veces llego a la casa y lo único que hago es dormir, ni siquiera converso con mi esposa o hijas. Si la pareja no conversa y no hay diálogo la relación de pareja se va ‘a la cresta’. Mis hijas se acostumbraron a que no hay que meter bulla cuando yo llego del trabajo, y se van derecho a su pieza, se encierran y no conversamos como familia los cuatro. Ahora es extraño que estemos todos juntos, que salgamos juntos”** (sujeto N°2).

La incomunicación ha ganado terreno en el ámbito familiar, pese a todos los esfuerzos hechos en contrario. Todo ello agravado por enfermedades, endeudamientos etc.

**“Personalmente tengo que vivir de los préstamos para poder solventar los gastos de mi enfermedad, la educación de mis hijas y de mejorar las condiciones físicas de mi hogar”.**(sujeto N° 2)

Para este trabajador paramédico, la solución de estos problemas pasa por la implementación de políticas de salud que tengan en el centro a los usuarios y a las personas que entregan servicio.

El sistema de turnos que tienen los T.P. hace que tengan alterado el sueño, por la falta de regularidad en el dormir, lo que provoca diversos trastornos físicos y psicológicos. Estas alteraciones no sólo pueden producir insomnio, sino que el sueño mismo es poco reparador y, a veces, portador de contenidos estresantes en el trabajo cotidiano.

Muchas veces estos T.P. no pueden hacer uso del descanso en el hogar, por las tareas domésticas y condiciones ambientales, sobre todo cuando hay niños y hacen bulla: son condiciones inadecuadas para la conciliación y mantención del sueño.

**“Muchas veces cuando llego a la casa saliente de turno, no puedo dormir, ya que hay los niños y ellos no entienden”** (sujeto N°3)

En cuanto a participación en organizaciones gremiales, los entrevistados aseguran que prácticamente todos los Técnicos Paramédicos y otros funcionarios del SUI pertenecen a una de la dos

FENATS que existen en el Hospital “Dr. Félix Bulnes”. Lamentan que la división se deba a la falta de transparencia que existe en tesorería de la organización original. De allí a la participación activa hay un trecho muy grande que recorrer. **“Esa poca participación se debe a la indiferencia que siente la gente con los dirigentes. Si tienes dirigentes con poca credibilidad e inconsecuentes, la gente se desanima y se aleja. Además, hay trabajadores que, influenciados por los nuevos tiempos donde el individualismo prima sobre la solidaridad, piensan que sólo vale trabajar y ganar dinero a fin de mes y no se detienen a pensar ¿para qué trabajo?, ¿cómo trabajo? ¿en qué entorno deseo trabajar? ¿vale la pena seguir trabajando en las condiciones actuales? ¿qué deberíamos cambiar – trabajadores de la salud y usuarios- para que se superen las deficiencias por las que hoy atraviesa el sistema público de salud?”** (sujeto N° 1).

Los Paramédicos del SUI señalan su angustia por la falta de solidaridad, de mística en lo gremial y social, por lo que se luchó tanto en dictadura y que hoy se ha perdido en gran parte. **“Cuando hoy se está a las puertas de una gran movilización por lo que significan los cambios profundos que se llevarán a cabo en la salud de nuestro país, la gente, ni nosotros los funcionarios de la salud tenemos idea en qué consiste la reforma. Simplemente, no hay más información que la que quiere entregarse. Tú hablas del plan AUGE y ; nadie tiene idea de lo que es tal plan!”** (sujeto N° 1).

## Condición de remuneración:

Para satisfacer sus necesidades básicas, los Técnicos Paramédicos –así como todos los que venden sus conocimientos o habilidades manuales e intelectuales- tienen ingresos y egresos monetarios, los que se denominarán *condición de remuneración*.

La sobrecarga de trabajo no se traduce en mejores condiciones de vida, sino para satisfacer aquellas necesidades básicas de la familia (salud, educación, alimentación, vestuario, gas, luz, agua potable y calefacción en invierno). Si se requiere de atención extraordinaria en salud, los Técnicos Paramédicos están en la indefensión.

**“De los diez a doce años que llevo como diabético, en este hospital no he conseguido que me den un régimen especial en mis turnos. Cuando he tenido alguna crisis y me han hospitalizado –trabajando años en el servicio de medicina- he tenido que hacerme yo mismo los exámenes (glicemia). Hay una indolencia total con los funcionarios, somos considerados una molestia, un estorbo. Si a esto sumamos la carencia de un médico especialista en enfermedades como la diabetes, la situación es aún más complicada. Pero, doy gracias a que aún tenemos manos amigas dentro de los servicios, pero el sistema es indolente”** (sujeto N°2).

La situación económica del país lleva a los Técnicos

Paramédicos del SUI a sobreesforzarse para obtener algunos logros económicos, básicamente para cancelar las deudas que se tienen con entidades bancarias (préstamos para pagar algún tipo de enfermedad que no cubre el sistema de salud u otro tipo de emergencia familiar) o con las grandes tiendas (compra de ropa, calzado u otros artículos de uso doméstico).

**“Yo, personalmente, tengo que vivir con los préstamos para poder solventar los gastos que demanda mi enfermedad, la educación de mis hijas y las mejoras en nuestra vivienda, en nuestro hogar”** (sujeto N°2)

Así como hay otros Paramédicos **“que se endeudan hasta por un millón de pesos para salir de vacaciones, quizás para evadirse de la cruel realidad en que viven ... puede ser que tengan razón en hacerlo”**. (sujeto N° 2)

La satisfacción laboral plena no existe. Un entorno laboral frío y muchas veces inhumano, carencias en medicamentos y otros elementos esenciales (como algodón, jeringas, gasas, sábanas y camas, además de la falta de lugares adecuados y equipamiento moderno para la atención de los pacientes afectan a los prestadores de servicios sanitarios, y muy particularmente a los Técnicos Paramédicos que son los que primero entran en contacto con el dolor y la muerte) caracterizan esa insatisfacción. Lo que existe es una satisfacción por el deber cumplido,

pese a todas las dificultades inherentes a un sistema de salud en crisis y a punto de desplomarse.

**“Todo lo que sabemos lo aplicamos al máximo para la recuperación de los enfermos y cuando faltamos a nuestro trabajo por razones médicas o de otro tipo, no nos sentimos bien, nos sentimos un poco culpable por el hecho de dejar a nuestros pacientes sin nuestra atención profesional ...”** (sujeto N° 3).

La remuneración estable es parte de una satisfacción parcial en estos tiempos de crisis periódicas en la economía mundial que afectan profundamente a nuestras economías emergentes. **“Ante una cesantía que no quiere retroceder y a una economía que enriquece a los que más tienen y empobrece a los más, nuestras remuneraciones no son más que paliativos que nos permite sólo sobrevivir mejor que otros estamentos de la sociedad chilena, pero sólo eso”** (sujeto N°2)

### **Motivos de permanencia:**

¿Qué impulsa a los técnicos paramédicos a permanecer en su lugar de trabajo? ¿son intereses de tipo económico o idealistas o de identificación con los usuarios?

**“Lo que me dejó ‘anclado’ en este hospital y en el SUI fue ese deseo de servir a la gente más necesitada, la más humilde y que**

**vive en este gran sector al que servimos los que laboramos aquí; pero, también las ‘comodidades’: no pago locomoción (vivo cerca del establecimiento), me dan la comida (es un ahorro que no tendría en el área privada), la misma atención médica la tengo gratis para todo mi grupo familiar, son cosas que se van sumando ... el mismo servicio de Bienestar, no es gran cosa lo que da, pero ayuda montones. Por todo esto me fui quedando y ya llevo 20 años de servicio en el hospital y no pienso irme al área privada ...”** (sujeto N° 2).

Los paramédicos se sienten identificado con su labor y con los usuarios como lo manifiesta la técnico paramédico, quien, cuando un paciente fallece, se siente muy mal: **“me pongo en el lugar de esa madre a la que he visto morir su hijo, yo también soy madre de varios hijos; tantos años de trabajo y viendo estos mismos dramas, sin embargo, igual me impacta el ver cómo mueren o se accidentan estos seres indefensos. A mí, los niños quemados me sobrecogen, es algo que no he podido superar”**. (sujeto N° 3)

Para esta profesional, su permanencia en el servicio se debe a **“mi vocación de servicio hacia los demás; he tenido muchas oportunidades para trabajar en otras partes, pero me siento profundamente identificada con el SUI, aún cuando tenemos tantas deficiencias, las que con tesón y esfuerzos personales los funcionarios hemos logrado, por lo menos, aminorar”**.(sujeto N°3)

**“Lo que pasa es que uno tiene mística, por eso permanecemos en este tipo de servicio de la salud pública. Nuestro apego a esta ‘pega’ es grande, pese a la mucha sobrecarga de trabajo, la que se sobrelleva con la ayuda entre nosotros mismos. El sacrificio que uno hace es, en realidad, porque nos gusta servir a los demás, a los niños en particular; nos sentimos importantes por lo que hacemos, a pesar que trabajamos con escasez de recursos y marcados por rígidas normas, reglas y jerarquías. La gente cree en nosotros. Cuando el paciente llega a la Posta, a la primera persona que solicita es al Técnico Paramédico” (sujeto N°1)**

A pesar que la teoría según Faber (1991) dice que “el individualismo lleva a una sensación general de alienación y desconexión e impide la formación de un sentido psicológico de comunidad o, aún más, de un sistema de apoyo que pueda mitigar el estrés y prevenir el Burnout”.

Uno de los Síntomas del Burnout tiene que ver con la fragmentación social de las relaciones y el desarraigo, lo que hace que de paso a un individualismo que tiende a primar sobre lo comunitario; ello no ocurre en este estamento ya que se privilegia lo solidario, el preocuparse por los otros, estando en constante compañerismo y logrando un compromiso con sus pares cuando estos tiene problemas.

**“Cuando alguien falta, nos preocupamos, llamamos a su casa, pues sabemos que no va a faltar a trabajar porque sí, algo le tiene que haber ocurrido ... sabemos que todos estamos comprometidos con nuestro trabajo, a pesar de todo” (sujeto N° 3)**

Lo que resalta, a pesar de las dificultades que existen en el entorno laboral, familiar y social son las relaciones personales que mantienen entre ellos, con un alto grado de profundidad y compromiso, relaciones que son el canal a través del cual se comparten sentimientos y vivencias tanto de la vida laboral como personal. Ello hace que las tensiones se aminoren y se creen lazos solidarios que permite afrontar las dificultades y mantener un sistema de apoyo que les permite mitigar el estrés y prevenir el Burnout.

### **Espacios de recreación:**

Las actividades de esparcimiento son ajenas a muchos Técnicos Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital “Dr. Félix Bulnes Cerda”. Su “tiempo libre” lo ocupan, generalmente, en descansar en casa luego de agotadoras jornadas de trabajo (turno, sobretornos, reemplazos, refuerzos).

**“A duras penas llego a mi hogar después del trabajo y me tiro a la cama. Ello me da mucha pena, por mi esposa y mis hijas quienes quisieran conversar conmigo. Entonces, si no puedo**

**participar en la comunicación amplia y profunda con los seres que más quiero, menos puedo pensar en actividades de esparcimiento, y muy a mi pesar. Ellas salen solas muchas veces, esto me afecta muchísimo”.** (sujeto N° 2)

Muy pocas veces se comparte con la familia, produciéndose sobre todo en las mujeres sentimientos encontrados de culpa que repercuten negativamente en el hogar y, en muchas ocasiones, provocan alteraciones en las relaciones familiares y conyugales.

En otras situaciones, el tiempo libre sólo lo dedica a realizar labores de casa y compartir con sus hijos, con lo cual no se cumple la función de recreación tan necesaria para la salud psicológica.

**“Yo soy muy casero, muy apegado a mi familia y el tiempo libre que tengo generalmente lo paso en mi casa, trato de descansar lo que más pueda, compartir con mis hijos, con mi entorno familiar, ese es mi descanso”.** (sujeto N° 1).

Aparte de descansar en la casa, y así usar su “tiempo libre”, uno de los entrevistados fundamenta su posición para no tener otras actividades recreacionales, fuera del hogar.

**“Yo no tengo necesidad de salir, de recrearme o hacer otra actividad para poder descansar. Tuve un turno muy pesado estos**

**días: vengo saliendo de turno el sábado, hice 24 horas el viernes y ‘largo’ el jueves y hoy ya es domingo. Ayer sábado salí del turno y llegué a desayunar con toda mi familia, luego fui a comprar al supermercado, hicimos un asado para el abuelo que estaba de cumpleaños, descansé un rato, me levanté, vimos un partido de fútbol por la tele, hicimos el aseo con mi hijo, después planché mi ropa, me bañé y me acosté. O sea, hoy yo estoy descansado” (sujeto N°1).**

La participación de los Paramédicos y de otros funcionarios de Posta Infantil en grupos deportivos del sector donde presta servicios el HFBC es prácticamente nula. Apenas si se participa en el club deportivo o en sesiones de gimnasia o relajación que los propios trabajadores organizan. No existen los grupos de teatro, bailes o conjuntos folclóricos que hubo hasta hace unos años atrás. Al igual que el sistema de salud pública, este tipo de actividades extraprogramáticas que, en un tiempo contó con el apoyo de algunas de las direcciones de turno, están desapareciendo. La lectura cada vez está más “out” de los hábitos de los trabajadores de la salud, mientras tanto la biblioteca languidece por la escasez de usuarios.

Las dificultades para participar en actividades comunitarias, sindicales, culturales son permanentes. Lo que se podría decir es que los T.P. no participan en las organizaciones no por desinterés sino más bien por falta de tiempo.

**“Uno se pone poco sociable, porque se lo lleva la mayor parte del tiempo en trabajar” (sujeto N°3)**

La falta de recreación y actividades sociales hace que los T.P. no tengan la recuperación del desgaste por la sobrecarga de trabajo, siendo que aquellas son muy necesarias para afrontar las alteraciones producidas por el exceso de trabajo.

También se considera que las bajas remuneraciones son un impedimento para realizar y mantener actividades tanto recreativas como sociales.

**Capítulo VII**  
**OPINIONES DE EXPERTOS**

## **Nuevas relaciones laborales y sus efectos**

El tema desarrollado en la presente tesis aborda un punto sensible en las nuevas relaciones laborales como es el Síndrome de Burnout o vivencia de “estar quemado”, el efecto más doloroso de la impronta economicista que va adquiriendo nuestra sociedad, incapaz de responder a las enormes presiones que ejerce el gran capital internacional.

**“Una paradoja, con posibilidades de volverse emblemática para una visión del mundo actual, es la de la vivencia de agotamiento y desesperanza, de pérdida de referente orientador, de pozo negro, abrumador, que comparten muchos servidores públicos, consagrados, idealistas, inermes ante la impersonalidad del sistema, ante la enajenación de una cultura en que no importan los compromisos, las lealtades, el ser humano” (Dr. Luis Weinstein).**

La pertinencia e importancia de esta problemática social contemporánea hace que el tema asumido en este seminario de tesis se transforme en un sujeto digno de ser estudiado con atención por los profesionales de la salud y otros trabajadores y profesionales de la ciencias sociales.

El investigador destaca la vinculación que hace la investigadora por tratar este sujeto de estudio desde una perspectiva integradora

entre el contexto del capitalismo neoliberal –el desarrollo acelerado de sus fuerzas productivas- y la emergencia del denominado proceso de estrés laboral, como en este caso particular presentado por los profesionales Paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

El riesgo de universalizar el fenómeno, explicándose como un proceso de alienación del capitalismo mundializado, puede abrir muchas interrogantes en el ámbito de las sociedades asiáticas, cuya cultura del trabajo tiene otro desarrollo y significación. Por otro lado, hay que considerar que la manifestación del estrés laboral profesional no puede tener las mismas connotaciones en sociedades subdesarrolladas y dependientes como lo constituye la sociedad chilena, con sus particularidades tecnológicas, ideológicas y culturales.

Se hace necesario conocer cual es el estado y nivel de debate en la sociedad chilena, cosa que sin duda le dará más coherencia a este desarrollo histórico.

El Psicólogo experto en investigaciones del Síndrome de Burnout Domingo Asún Salazar, al comentar el tema abordado por la tesista- puntualiza que:

**“Análisis histórico prueban que con las mejorías de las condiciones sociales se presentan más problemas que antes no eran**

**considerados como tales. Uno de estos nuevos fenómenos que comienza a investigarse es el Burnout, que aparece como un factor que puede contribuir al éxito o fracaso de estos cambios”.**

Observa el investigador de la universidad porteña que **“en el concepto de Salud Mental se comienza a incorporar el aspecto “social” a los parámetros intrasíquicos. Para prevenir se pone énfasis en la búsqueda de causas ambientales, llegándose así al fenómeno del stress”.** Agrega Asún que una forma de intervenir es por intermedio de la investigación: se pretende generar indagaciones sobre problemas de máxima actualidad e incidencia con el fin de llegar a conocer y controlar un determinado fenómeno.

El carácter que ha ido adquiriendo el trabajo en el sector salud en cuanto a la atención a personas con problemas de todo orden, genera en los funcionarios frustración y desencanto de los ideales de servicio que inicialmente los animaron en esta tarea.

Al respecto, el experto en salud social, sostiene que:

**“El gran volumen de prestaciones, los escasos recursos, la actitud agresiva de los pacientes, obliga a la automatización de conductas, frases de saludo, indicaciones, etc., que siguen un itinerario propio en pos del ahorro de tiempo de cada atención. Esa conducta funcionaria bloquea la comunicación, que se da sólo**

**en algunas ocasiones y por circunstancias especiales”.**

Enseguida, se permite discrepar de la tesis en cuanto en ella se afirma **“que la modernización de los sistemas de salud ... corresponde a una demanda creciente de la población mundial”**, no sin antes destacar que **“la monografía del Burnout que desarrolla la investigación es exhaustiva y deja al lector informado y sensibilizado en el tema, en cuanto va desde lo psicológico y lo psicosomático del Síndrome hasta sus orígenes económicos, pasando por los sistemas de administración autoritaria, no participativa en los que habitualmente se encuentra preso el funcionario”**.

Él subraya que su discrepancia tal vez sea sólo semántica, tal vez no. Sostiene que desde un punto de vista de Salud Pública, la *demanda* corresponde a la ‘presión asistencial’, una actitud consciente de las personas en la solución de sus problemas, graves o no, verdaderos o no, pero con conciencia de ellos. Agrega que las *necesidades* de salud son diferentes, porque son objetivas y pueden, o no, estar en la conciencia de las personas. Sostiene que, casi por definición, se podría afirmar que las necesidades serán mayores que las demandas, aunque estas últimas puedan exagerarse artificialmente en determinadas circunstancias.

El médico que hasta hace poco trabajó alrededor de 20 años en el SUI, denuncia que la preocupación por la salud de los trabajadores tenía un objetivo sólo económico en el Estado Benefactor y a propósito se explaya:

**“Si uno analiza el origen de las propuestas de atención de salud, observa que, en los así llamados Estados benefactores, la preocupación por la salud de los trabajadores tenía un fin básicamente económico, en cuanto la producción estaba ligada muy estrechamente a la obra de mano, la que debía ser saludable y productiva. La jornada de ocho horas es representativa de este interés”.**

Agrega que **“en los tiempos que corren, cuando los procesos tecnológicos van necesitando cada vez menos mano de obra especializada y los trabajadores van derivando al sector de servicios, cada vez menores, esta preocupación desaparece, la jornada se extiende de manera inhumana, se agrava la cesantía y los sueldos de hambre, exponiendo así a grandes masas de población a enfermedades de todo tipo, lo que unido a otros problemas de igual índole, pueden generar respuestas violentas o cambios en los apoyos políticos de las masas”.**

Enfatiza que cuando el Banco Mundial crea y universaliza el concepto de la Canasta Básica de Prestaciones para los países pobres,

una prolija lectura de los documentos originales permite revelar que su intención no es otra que resolver los problemas de salud *sólo hasta el punto en que puedan evitar la explosión social, y nada tienen que ver con intenciones altruistas, humanitarias o solidarias.*

En esta primera parte de su opinión, el Dr. Lechuga concluye expresando que:

**“Si hubieran sido las demandas conscientes de la población las que obligaron a las autoridades a enfrentar el problema de la salud, el pronóstico sería absolutamente distinto. Desgraciadamente, creo que no es así, y eso explica nuestras actitudes meramente contestatarias y por lo tanto débiles, cuando deberían ser necesariamente propositivas y fuertes”. De allí que él estime que “estas políticas laborales y de atención social “de parche” son las responsables del síndrome que nos ocupa”.**

Seguidamente, el experto en salud social se refiere al concepto de la competencia laboral en el sector productivo, que si bien colabora al crecimiento y al desarrollo del país, debe lograrse sin la alienación del trabajador. Para él,

**“El problema nace cuando estos conceptos de competencia se trasladan mecánicamente al sector de los servicios, sin crear los mecanismos de evaluación adecuados. La cantidad y la calidad del**

**producto pueden medirse con facilidad de acuerdo a estándares incluso internacionales, sin embargo, la mayor complejidad de la prestación del servicio, la subjetividad implícita en el trabajo en equipo y en el trato al usuario, resultan de difícil medición, más aún con los criterios actuales. La autoridad se ve obligada entonces a una evaluación tan compleja como formal, inútil a los efectos de la retroalimentación del sistema, que termina por dirimir las competencias por la hora de llegada y de salida y por el ausentismo”.**

Finaliza esta segunda parte de su opinión, infiriendo que:

**“Tal rasero genera situaciones de injusticia evidentes para los trabajadores que optan, desde despreocuparse de la calidad de su trabajo para dedicarse a controlar el indicador, hasta olvidar el indicador para trabajar con sus propios conceptos de calidad y responsabilidad. El resultado es entonces paradójal porque la mala calidad será premiada y la buena calidad, castigada. Este no es un ejercicio teórico sino una observación de la realidad”.**

## **La salud de acuerdo a los canones de la economía de mercado**

A juicio de Weinstein, la ciencia ha colocado de actualidad un Síndrome, el denominado “Burnout”, que también significa estar “quemado”.

**“Otres nuevos para un contenido tal vez tan antiguo como el homo sapiens. Es el anonadamiento en que se suman el cansancio, la discontinuidad con la biografía, con el resto de las personas, con el sentido común. Es una asociación entre la conocida fase de agotamiento del Síndrome general de adaptación, la anomia, el vacío existencial. Un entrecruzamiento de las dimensiones psicofisiológicas, socio culturales y espirituales de la vida”.**

Junto con señalar que el paradigma cultural básico de la modernidad, el de “las cosas claras y distintas” del cartesianismo, el de la individualidad -actualizado en la cultura del capitalismo avanzado, tecnocrático, informático, el fervor consumista y la reverencia por el espectáculo- ahogan, velan, las necesidades de comunión, de solidaridad, de servicio, el investigador social asegura que:

**“La vivencia de “estar quemado”, anonadado, sin rumbo, ajeno al propio pasado, sin entusiasmo vital, sin propósito, es muy propia de los trabajadores de la salud que no desempeñan tareas**

**muy especializadas, sometidos a horarios extenuantes, a frecuentes malos tratos del público y de los superiores y a bajos ingresos que mantienen en dura tensión los esfuerzos para hacer frente a la subsistencia”.**

Si se habla de factores favorecedores de este síndrome en los trabajadores de la salud a los que se llama eufemísticamente “para médicos” cabe suponer que se dan en dos ‘constelaciones’, cercanas pero diferenciables, y argumenta:

**“Por un lado, lo estructural, lo propio del mundo unipolar del presente con su vertebración en las cosas y no en las personas, en los intereses individuales y no en lo comunitario, en lo cuantitativo, lejos de los valores, de la complejidad subjetiva. A ello se agregan las condiciones especiales de Chile, donde existió una avanzada medicina social como uno de los vectores de un proceso orgánico de transformaciones democráticas que pasó por diferentes instancias como ‘el año veinte’, el Frente Popular, la Revolución en Libertad, La Unidad Popular ... y, después del interregno y regresión de la dictadura, la lenta marcha por una democracia de baja intensidad donde la salud se confunde con el vasto, estridente, triunfalista mundo de los negocios. Mantenemos la imagen de que la salud es muy importante, hacemos homenajes a la orientación social de la medicina, pero los ingresos son bajos, los ‘para médicos’ tienen poco status, hacen tareas sin gran**

**participación y espacio para la realización personal, sufren los efectos de la frustración irritada de la comunidad”.**

A renglón seguido, el investigador social Weinstein denota que la investigación que comenta “pone el dedo en una llaga dolorosa ... para los afectados y para los que creen y quieren la democracia, los derechos de todos, la salud de las personas y la de la cultura”.

La opinión del profesor Asún es concordante con lo planteado por Weinstein, cuando señala que los trabajadores sociales (“de ayuda y enseñanza”) necesitan tener una perspectiva humanizadora, pero que tienen que hacerlo muchas veces en el contexto de instituciones y reformas con un fuerte corte neoliberal, donde impera una fuerte mercantilización de las relaciones sociales.

**“Trabajamos en sistemas institucionales en crisis, trabajamos con una intensa relación con los beneficiarios, les miramos sus ojos; éstos, a menudo se encuentran en una situación de adversidad extrema y de crisis grave y, por lo tanto, muchas veces, tienden a establecer la relación con una carga de sentimientos de frustración, temor, desesperanza o descontento”.**  
(Asún).

Este Síndrome, señala el investigador es un problema de gran relevancia y repercusión en Chile y cree que las reformas a los

sistemas de salud y educación **“pueden generar más desgaste profesional en sus trabajadores. Así las expectativas más ambiciosas de asistencia integral pueden volverse en contra de estos profesionales por la dificultad de adaptarse a estos nuevos cambios”**.

Según el investigador de la U. porteña, el origen histórico del interés por los recursos humanos en Psicología Clínica tiene varias causas. Entre otras, enumera:

**“1.- Se comienza a prestar más atención en la figura del terapeuta, principalmente debido a que el terapeuta comienza a enfrentarse a situaciones más desgastadoras (por ejemplo: trabajar en el tema de los DD.HH; en Criminología, se abre una nueva línea que es la victimología, que es el trabajo con la víctima, etc.).**

**2.- Aumenta el número de demandas hacia una visión de resolución de problemas; aparecen problemas que antes no eran considerados como tales. Ej.: embarazo precoz, madres adolescentes, etc.**

**3.- Existe un cambio en la acción del Estado (aumentan las demandas, los recursos por servicio disminuyen), (pasa a ser un tema político). Reformas, cambios.**

**Aquí es donde surge el Burnout, un concepto que se incorpora al concepto de Stress, en donde se pone de relieve el riesgo del usuario y del trabajador, hasta hace poco no investigado”.**

## **HALLAZGOS Y CONCLUSIONES**

## HALLAZGOS RELEVANTES DE LA INVESTIGACION

### 1.- Material Teórico.

Entre los más importantes hallazgos de esta investigación, se encuentra el material teórico originado en estudios de investigadores de la envergadura de *Christina Maslach* (que ha desarrollado y dado a conocer el modelo teórico más consistente y aceptado del burnout desde una perspectiva psicosocial), *Seymour Sarason* (quien, desde un punto de vista social e histórico, afirma que el Síndrome de Burnout jamás es una característica de un individuo, sino que es un complejo de características psicológicas que reflejan los rasgos de una sociedad) y *Donna C. Aguilera* (la que desde la perspectiva de la salud, sostiene que el burnout es una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósitos por parte de los profesionales “de ayuda”, dada sus condiciones de trabajo, situación que puede incluir entrenamiento insuficiente, sobrecarga de pacientes, muchas horas de trabajo, bajas remuneraciones, pacientes complicados, coerción burocrática y la brecha cada vez más grande entre las expectativas y los logros obtenidos en el trabajo, etc.), entre muchos otros.

### 2.- Investigaciones nacionales

Una consecuencia de los aportes teóricos de los investigadores del SDP, como también se conoce al Burnout, y de la importancia de

este fenómeno en el campo de la salud chilena, son las investigaciones que se han realizado en algunos centros académicos de Valparaíso, aparte de otros llevados a cabo por entidades gubernamentales, privadas o universitarias.

Estudios realizados en 1995 por tesis de la Universidad Católica de Valparaíso, bajo la supervisión del Psicólogo Social y catedrático de esa casa de estudios Domingo Asún, han llegado a establecer -sobre una muestra de profesionales de la salud de los hospitales Carlos Van Buren y Psiquiátrico El Salvador, de Valparaíso, y San Martín de Quillota- que el 12 % de las asistentes sociales, el 20 % de los psiquiatras, el 32 % de los médicos, el 32 % de las matronas y el 46 % de las enfermeras presentaban el Síndrome de Burnout. Además se detectó en la investigación el porcentaje de profesionales que eran proclives al Síndrome y el de aquellos que no presentaban tal fenómeno.

El investigador Domingo Asún, Director de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ha desarrollado un vasto trabajo sobre el tema en los profesionales de la salud. Al respecto, ha señalado que se ha establecido que más de 20 mil trabajadores de la salud pública padecen del SDP y que otros 40 mil podrían verse afectados por este mal de no adoptarse las providencias del caso. Si se toma en cuenta que suman más de 100 mil las personas que trabajan en el sistema de salud estatal, la preocupación debiera manifestarse por

parte de la sociedad y de sus dirigentes.

### **3.- Sujetos de investigación**

El compromiso que manifiestan los Técnicos Paramédicos con la institución de salud donde prestan servicios es uno de los descubrimientos más importantes.

Pese a los turnos, reemplazos y jornadas extraordinarias, los bajos sueldos, la imposibilidad de acceder –por lo menos en el corto y mediano plazo- a condiciones más humanas en su entorno laboral, familiar y social, los paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Félix Bulnes permanecen en su trabajo y no emigran al sistema de salud privado por una vocación de servicio.

La sobrecarga laboral (con sus derivados de falta de descanso, poca o casi nula recreación, postergación de las vacaciones anuales que a la postre los lleva a enfrentarse con enfermedades de índole mental y física, y su empeño para atender en mejor forma a los usuarios más allá de la carencia de implementos médicos y remedios) que se imponen para tener un mayor poder adquisitivo y así contribuir a mejorar su entorno laboral es otro de los “ítems” a destacar entre los hallazgos de la investigación.

## CONTRIBUCION AL TRABAJO SOCIAL

### 1.- Incorpora conocimiento sobre SDP a trabajadores del área social

En primer término incorpora conocimientos de utilidad para todos los que trabajan en el área social (trabajadores sociales, médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, etc.), sobre un Síndrome, como el Burnout, que es proyectado más allá del campo exclusivo de la salud; sus causas o raíces estarían en la estructura económico-social que hoy impera en el mundo.

El desconocimiento del por qué de los síntomas que se comienzan a padecer impide la mejoría, de allí la importancia de estar informado y sensibilizado en el tema, *en cuanto va desde lo psicológico y lo psicosomático del síndrome hasta sus orígenes económicos, pasando por los sistemas de administración autoritaria*

### 2.- Desafío a trabajadores sociales

El conocimiento y manejo del tema planteará a los que han abrazado (o lo harán en el futuro) la causa del Trabajo Social a redefinir su trabajo en relación al problema tratado y abordarlo como un problema social. La importancia de este trabajo está en permitir difundir, de una u otra forma, esta patología, diagnosticarla y tratarla

en forma precoz.

La manifestación del estrés laboral profesional no puede tener las mismas connotaciones en sociedades subdesarrolladas y dependientes como lo constituye el caso de la sociedad chilena, con sus particularidades tecnológicas, ideológicas y culturales. La investigación debiera contribuir a aportar pistas que establezcan las características comunes del llamado Síndrome de Desgaste Profesional y su necesaria diferenciación en el contexto de la realidad chilena. Ello obligará a los trabajadores sociales a implementar medidas de intervención sobre el Burnout.

Desde la óptica del trabajador social y del bienestar, se debiera propender a sensibilizar a las instituciones públicas y privadas, a sus autoridades, y por supuesto a la comunidad nacional, en cuanto a la importancia de encarar este flagelo del tercer milenio integralmente con los desafíos de nuestra sociedad chilensis, lo que contribuiría sin duda a elevar el bienestar de los habitantes de este país.

### **3.- Destierro de impronta economicista del Trabajo Social**

En referencia a los conceptos de competencia laboral y productividad en las áreas de la producción y de servicios (postas, consultorios, hospitales, entre otros), si bien colaboran al crecimiento y desarrollo del país, ello debe lograrse sin la alienación del trabajador,

sin la pérdida del sentido de su trabajo.

**“Caminamos como rebaño hacia donde nos quieren llevar: al consumismo, al egoísmo, a la desaprensión por los temas colectivos, solidarios o simplemente valóricos”** (Lechuga). De allí la importancia del Trabajo Social y de sus colaboradores, en tanto cuanto **la vida es mucho más que el ganar o perder dinero**. Los trabajadores sociales tienen mucho que hacer en este campo, en el intento colectivo por invertir una situación que no es necesariamente insuperable.

#### **4.- Futuras investigaciones sobre el Burnout**

Aún cuando el Síndrome de Burnout comenzó a investigarse hace más de 25 años, todavía persisten dudas y faltan respuestas, según muchos autores, a sus propios trabajos sobre este tema. De allí, la conveniencia de realizar nuevas investigaciones para interiorizarse más aún del Burnout (investigaciones tendientes a aclarar aquellos factores que cubren este fenómeno y las manifestaciones del Burnout, combinando el estudio y la intervención acerca del SDP; y ahondar qué aspectos influyen en el origen del síndrome, por ejemplo).

## CONCLUSIONES

### (Medidas de Intervención sobre el Síndrome de Burnout)

De la investigación sobre el Síndrome de Burnout o *quemamiento* en los técnicos paramédicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital “Dr. Félix Bulnes Cerda”, y el apoyo de los estudios realizados a nivel nacional y mundial sobre el tema, se pueden extraer relaciones de igualdad o conformidad entre una u otra cosa, fenómeno o situación (*consonancia*); o viceversa: discrepar, no concordar, parecer irregular (*disonancia*).

#### Consonancias

1.- El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) surge de la *interacción social* entre el que entrega el servicio (técnico paramédico, enfermeras, asistentes sociales, médicos, etc.) y el que la recibe o usuario. O sea, los prestadores de servicio que tienen contacto directo y constante con los destinatarios de su ayuda (que tienen problemas o motivo de sufrimiento) son los más proclives a adquirir el Burnout.

2.- El Burnout es un Síndrome caracterizado por el *agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la capacidad personal* de los profesionales que “se ocupan de la gente”.

3.- El ausentismo de los trabajadores de la salud, particularmente de los Técnicos Paramédicos que están adquiriendo el Burnout o están en vías de ser sus víctimas, está directamente relacionado con las condiciones de trabajo.

4.- El “costo” del Burnout puede llegar a ser muy alto para el profesional paramédico u otro trabajador en su contacto con los que necesitan de sus servicios: afecta negativamente al prestador de servicios y, por ende, al usuario, su familia, su entorno laboral.

5.- En sectores de alto estrés (servicios de urgencia infantil, quemados, SIDA), los técnicos paramédicos y demás trabajadores de la salud deben concentrarse en labores que tienden a desgastar capacidad y funciones consideradas como esencia de la personalidad (miran con desprecio a usuarios, tienen mala opinión de ellos y les demuestran cuanto lo detestan, se transforma en un burócrata árido y sólo se limita a cumplir estrictamente el reglamento: es la denominada ***despersonalización***, una de las tres dimensiones –las otras dos son el ***cansancio*** o ***agotamiento emocional*** y la ***falta de realización personal***- que adquiere el Síndrome, según la investigadora de la Universidad de Berkeley, Cristina Maslach).

## **Disonancias**

1.- Si no se trata a tiempo el SDP, a mayor desgaste profesional menor es la calidad del trabajo o servicio prestado al usuario.

2.- El sistema impersonal que se da en la estructura de salud (a lo que se suman los problemas de abastecimiento de implementos médicos y remedios, falta de personal, además de condiciones laborales precarias), y específicamente en el Servicio de Urgencia Infantil del HFBC, contrasta con el espíritu de solidaridad que anima a los técnicos paramédicos hacia los usuarios: niños de comunas populares de la Región Metropolitana.

3.- Con más personal paramédico, más medios y un mejor entorno laboral y social se reduciría el riesgo de llegar a una situación de burnout.

4.- Hay desconexión entre un rico (o excesivo) conocimiento teórico y escaso entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional.

## **Medidas de Intervención sobre el Síndrome de Burnout**

Estrategias de intervención ante el Burnout son muy escasas y sobre todo abundan aquellas que lo tratan desde el punto de vista de la terapia psicológica, enfocada a corregir disfunciones cognitivo-

emocionales; o desde la terapia farmacológica, con los ansiolíticos y antidepresivos respectivos; o una combinación de ambas terapias, lo que sería óptimo. Otras asumen que sólo basta con abordar los procesos inconscientes que dicen relación con el Burnout dado que consideran las características de personalidad como lo más relevante en el desarrollo del síndrome, aún cuando no desdeñan otros aspectos, como el organizacional o el entorno laboral.

Las hay también aquellas que privilegian una adecuada comunicación en la organización, establecimiento de recompensas y satisfacer las expectativas potenciales y reales de los individuos para contribuir a la obtención de una mayor satisfacción personal en el trabajo.

Pero, ello no basta.

Desde una mirada social, o psicosocial si se quiere, las anteriores estrategias son parciales cuando no integran las variables socioeconómicas y otras a la discusión del por qué del Síndrome en la realidad concreta del individuo, de grupos de ellos, o de la sociedad en su conjunto. Abordar el problema del Burnout mediante un programa de intervención amplio e integral, que incluya las variables clínicas y sociales es fundamental. Estas últimas deben manejarse con propiedad por parte de los trabajadores sociales, sin descuidar las primeras, para así aportar al tratamiento integral del Síndrome de Burnout o su

prevención, conjuntamente con especialistas de otras áreas que estudian y tratan el Síndrome.

Para enfrentar el tema abordado no es suficiente con técnicas terapéuticas clásicas o sólo con medidas socioeconómicas, toda vez que se trata de un Síndrome complejo y muy amplio en relación a sus causas y consecuencias. De allí la importancia de medidas de intervención planificadas acorde a esas causas tendientes a aliviar o eliminar las consecuencias. Aún cuando lo mejor es prevenirlas.

El Estado y sus organizaciones, tanto públicas como privadas, y las organizaciones sociales en general, tienen un rol fundamental que jugar en este aspecto, dado que este Síndrome, y por consiguiente sus efectos, está afectando a trabajadores, dueñas de casas, niños en edad escolar o no, estudiantes y a gran parte de la sociedad humana.

Aún cuando el modelo neoliberal es el que, en última instancia, está en la base del génesis de los problemas que viven los seres humanos (sistema económico en crisis constante, con sus secuelas de desempleo, guerras locales, hambrunas, sequías, analfabetismo, bajos salarios, entornos laborales inhumanos, escalas de valores trastocadas, enfermedades, destrucción ambiental, aumento de las diferencias entre países ricos y pobres, aumento de gastos militares, de la corrupción y despilfarro de los recursos, racismo, xenofobia, etc.), no es menos cierto que los individuos y sus organizaciones, y particularmente los

trabajadores sociales, deben encarar este problema sin esperar que el mundo cambie integralmente de un día para otro.

Por lo pronto, se hace necesario que las instituciones públicas o privadas, las empresas y organizaciones –donde los individuos pasan gran parte de su tiempo trabajando- adopten medidas de prevención del estrés laboral. Las recomendaciones de Slipak (1996) al respecto deben tenerse en cuenta:

- Controles médicos anuales
- Protección y medios de trabajo adecuados
- Capacitación
- Establecer prioridades a niveles organizacionales
- Estimular los vínculos interpersonales
- Concientización de los peligros de la sobreestimulación y subestimulación laboral y la incidencia sobre la salud de los turnos rotativos.

A su vez, los individuos que integran la organización deben adoptar una serie de medidas, como por ejemplo:

- Tomar conciencia de los medios de protección disponibles
- Capacitarse
- Mejorar los vínculos interpersonales
- Evitar la contaminación entre los factores personales y laborales

- Manejo adecuado del tiempo libre
- Modificar la conducta emocional laboral
- Detectar, reducir y suprimir estresores
- Ser realista
- Definir prioridades
- Desacelerar actividades
- Organizar el tiempo
- Desarrollar estrategias de enfrentamiento del estrés
- Cambiar el comportamiento laboral
- Modificar el estilo de vida
- Realizar una actividad física adecuada
- Mantener una dieta equilibrada
- Controlar las adicciones
- Practicar técnicas de relajación y respiración
- Consultar con un profesional según el grado de estrés
- Encarar terapias médicas y/o psicológicas especializadas en los casos graves (Burnout, por ejemplo).

## **BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografía

- Acevedo, Miguel (2001): **Estrés y Productividad, una mirada integradora.**  
[www.mundomed.net](http://www.mundomed.net)
- Alcaraz, Blanca;  
Arribas Cristina;  
Asencio, José Manuel;  
Ben Hassan (2001). **Estudio del Síndrome “estar quemado” (Burnout) en Personal de Enfermería.**  
[www.ucm.es.net](http://www.ucm.es.net)
- Europa Press (2000) “El TS reconoce como accidente laboral el síndrome de “estar quemado”, Agencia Europa Press, 14-12-00, Madrid, España.
- Chacón, Margarita;  
Grau, Jorge (1997): “Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos” Cuba.
- Esparza, Carlos,  
otros (1995): “Determinación de los niveles del Síndrome Burnout en Profesionales de la Salud de la Quinta Región” Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad Católica de Valparaíso.
- Farber, B. (1991): “Crisis en Educación: Estrés y Burnout en profesores de América” Ed. Jossey-Bass publisher, E.E.U.U.
- Figueroa, M;  
Gutierrez, A; Hernández, R;  
Stein, A: (1997): “Validación empírica del Cuestionario de actitudes ante el Trabajo de Evaluación del

- Síndrome de Burnout en profesionales de Salud de la Quinta Región”. Tesis para optar para el grado de Licenciado en Psicología y título de psicología. Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
- Filgueira,M; Martin A. San Martín,R: (1994).  
Desgaste Profesional Acelerado en Trabajadores de la Salud: Un Estudio Psicosocial. Siso/Saúde: Boletín de asociación Galega de Salud Mental. N°s 23,27-56.
- Gil Monte,P.;  
Peiró, J.M. (1997):  
“El desgaste psíquico en el trabajo: el Síndrome de quemarse”. Ed. Síntesis. Madrid. España.
- Gil Monte,P.R. (2000):  
Aproximaciones Psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16 (2); 101-102. España
- La Tercera, 2001: 8, Santiago, Chile.
- Hernández, R;  
Fernández, C;  
Baptista P; (1991):  
“Metodología de la Investigación 2da. Edición Mc Graw-Hill Interamericana Editores S. A., México.

- Levi Leonard (1984): “Stress in industry, Causes, Effects and prevention” Occupational Safety and Health
- Maslach, C. (1978): Job burnout. How people cope. Public Welfare. Park Ridge, London House.
- Maslach, C (1982) “Burnout: A social psychological analysis”. Londres: Park Ridge, London house.
- Mertens Leonard (1999): **Competencia Laboral y Mercados de Trabajo: Una Relación de contingencia**, [www.mertens@mex.oit.org.mx](mailto:www.mertens@mex.oit.org.mx)
- Ministerio de Salud Servicio Nac.de la mujer: (1997) “Una Perspectiva de Género de los RR.HH. del Sector Público de Salud”. Perfil Socio Familiar y Laboral. Edición Ramos y Becerra Ltda.
- Moreno,B; Oliver, C. Y Aragoneses, A. (1990): El Burnout,una forma específica de estrés laboral Buela Casal,G. Caballo,V. (ed): “Manual de Psicología aplicada” Primera edición. Madrid: ediciones Lavalle ltda,. Cap.15 pag. 171-280.
- OIT (1993) “El trabajo en el mundo”, Ginebra, OIT, 1993.
- Phyllis, Gabriel (2001): **Documento elaborado por la OIT sobre las Políticas y Programas de Salud Mental**

**para los Trabajadores de  
Alemania. EE.UU., Finlandia,  
Polonia y Reino Unido,**  
[www.presse@ilo.org](mailto:www.presse@ilo.org)

- Salgado,A;Yela,J;  
Quevedo,M; Delgado,C;  
Fuentes,J; Sánchez,T;  
Facultad Velasco,C; (1997): “El Síndrome del Burnout  
Estudio Empírico en Profesores  
de Enseñanza Primaria”.  
de psicología. Universidad de  
Salamanca.
- Shaufeli, W;  
Maslach,C;  
Marek,T. (1993) “Professional Burnout: Recent  
developments in theory and  
research”. Taylor &  
Francis.USA.
- Slipak, Oscar E. (1996): “Estrés Laboral”, Alcmeón 19,  
Nº 4, págs 03-09, Buenos Aires.
- Taylor S.;  
Bodgan R. (1986): “Introducción a los Métodos  
Cualitativos de Investigación: La  
búsqueda de significados”  
Paidos, Buenos Aires –  
Argentina.
- Tekman, Marcelo;  
Rodríguez, Jorge (2000): Estudio de la División de  
Presupuesto del Ministerio de  
Hacienda, publicado por la  
Cepal.
- Trucco, Marcelo (1993): “Apuntes sobre Estrés y Salud  
Mental Ocupacional”. Santiago  
de Chile.

# **A N E X O S**

1, 2 y 3

## **Anexo N° 1**

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

- 1.- Nombre \_\_\_\_\_
- 2.- Edad \_\_\_\_\_
- 3.- Casada (o) \_\_\_\_\_  
Soltera (o) \_\_\_\_\_  
Separada (o) \_\_\_\_\_  
Viuda(o) \_\_\_\_\_  
Convive \_\_\_\_\_
- 4.- Comuna de residencia \_\_\_\_\_
- 5.- Tienes hijos Si \_\_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años  
No \_\_\_\_\_
- 6.- Situación habitacional propietario \_\_\_\_\_  
Arrendatario \_\_\_\_\_  
Allegado \_\_\_\_\_
- 7.- Situación Laboral Años de Técnico Paramédico \_\_\_\_\_
- 8.- Antigüedad en el Servicio de Urgencia \_\_\_\_\_
- 9.- Grado \_\_\_\_\_
- 10.- Condición laboral Titular \_\_\_\_\_  
Contrata \_\_\_\_\_  
Honorarios \_\_\_\_\_  
Reemplazo \_\_\_\_\_
- 11.- Situación económica: En el grupo familiar ¿Cuántos trabajan ?  
\_\_\_\_\_
- 12.- Sueldo liquido de Ud. \$ \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

1.- Tiene usted hijos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.- Si tiene hijos/as menores de 12 años ¿por cual de las siguientes situaciones, ha faltado a su trabajo? (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Su hijo está enfermo
- b.- No confía en la persona que está al cuidado de su hijo /a(s)
- c.- Su hijo no quiere ir al colegio
- d.- Su hijo no quiere que vaya a trabajar
- e.- Usted se siente mal al pensar que los descuida
- f.- No lo puede llevar por enfermedad a la Sala Cuna o Jardín Infantil

3.- Si usted se siente enferma hace uso de licencia médica? (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Solamente cuando no soy capaz de levantarme
- b.- Solo cuando el tipo de enfermedad no la puede controlar
- c.- En algunas ocasiones, depende de la demanda del servicio
- d.- No, voy a trabajar como sea.

4.- En su período de feriado legal o permisos, que actividades realizan (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Salgo con mi familia, fuera de Santiago
- b.- Me quedo en la casa
- c.- Realizó trámites
- d.- Lo dedico a dormir, leer , ver televisión.
- e.- Voy de paseo con mis hijos

5.- Si en el último año ha tenido licencia médica ¿de qué tipo ha sido su enfermedad? (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Osteomusculares
- b.- Respiratorias
- c.- Psiquiátricas
- d.- Digestivas
- e.- Ginecológicas

6.- Marque con una x el medio de transporte, o la combinación de medios, que utiliza habitualmente para ir a su trabajo principal, y señale el tiempo que se demora en el traslado en minutos u horas.

**Medio de transporte**

- a.- Micro
- b.- Auto propio
- c.- Auto de su pareja
- d.- Taxi colectivo
- e.- A pie
- f.- Auto de otros
- g.- Bicicleta

7.- ¿Quién cumple el rol de jefe de hogar? (Marque con una x la alternativa que corresponda).

- a.- Usted misma
- b.- Su pareja
- c.- Ambos
- d.- Ud, y esa persona que menciona

8.- Si usted tiene pareja estable ¿tiene conflictos con él/ella por alguna de las siguientes razones?(Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Trabajar horas extraordinarias o repetir turnos
- b.- Hacer trabajo nocturno
- c.- Hacer turnos de sábado y domingo
- d.- Cambiar turnos
- e.- Hablar de su trabajo en la casa
- f.- Porque debido a su trabajo no puede participar en reuniones sociales o familiares

9.- Que tipo de ingresos personales percibe habitualmente en el mes? (Marque con una x todas las opciones que correspondan.

**Tipo de ingreso**

- a.- Sueldo correspondiente a su grado por jornada diurna
- b.- Sueldo correspondiente a su grado por sistema de turno
- c.- Horas extras fuera de su sistema de turno
- d.- Asignación de Urgencia
- e.- Turnos part-time en otra institución
- f.- Venta de cosméticos, ropa, alimentos, etc
- g.- Otro trabajo a honorarios

10.- Marque con una x el tramo en el cual se ubican sus ingresos personales totales percibidos en promedio al mes, durante el último semestre. Incluya todos sus ingresos sin descontar previsión, créditos y otros.

- a.- Menos de 150.000
- b.- 151.000 - 250.000
- c.- 251.000 - 350.000
- d.- 351.000 - 450.000
- e.- 451.000 - 500.000

11.- Si usted considera que sus remuneraciones son injustas?, por cual de los siguientes aspectos sería? (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).**Si usted considera que no lo son**, pase a la sgte. pregunta.

- a.- Por su antigüedad
- b.- Por la responsabilidad de su cargo
- c.- Por los riesgos
- d.- Por su especialización
- e.- Por la función que desempeña

12.- Cuál es su jornada habitual en su centro asistencial? Si realiza más de un trabajo, refiérase sólo al trabajo principal. Marque con una x la opción que corresponda.

- a.- Jornada diurna de 9 horas (8 a 17 hrs.)
- b.- Jornada diurna de 9 hrs. + horas extraordinarias diurnas
- c.- Jornada diurna de 9 hrs. + turnos de sábado, domingo
- d.- Cuarto Turno
- e.- Tercer Turno

13.- En su caso, la decisión de hacer turnos en fechas especiales tiene el carácter de:

- a.- Imposición por parte del jefe
- b.- De mutuo acuerdo con la jefatura
- c.- Planificación del equipo
- d.- Sorteo

14.- Quién es la persona que aporta más en el presupuesto familiar?

- a.- Usted
- b.- Otra persona
- c.- Ambos

15.- Tiene usted deuda ?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

16.- Con que instituciones tiene usted deudas? (Si usted no tiene deuda pase a la sgte. Pregunta)

- a.- Con bancos
- b.- Financieras
- c.- Casas comerciales (con tarjetas)
- d.- Caja de Ahorro de EE.PP.
- e.- Préstamos de Bienestar
- f.- Casas comerciales (convenios)

17.- Si ha realizado actividades de capacitación / o perfeccionamiento en el último año.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

18.-Tipo de financiamiento según corresponda.

- a.- Institucional
- b.- Personal

19.- La vivienda donde usted habita es: (Marque con una x la opción que corresponda)

- a.- Propia pagada totalmente
- b.- Propia pagando a plazo
- c.- Arrendada
- d.- Vive en casa de sus padres
- e.- Allegada
- f.- Vivienda de familiares

20.- Pertenece usted a alguna organización?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

21.- Si pertenece a alguna organización , a cual de las siguientes organizaciones (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Fenats
- b.- Otro sindicato
- c.- Junta de vecinos
- d.- Club Deportivo
- e.- Centro de padres y apoderados
- f.- Iglesia
- g.- Centro cultural

22.- ¿ Si pertenece a alguna de ella, participa activamente en la organización?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

23.- Con cuales de las personas mencionas tiene usted conflictos interpersonales? (Marque con una x todas las alternativas que correspondan).

- a.- Médicos
- b.- Enfermeras
- c.- Colegas
- d.- Auxiliares
- e.- Pacientes/usuarios
- f.- Familiares de paciente/usuarios

## **Anexo N° 2**

### **OPINION DEL DR. LUIS WEINSTEIN**

Una paradoja, con posibilidades de volverse emblemática para una visión del mundo actual, es la de la vivencia de agotamiento y desesperanza, de pérdida de referente orientador, de pozo negro, abrumador, que comparten muchos servidores públicos, consagrados, idealistas, inermes ante la impersonalidad del sistema, ante la enajenación de una cultura en que no importan los compromisos, las lealtades, el ser humano.

La ciencia ha puesto de actualidad un síndrome, el llamado "Burnout", estar "quemado". Odras nuevos para un contenido tal vez tan antiguo como el homo sapiens. Es el anonadamiento en que se suman el cansancio, la discontinuidad con la biografía, con el resto de las personas, con el sentido común. Es una asociación entre la conocida fase de agotamiento del síndrome general de adaptación, la anomia, el vacío existencial. Un entrecruzamiento de las dimensiones psicofisiológicas, socio culturales y espirituales de la vida.

El paradigma cultural básico de la modernidad, el de "las cosas claras y distintas" del cartesianismo, el de la individualidad, actualizado en la cultura del capitalismo avanzado, tecnocrático, informático, el fervor consumista y la reverencia por el espectáculo, ahogan, velan, las necesidades de comunión, de solidaridad, de servicio.

La vivencia de " estar quemado", anonadado, sin rumbo, ajeno al propio pasado, sin entusiasmo vital, sin propósito, es muy propia de los trabajadores de la salud que no desempeñan tareas muy especializadas, sometidos a horarios extenuantes, a frecuentes malos tratos del público y de los superiores y a bajos

ingresos que mantienen en dura tensión los esfuerzos para hacer frente a la subsistencia.

Si hablamos de factores favorecedores de este “síndrome” en los trabajadores de la salud llamados eufemísticamente “para médicos,” podemos considerar que cabe suponer que se dan en dos “constelaciones”, cercanas pero diferenciables. Por un lado, lo estructural, lo propio del mundo unipolar del presente con su vertebración en las cosas y no en las personas, en los intereses individuales y no en lo comunitario, en lo cuantitativo, lejos de los valores, de la complejidad subjetiva. A ello se agregan las condiciones especiales de Chile, donde existió una avanzada medicina social como uno de los vectores de un proceso orgánico de transformaciones democráticas que pasó por diferentes instancias como “el año veinte”, el Frente Popular, la Revolución en Libertad, La Unidad Popular... y , después del interregno y regresión de la dictadura, la lenta marcha por una democracia de baja intensidad donde la salud se confunde con el vasto, estridente, triunfalista mundo de los negocios. Mantenemos la imagen de que la salud es muy importante, hacemos homenajes a la orientación social de la medicina , pero los ingresos son bajos, los “para médicos” tienen poco status, hacen tareas sin gran participación y espacio para la realización personal, sufren los efectos de la frustración irritada de la comunidad.

Guillermina Cancino pone el dedo en una llaga dolorosa. Para los afectados y para los que creen y quieren la democracia, los derechos de todos, la salud de las personas y la de la cultura.

Esta tesis es un trabajo riguroso, empujado, con esfuerzo, más allá de los límites corrientes de los requisitos formales para los estudiantes universitarios. Es una rica veta para trabajos de investigación comprometidos con los problemas de una sociedad enferma y de un sector de personas abnegadas,

de espíritu comunitario, sometidas a condiciones laborales indignas de la nobleza, del sentido de la tarea de salud

En este trabajo hay información e inspiración para personas comprometidas en la lucha gremial, en el trabajo comunitario, en los esfuerzos por llegar a transformaciones culturales, en las críticas desde la salud pública al modelo de atención médica bío médico, individualista, deformado por el espíritu mercantil. Es un verdadero hito en la marcha hacia el retomar la auténtica senda hacia la democracia y la vigencia integral de los derechos humanos. La sociedad en que no se hable de para médicos, en que de alguna manera toda la ciudadanía, desde distintos ángulos, sea “trabajadora de la salud” y que quienes cumplan con tareas de atención médica cuenten con las posibilidades de desarrollarse como especialistas y como personas.

## **OPINION DE EXPERTO**

El objetivo de desarrollar trabajos en Burnout, es presentar, a los encargados de la planificación del país y a su personeros políticos operativizadores, investigaciones actualizadas en concordancia con los nuevos aspectos que emergen del desarrollo del país, en particular dentro de la Empresa Pública Estatal y en los servicios socio-sanitarios que derivan de allí.

A través del tiempo el concepto de salud a experimentado variaciones. En 1978, la organización mundial de la salud propone un cambio en la definición del concepto. Hasta esta fecha salud era entendida como "la mera ausencia de enfermedad". En la nueva definición salud es atendida como "un desarrollo, una tendencia hacia la plenitud de realización".

Esta nueva definición implica:

- que la salud es dinámica y cambiante (no es estructurada y estática).
- Salud es un derecho y debe ser proporcionada.
- Asumir el desarrollo de una actitud preventiva (antes de que los procesos degenerativos aparezcan).

A partir de esta nueva definición numerosas conceptualizaciones han sido propuestas, conceptualizaciones que ahora si pueden plantear el marco macro social donde se producen estos fenómenos. En general, estas nuevas propuestas tienen como base un enfoque bio-social y un enfoque holístico.

En el concepto de Salud Mental se comienza a incorporar el aspecto "social" a los parámetros intrapsíquicos. Para prevenir se pone énfasis en la búsqueda de causas ambientales, así se llega al fenómeno del stress.

Una forma de intervenir es a través de la investigación, se busca generar investigaciones sobre problemas de máxima actualidad e

incidencia con el fin de llegar a conocer y controlar un determinado fenómeno.

Paralelo a esto se desarrolla la Psicología Comunitaria y, junto con otras tendencias, colaboran en la aparición y desarrollo del síndrome Burnout.

Análisis histórico prueban que con las mejorías de las condiciones sociales se presentan más problemas que antes, no eran considerados como tales. Uno de estos nuevos fenómenos que comienza a investigarse es el Burnout; que aparece como un factor que puede contribuir al éxito o fracaso de estos cambios.

Desde hace un tiempo se ha observado que los profesionales de ayuda y enseñanza experimentan un alto nivel de desgaste profesional. Se ha observado que las reformas a estos sistemas (salud, educación), pueden generar más desgaste profesional en sus trabajadores. Así, las expectativas más ambiciosas de asistencia integral pueden volverse en contra de estos profesionales por la dificultad de adaptarse a estos nuevos cambios.

Lo relevante está en el interés del país por las reformas a estos sistemas; si no se da importancia a los recursos humanos no se llega a los resultados apetecidos.

El origen histórico del interés por los recursos humanos en Psicología Clínica, tiene varias causas:

- 1.- Se comienza a prestar más atención en la figura del terapeuta, principalmente debido a que el terapeuta comienza a enfrentarse a situaciones más desgastadoras, (por ejemplo: trabajar en el tema de los DDHH, en Criminología, se abre una nueva línea que es la victimología, que es el trabajo con la víctima etc).

2.- Aumenta el número de demandas hacia una visión de resolución de problemas; aparecen problemas que antes no eran considerados como tales. Ej: embarazo precoz, madres adolescentes, etc.

3.- Existen un cambio en la acción del Estado (aumentan las demandas, los recursos por servicio disminuyen), (pasa a ser un tema político). Reformas, cambios.

Aquí es dónde surge el Burnout, un concepto que se incorpora al concepto de Stress, en donde se pone de relieve el riesgo del usuario y del trabajador, hasta hace poco no investigado.

**DOMINGO ASÚN SALAZAR.**

Valparaíso, julio 24 de 2002.

## **Síndrome de Burnout en los Técnicos Paramédicos del Hospital**

### **Dr. Félix Bulnes Cerda**

Difícil tarea la de posesionarse como Experto en un tema como éste y más aún, ser objetivo, frío y crítico del trabajo de una amiga cuyos valores y trayectoria conozco de cerca desde ya varios años.

Creo, en primer lugar, que el tema que desarrolla Guillermina toca el punto más sensible de las nuevas relaciones laborales, el efecto más doloroso de la impronta economicista que va adquiriendo toda la sociedad, incapaz de responder a las enormes presiones que ejerce el gran capital internacional. Estamos conscientes de que la vida es mucho más que el ganar o perder dinero y sin embargo caminamos como rebaño hacia donde nos quieren llevar: al consumismo, al egoísmo, a la desaprensión por los temas colectivos, solidarios o simplemente valóricos.

Somos incapaces de reaccionar como ciudadanos ante avisajes en la televisión que le dicen a nuestros niños que “el más fresco gana” que “eres lo que tomas”, que relacionan el tabaco con cuerpos perfectos cuando el tabaco produce mal aliento, cáncer, expectoración e impotencia sexual.

En tiempos en que se imponen los dictados del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional y de la casi recién creada Organización Mundial del Comercio, organizaciones sin contrapartida otra que la ideológica, solo la experiencia insólita de Cuba recibe algún reconocimiento del Banco Mundial en términos de alabar sus avances en salud y educación sin el crecimiento económico que estas organizaciones exigen.

Los Foros antiglobalización son una esperanza cierta, pero aún mantienen un carácter contestatario, impedidos tal vez

de actuar coordinadamente en una propuesta sólida dada la enorme (y feliz) diversidad que los caracteriza.

Cundo el GATT elabora el concepto de la *mercancía igual*, está diciendo que es irrelevante que esa mercancía se haya logrado mediante el trabajo esclavo de mujeres o de niños, para transnacionales que fabrican en el mundo subdesarrollado para vender en el desarrollo, con márgenes de ganancia escandalosos.

Así también, tal vez en un tono menor, el carácter que ha ido adquiriendo el trabajo en el sector salud la atención a personas con problemas de todo orden, genera en los funcionarios frustración y desencanto de los ideales de servicio que inicialmente los animaron a esta tarea.

El gran volumen de prestaciones, los escasos recursos, la actitud agresiva de los pacientes, obliga a la automatización de conductas, frases de saludo, indicaciones, etc., que siguen un itinerario propio en pos del ahorro de tiempo en cada atención. Esa conducta funcionaria bloquea la comunicación, que se da sólo en algunas ocasiones y por circunstancias especiales.

La monografía del Burnout que desarrolla la investigación es exhaustiva, y deja al lector informado y sensibilizado en el tema, en cuanto va desde lo psicológico y lo psicosomático del síndrome hasta sus orígenes económicos, pasando por los sistemas de administración autoritaria, no participativa en los habitualmente se encuentra preso el funcionario.

Como en la enorme mayoría de las afecciones mentales reactivas, el desconocimiento del por qué de los síntomas que se comienzan a padecer, impide la mejoría. De ahí la importancia de este tipo de trabajo que, de una u otra forma permite difundir esta patología, diagnosticarla y tratarla también en forma precoz.

Cuando Guillermina afirma, en el Capitulo II, que la modernización de los sistemas de salud.... *corresponde a una demanda creciente de la población mundial*, entro en discrepancia, tal vez solamente semántica, tal vez no, pero me interesa exponerla, en tanto guarda relación con la génesis del problema.

Desde el punto de vista de Salud Pública, la demanda corresponde a la "presión asistencial", una actitud conciente de las personas en la solución de sus problemas, graves o no, verdaderos o no, pero con conciencia de ellos. Las *necesidades* de salud son diferentes, porque son objetivas y pueden, o no, estar en la conciencia de las personas. Casi por definición, podríamos decir que las necesidades casi siempre serán mayores que las demandas, aunque estas últimas puedan exagerarse artificialmente en determinadas circunstancias.

Si uno analiza el origen de las propuestas de atención de salud, observa que, en los así llamados Estados Benefactores, la preocupación por la salud de los trabajadores tenía un fin básicamente económico, en cuanto la producción estaba ligada muy estrechamente a la obra de mano, la que debía ser saludable y productiva. La jornada de ocho horas es representativa de este interés.

En los tiempos que corren, cuando los procesos tecnológicos van necesitando cada vez menos mano de obra especializada y los trabajadores van derivando al sector de servicios, cada vez menores, esta preocupación desaparece, la jornada se extiende de manera inhumana, se agrava la cesantía y los sueldos de hambre, exponiendo así a grandes masas de población a enfermedades de todo tipo, lo que unido a otros problemas de igual índole, pueden generar, pueden generar respuestas violentas o cambios en los apoyos políticos de las masas.

Cuando el Banco Mundial crea el concepto de la Canasta Básica de Prestaciones para los países pobres, una lectura atenta de los documentos originales permite descubrir que su intención no es otra que resolver los problemas de salud *solo hasta el punto en que puedan evitar la explosión social*, y nada tienen que ver con intenciones altruistas, humanitarias o solidarias. Recomienda, explícitamente, no asignar demasiados recursos a la salud de los pobres porque puede perderse el apoyo político de los sectores de mayores ingresos.

Es sabido que la preocupación del Banco Mundial, que lo lleva a elaborar el Modelo del BM (SAMU,SAPU,CRS y CDT), nace de un interés económico, de la necesidad imperiosa de controlar la espiral de costos generada en el sistema de seguros médicos, en el avance tecnológico en los exámenes auxiliares del diagnóstico y en los seguros por mala práctica médica.

Las grandes cifras de mortalidad en el mundo entero están generadas en la desnutrición infantil y adulta, la ineducación, la ausencia de medidas sanitarias básicas como redes de agua potable y alcantarillados. Según la propia OMS, los indicadores del nivel de estado de salud de la población tienen más que ver con estas expresiones de la organización socio económica de cada comunidad, que con el desarrollo de los servicios de atención de salud. La Organización Mundial del Comercio, cuando recoge el legado del GATT respecto de *mercancías iguales*, está abandonando a su suerte a miles de mujeres y niños explotados, sin atención médica ni alimentación suficiente.

Si hubieran sido las demandas conscientes de la población las que obligaron a las autoridades a enfrentar el problema de la salud, el pronóstico sería absolutamente distinto. Desgraciadamente, creo que eso no es así, y eso explica nuestras actitudes meramente contestatarias y por lo

tanto débiles, cuando deberían ser necesariamente propositivas y fuertes.

Creo, finalmente, que estas políticas laborales y de atención social “de parche”, son las responsables del síndrome que nos ocupa.

En referencia al concepto de la competencia laboral en el sector productivo, si bien colabora al crecimiento y al desarrollo del país, debe lograrse sin la alienación del trabajador; en un sentido marxista casi puro, sin la pérdida del sentido de su trabajo.

El problema nace cuando estos conceptos de competencia se trasladan mecánicamente al sector de los servicios, sin crear los mecanismos de evaluación adecuados. La cantidad y la calidad del producto pueden medirse con facilidad de acuerdo a estándares incluso internacionales, sin embargo, la mayor complejidad de la prestación del servicio, la subjetividad implícita en el trabajo en equipo y en el trato al usuario, resultan de difícil medición, más aún con los criterios actuales. La autoridad se ve obligada entonces a una evaluación tan compleja como formal, inútil a los efectos de la retroalimentación del sistema, que termina por dirimir las competencias por la hora de llegada y de salida y por el ausentismo.

Tal rasero genera situaciones de injusticia evidentes para los trabajadores que optan, desde despreocuparse de la calidad de su trabajo para dedicarse a controlar el indicador, hasta olvidar el indicador para trabajar con sus propios conceptos de calidad y responsabilidad. El resultado es entonces paradójico porque la mala calidad será premiada y la buena calidad, castigada.

Este no es un ejercicio teórico sino una observación de la realidad.

En relación al formato de la investigación, que no dudo estará asesorada y debe corresponder al tipo de investigación, descriptiva, con la que se ha enfocado el problema, me permitirá hacer algunas observaciones casi a modo de interrogantes, para entender un formato de investigación inhabitual para mi experiencia.

Me refiero en concreto al interés de la investigación por el descubrimiento de las relaciones causales del fenómeno en estudio, que implica la identificación positiva de las causas y su relación directa con determinados efectos, o mediatizada por factores condicionantes que también deben ser despojados de causalidad como lo son los catalizadores en la física o las enzimas en la biología. De igual manera, asumo el concepto de hipótesis en el sentido de supuesto que debe ser comprobado o desechado mediante la investigación.

Con ese enfoque y esa terminología, me cuesta entender, en la Fundamentación de la investigación, según do párrafo, el texto que se refiere a la descripción de las *causas* efectivas que conducen al estrés laboral y a la descripción de las *condiciones* que llevan al síndrome de burnout. Primero, porque el estrés como concepto mayor lleva implícito al burnout, y en segundo lugar, porque en eventos complejos como éstos, lo habitual es que coexistan factores causales directos y factores condicionantes como labilidad emocional, estructura de personalidad, etc.

Interesante, aunque a mi parecer con poco desarrollo en la investigación es el conocer las razones que impulsan a estos funcionarios a seguir en el sistema y la identificación que ellos hacen de los motivos de frustración laboral y personal. Más allá de jornadas agotadoras, bajos sueldos y problemas del entorno laboral, que pueden objetivarse con cierta facilidad, es interesante profundizar en las relaciones con los superiores, que aparecen esbozadas en el estudio.

De mi experiencia personal, en no pocas oportunidades es el personal auxiliar el que enfoca adecuadamente la solución de problemas prácticos como distribución de tareas, control de medicamentos, traslados en ambulancia respetando los derechos de los pacientes y crítica las disposiciones de la autoridad, máxime cuando demuestran su poca funcionalidad. La autoridad funcional, genuina, se ve así descalificada ante sus subordinados y se va transformando en autoridad autoritaria, que agrava el problema y lo transforma en un círculo vicioso.

El planteamiento de una Hipótesis que señala que el Síndrome de Burnout es una realidad *evidente* en los trabajadores de la salud me parece una contradicción de términos, porque cuando la hipótesis se demuestra, pierde ese carácter para incorporarse al marco teórico de futuras investigaciones, a la Teoría en su acepción de conocimiento acumulado en el área, (y no a la teoría como acepción corriente de hipótesis) como muy bien lo desarrolla Guillermina en la monografía.

Pienso que la hipótesis pudiera referirse a la demostración de la existencia del síndrome en un grupo específico, con caracteres similares a los del universo en que ha sido demostrada previamente, reforzando el concepto de que cada vez que están los factores causales y las condicionantes, el burnout se observa necesariamente en algunos de sus integrantes.

Finalmente, buscando una lectura y un estudio más fluido de la investigación, pondría en los capítulos iniciales el 1.10.- Definición del concepto de burnout, porque cumpliría así el papel de control semántico para las personas que ignoren el término.

De igual forma, debo reconocer que el estudio, aunque de lectura interesante, me mantuvo perplejo hasta llegar al

Capítulo III. Estrategia Metodológica, porque recién pude caer en cuenta que se trataba de un estudio descriptivo. Por tal razón, también lo trasladaría al comienzo del estudio en calidad del habitual *Material y método*.

Para finalizar, te agradezco me hayas hecho esta petición, que me ha permitido incorporar conocimiento de extrema utilidad para todos los que trabajamos en el área social, me ha obligado a la lectura atenta, siempre útil como entrenamiento y a buscar información para responder a la calidad de tu trabajo. Solo espero que este aporte te resulte de utilidad.

*Con saludos afectuosos.*

*Dr. Hernán Lechuga Farías  
Master en Salud Pública O.M.S.  
Pdte. Asoc. Funcionarios "Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda"*

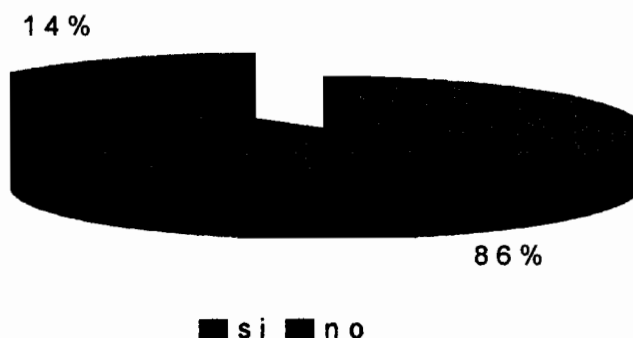
*17 de marzo de 2002*

### ANEXO N° 3

#### Resultado del cuestionario realizados a los sujetos de estudio

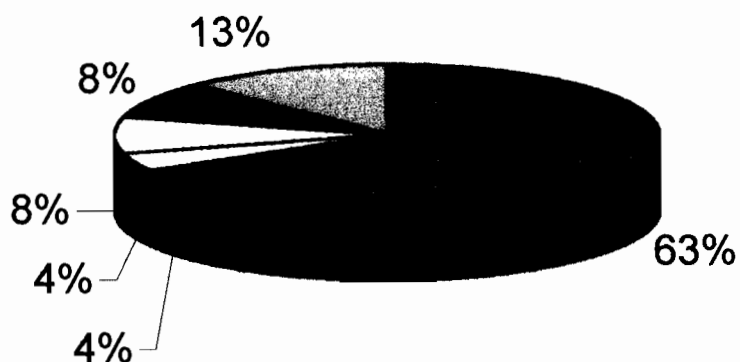
##### 1.- Cantidad de hijos que tienen los sujetos de estudio

¿Tiene usted hijos?



##### 2. - Razones por la cual ha faltado a su trabajo

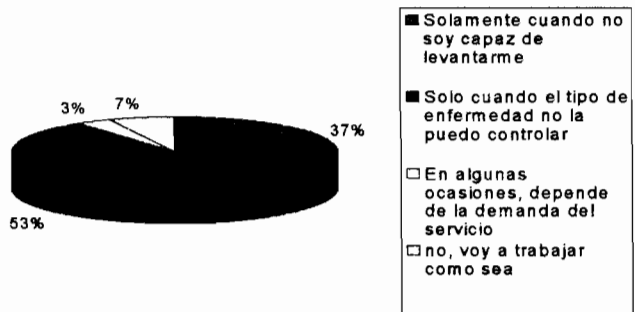
Si tiene hijos/as menores de 12 años ¿Por cuál de las siguientes situaciones ha faltado a su trabajo



- Su hijo está enfermo
- No confía en la persona que está al cuidado de su hijo/a
- Su hijo no quiere ir al colegio
- Su hijo no quiere que vaya a trabajar
- Usted se siente mal al pensar que los descuida
- No lo puede llevar por enfermedad a la Sala Cuna o Jardín Inf.

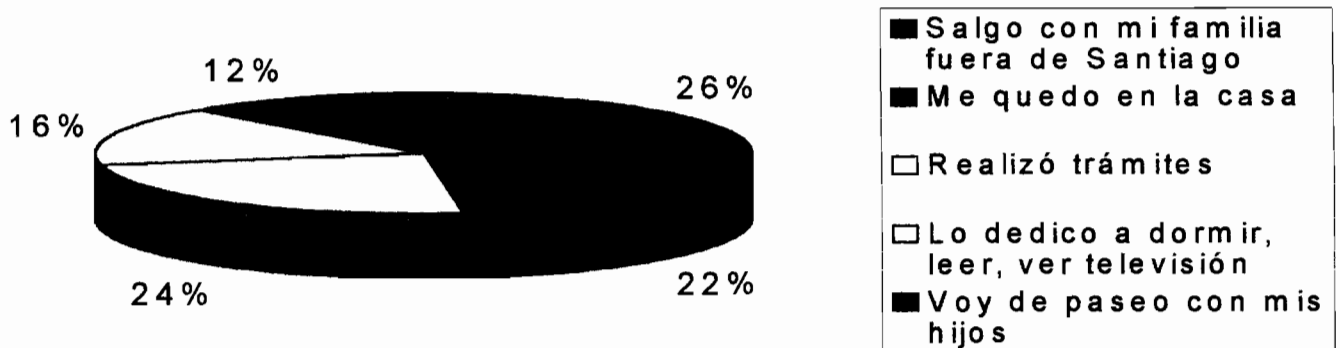
### 3.- Uso de licencia médica

¿Si usted se siente enferma hace uso de licencia médica?



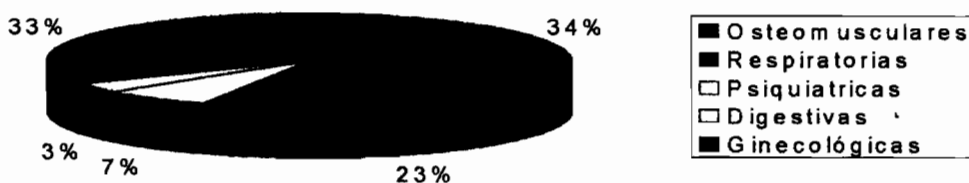
### 4.- Tiempo libre

En su periodo de feriado legal o permisos, ¿que actividades realizan?



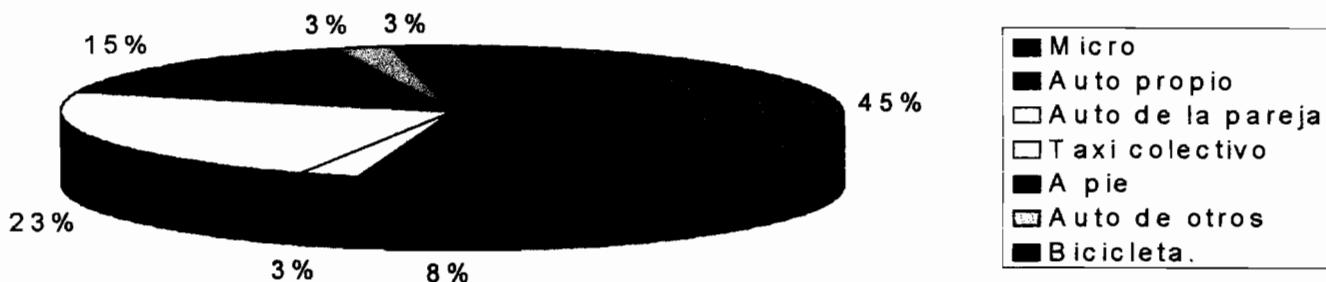
## 5.- Tipo de enfermedad, cuando hace uso de licencia médica.

Si el último año ha tenido licencia médica ¿de que tipo ha sido su enfermedad?



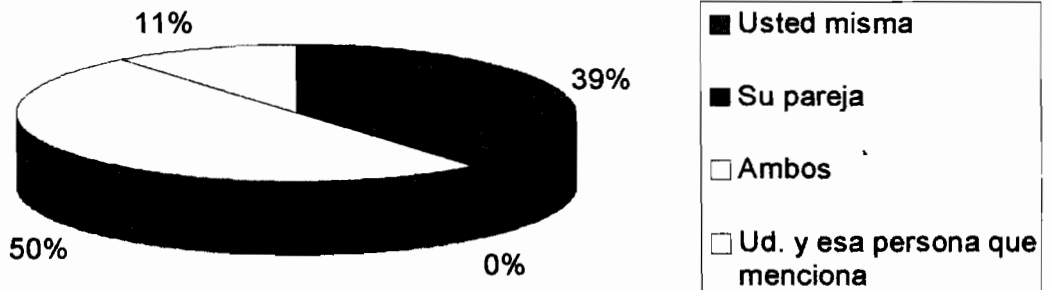
## 6.- Medios de transporte que utilizan para ir al trabajo.

El medio de transporte o la combinación de medios, que utiliza habitualmente para ir a su trabajo habitual



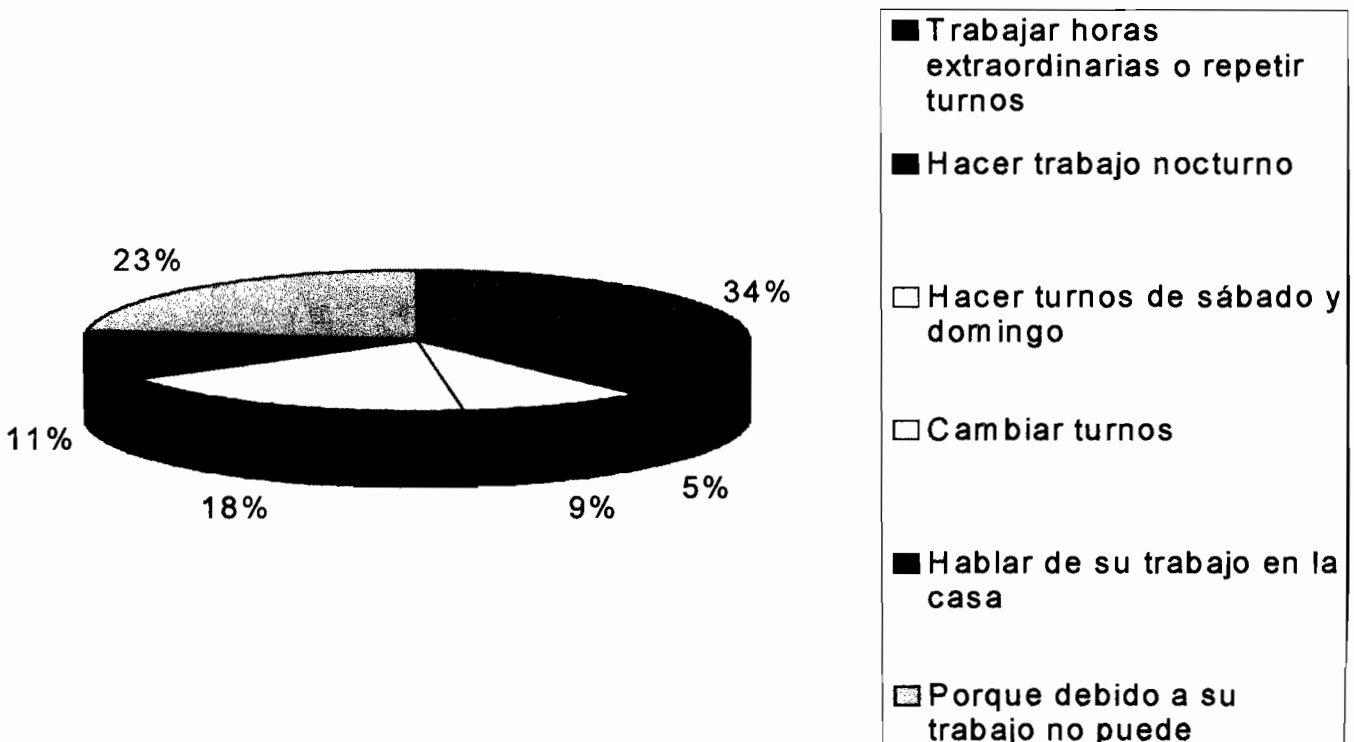
## 7.- Rol de Jefe de Hogar

¿Quién cumple el rol de jefe de hogar?



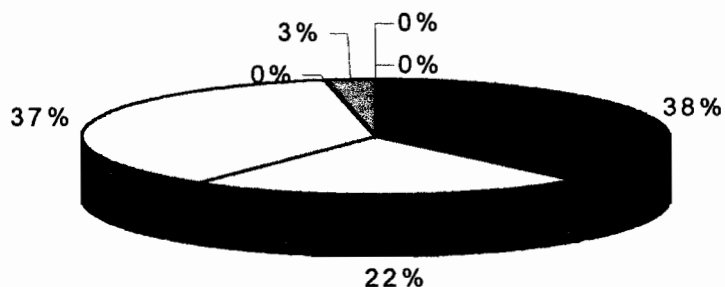
## 8.- Relaciones de Pareja

Si usted tiene una pareja estable ¿tiene conflictos con él/ella por alguna de las siguientes razones?



## 9.- Tipo de Ingresos

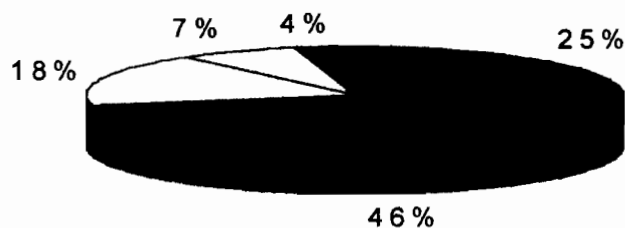
¿Que tipo de ingresos personales percibe habitualmente en el mes?



- Sueldo correspondiente a su grado por jornada diurna
- Sueldo correspondiente a su grado por sistema de turno
- Horas extras fuera de su sistema de turnos
- Asignación de urgencia
- Turnos part-time en otra institución
- Venta de cosméticos, ropa, alimentos, etc.
- Otro trabajo a honorarios

## 10.- Tramos de ingresos mensuales

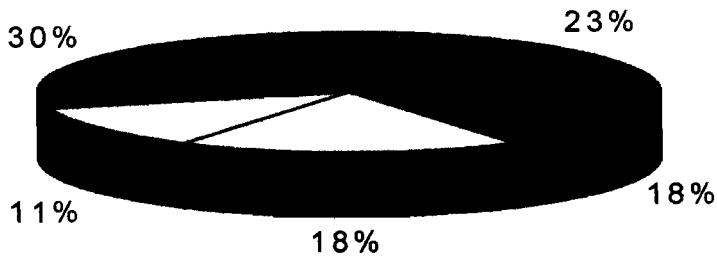
¿Cuáles es el tramo en que se ubican tus ingresos personales totales percibidos en promedio al mes?



- Menos de 150.000
- 151.000 - 250.000
- 251.000 - 350.000
- 351.000 - 450.000
- 451.000 - 500.000

## 11.- Remuneraciones

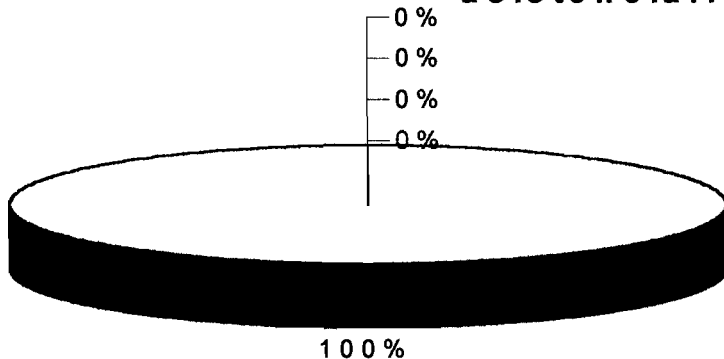
Si usted considera que sus remuneraciones son injustas ¿Por cuál de las siguientes aspectos sería?



- Por su antigüedad
- Por la responsabilidad de su cargo,
- Por los riesgos
- Por su especialización
- Por la función que desempeña

## 12.- Horario habitual

¿Cuáles su jornada habitual en su centro asistencial?

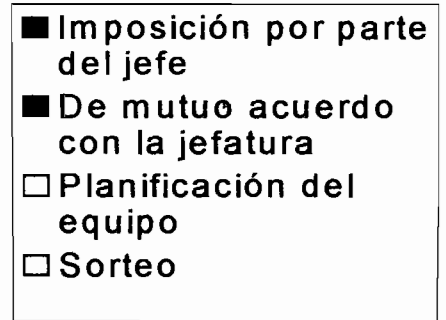
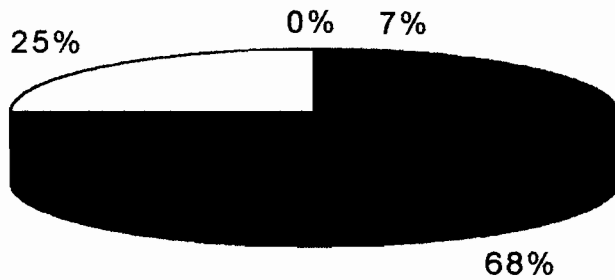


- Jornada diurna de 9 horas
- Jornada diurna + horas extras diurnas
- Jornada diurna + turnos de sábado y dgo.
- Cuarto Turno
- Tercer Turno

Cuarto turno consiste en dos días largo (8 a 20 hrs.); dos días noche (20 a 8 hrs.) y dos días libres.

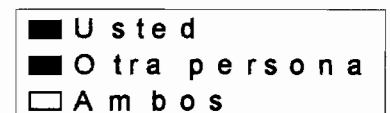
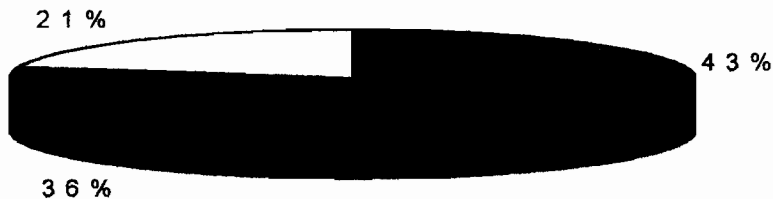
### 13.- Turnos en fechas especiales

La decisión de hacer turnos en fechas especiales, tiene el carácter de:



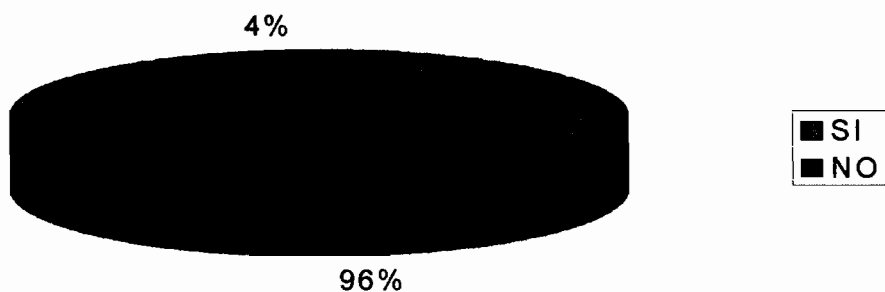
### 14.- Aporte en presupuesto familiar

¿ Quién es la persona que aporta más en el presupuesto familia ?



## 15.- Deudas

¿Tiene usted deuda?



## 16.- Instituciones con las cuales tiene deudas

¿Con qué instituciones tiene usted deudas?



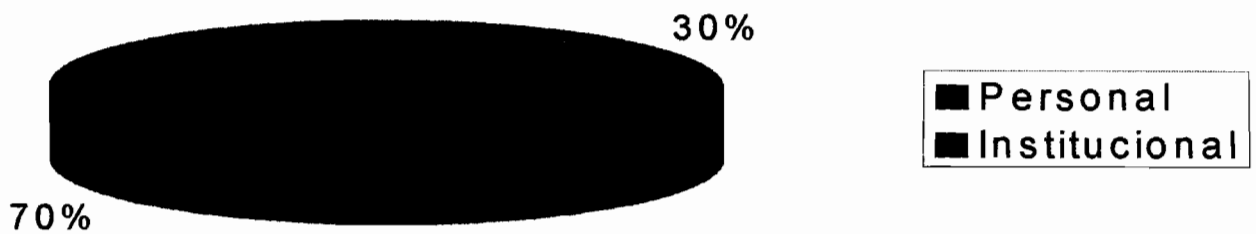
## 17.- Capacitación

¿Si ha realizado actividades de capacitación en el último año?



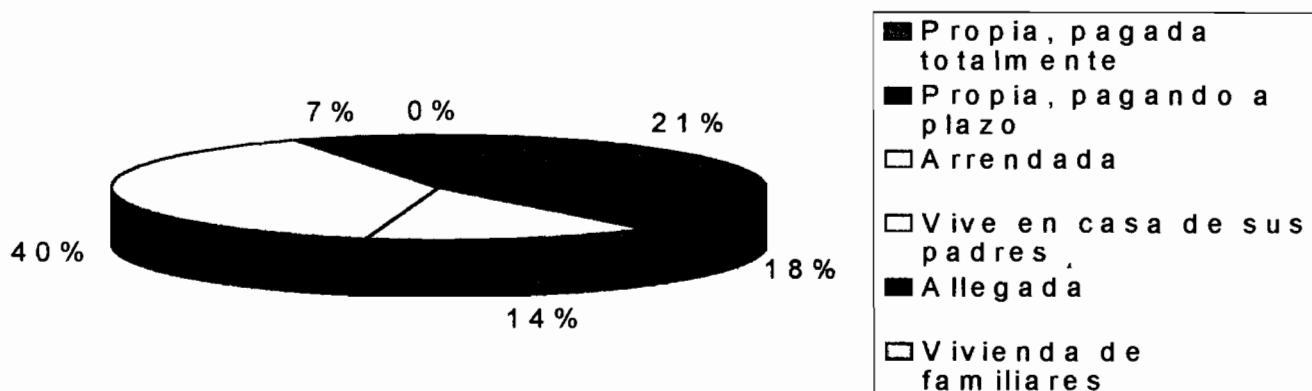
## 18.- Financiamiento de la capacitación

¿Quién la financió?



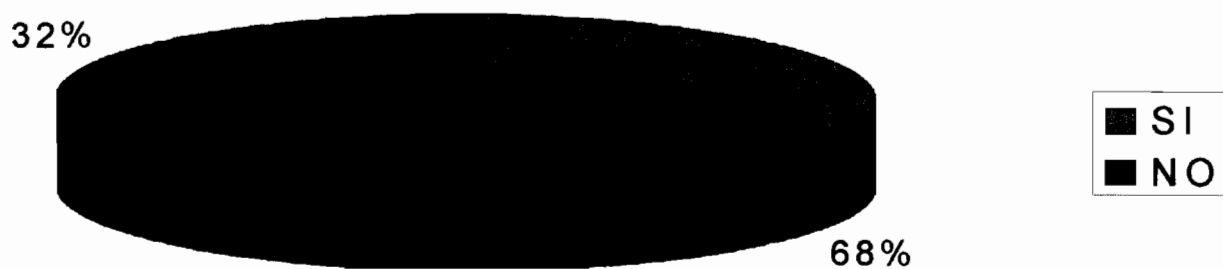
## 19.- Condiciones de vivienda

La vivienda donde usted habita es:

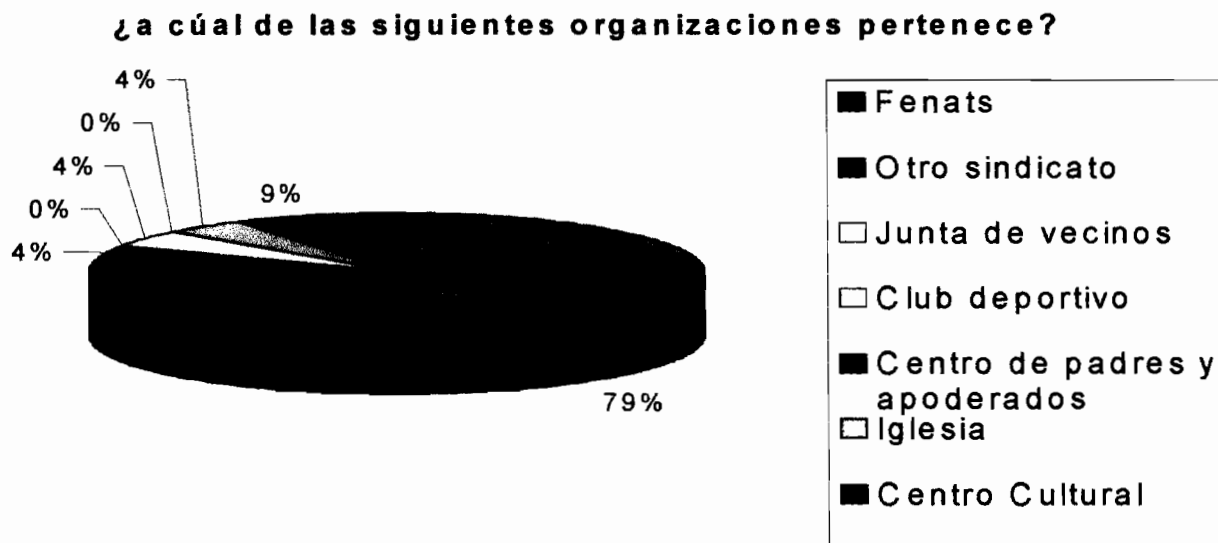


## 20.- Organización

¿Pertenece usted a alguna organización?

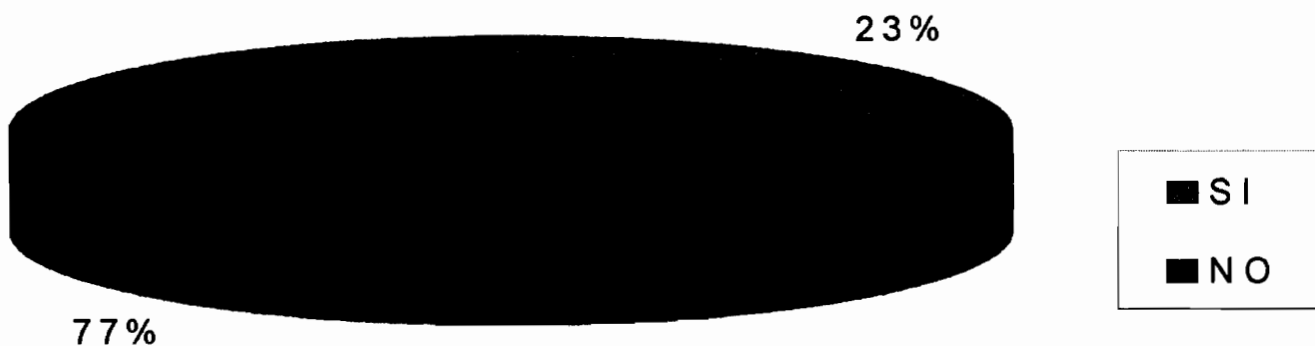


## 21.- Tipo de organización



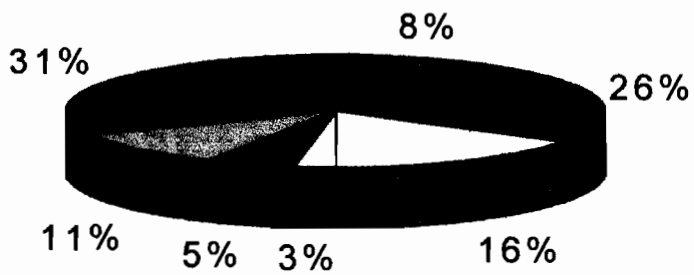
## 22.- Participación en la organización

¿Participa activamente en la organización?



### 23.- Relaciones interpersonales

¿Con cuales de las personas mencionadas, tiene usted conflictos?



- Médicos
- Enfermeras
- Colegas
- Auxiliares
- Pacientes/usuarios
- Familiares de pacientes/usuarios
- No responde

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES EN ESTUDIO**

VARIABLE <sup>1</sup> CONDICIONES LABORALES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<sup>2</sup> ENTORNO FAMILIAR	“Es donde se dan las relaciones más cotidianas, el aprendizaje y los vínculos afectivos y familiares”	2.1.- Ambientales  2.2.- Culturales	2.1.1 Relación con hijos. 2.1.2 Relación con pareja. 2.1.3 Apoyo en tareas domésticas 2.1.4 Cuidados de hijos  2.2.1 Pertenecer a alguna organización 2.2.2 Rol Machista 2.2.3 Conflictos 2.2.4 Hábitos
<sup>3</sup> CONDICION DE REMUNERACION	“Son todos los ingresos y egresos monetarios que tienen los Técnicos Paramédicos para satisfacer sus necesidades básicas”.	3.1.- Ingresos  3.2.- Nivel de endeudamiento	3.1.1 Personales 3.1.2 Familiares  3.2.1 Tipo de deudas 3.2.2 Tiempo de deudas

<p>4 MOTIVOS DE PERMANENCIA.</p>	<p>“Son los intereses que impulsan a los Técnicos Paramédicos a permanecer en su lugar de trabajo”</p>	<p>3.3.- Satisfacción laboral</p> <p>4.1.- Por el trabajo</p> <p>4.2.- Económico</p> <p>4.3.- Social</p>	<p>3.3.1 Necesidades básicas cubiertas</p> <p>3.3.1 Remuneración estable.</p> <p>4.1.1. Brinda atención adecuada al usuario.</p> <p>4.1.2 Cumplimiento de Normas</p> <p>4.2.1 Remuneración satisfactoria</p> <p>4.2.1 Falta de expectativas</p> <p>4.3.1 Idealismo</p> <p>4.3.2 Identificación con los usuarios</p> <p>4.3.3 Compromiso personal y social</p>
<p>5 ESPACIOS DE RECREACION</p>	<p>“Son las actividades de esparcimiento en que se desenvuelve los Técnicos Paramédicos en su tiempo libre”</p>	<p>5.1.- Deportivas</p> <p>5.2.- Familiares</p> <p>5.3.- Artísticas</p>	<p>5.1.1 Gimnasia</p> <p>5.1.2 Relajación</p> <p>5.1.3 Participa en grupos deportivos</p> <p>5.2.1 Paseos</p> <p>5.2.2 Compartir con sus hijos</p> <p>5.3.1 Lectura</p> <p>5.3.2 Eventos</p> <p>5.3.3 Teatro</p>