

ESTUDIO DE DESGASTE EMOCIONAL EN LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN CHILE

OCTUBRE 2020



Sub Comisión de Salud Mental

Autor: Central Única de Trabajadores de Chile

Las publicaciones de la CUT pueden obtenerse en calle Av Libertador Bernardo O'Higgins 1346, Santiago de Chile o pidiéndolas e-mail: secretariasalud@cutchile.cl.

Vea nuestro sitio en la red: www.cut.cl



Estudio de desgaste laboral en las/os trabajadoras/es de la salud en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile.

Santiago, Central Única de Trabajadores, 2020.

Responsable Documento:

Karen Palma, Secretaria de Salud de la CUT

Coordinación Sub Comisión de Salud Mental de la CUT e Informe:

Margarita Paz Araya Flores, Psicóloga, CONFEDPRUS

Equipo trabajo y editor:

Claudio Vásquez Salinas, Psicólogo, CONFUSAM.

Claudia López Echeverría, Psicóloga, AFURED.

Francisco Muñoz Martínez, Psicólogo, FEDEPRUS Valparaíso - San Antonio

Gonzalo Soto Brandt, Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Martín Oyarzo Alfaro, Psicólogo, Fundación FIEL.

Colaboradores/as:

María José Inostroza Álvarez FENPRUSS

Luis Ibacache Silva Colegio Médico

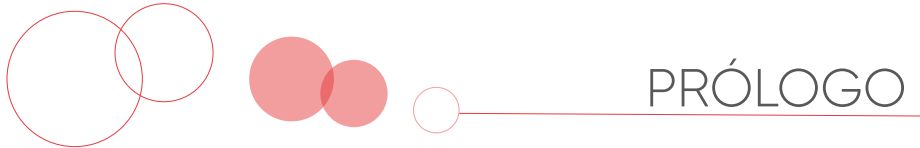
Gremios de la Salud patrocinadores:

- Confederación Nacional de la Salud Municipal, CONFUSAM.
- Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud, CONFEDPRUS.
- Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud, CONFENATS
- Confederación Nacional de Asociaciones Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile, CONAFUTECH.
- Confederación Nacional FENATS Unitaria, FENATS UNITARIA.
- Confederación FENATS Nacional, FENATS NACIONAL.
- Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS.
- Federación de Asociaciones de la Salud Pública, FEDASAP
- Federación Nacional de Sindicatos de la Salud Privada y afines, FENASSAP.
- Federación Nacional de Trabajadores de la Salud Privada, FENATRASAP
- Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP.
- Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, FENTESE.
- Federación FENATS Histórica Nacional
- Agrupación Nacional de Empleados Fiscales, ANEF.
- Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile
- Asociación de Funcionarios y Funcionarias Subsecretaría de Redes Asistenciales, AFURED.
- Federación Nacional de Trabajadores de cadenas de Farmacia de Chile



ÍNDICE

PRÓLOGO	3
1. Antecedentes	4
1.1 Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo	4
1.2. El concepto de Burnout o Desgaste Emocional en el trabajo	4
1.3. Burnout en trabajadoras/es de la Salud en Chile	5
1.4 Cultura Organizacional y Modelos Teóricos de base	7
2. Objetivos	9
2.1. Objetivo General	9
2.2. Objetivos Específicos	9
3. Resultados	9
Ficha metodológica	9
a. Resultados globales de la muestra	9
4. Discusión	27
5. Conclusiones	30
6. Recomendaciones	31
7. Referencias	32



PRÓLOGO

La Central Unitaria de Trabajadores (CUT), desde su refundación el año 1988 recogiendo el legado de la Central Única de Trabajadores, ha ejercido un rol fundamental en la defensa de los derechos, intereses y bienestar de los y las trabajadoras/as de nuestro país.

En el marco de la actual pandemia global producto del coronavirus, que ha golpeado duramente a toda nuestra sociedad, las/os trabajadoras/es de la Salud se han visto especialmente afectados, no solo por su exposición permanente al virus al conformar la primera línea en la batalla contra él, sino también, porque producto de la crisis sanitaria han visto agudizadas las precarias condiciones en las cuales muchas veces deben desarrollar su labor; aspectos como la organización del trabajo deficitaria, alta carga laboral, elevados niveles de estrés, falta de descansos oportunos, exposición a violencia y acoso en el trabajo, dificultad para conciliar de manera adecuada la vida laboral con la vida personal, malas prácticas de dirección de personal, entre otros factores, sumados a la ya mencionada exposición al virus, no sólo han puesto en riesgo la salud física de las/os trabajadoras/es, sino que también, han impactado de manera negativa en su salud mental.

De esta manera, desde la Secretaría de Salud "Dr. Salvador Allende Gossens" de la CUT, hemos considerado de suma relevancia examinar el impacto de la pandemia en la Salud Mental desde la mirada propia de las/os trabajadoras/es, para ello hemos desarrollado la presente investigación titulada "Estudio de desgaste emocional en las/os trabajadoras/es de la salud en el contexto de la pandemia covid-19 en Chile", la cual tiene por objetivo evaluar la prevalencia de Síndrome de Burnout en las/os funcionarias/os de la Salud, una patología de origen psicosocial intrínsecamente relacionada al ámbito laboral.

Esperamos que este documento contribuya a la toma de decisiones y al avance de políticas públicas que tengan como eje central al trabajador/a y sea un aporte a las luchas reivindicativas para mejorar las condiciones de trabajo y el resguardo de la Salud Mental de los/as cientos de miles de trabajadoras/es de la Salud -tanto del ámbito público como privado-, que en el marco de la actual pandemia, han trabajado sin descanso para cuidar la salud de todos/as los/s chilenos/as, exponiendo incluso su propia vida ante la mirada impertérrita de un Gobierno indolente.

Finalmente, agradecer a las/os más de 8.000 trabajadoras/es de la Salud que colaboraron con el estudio respondiendo la encuesta, a las 16 organizaciones gremiales y sindicales que conforman la Secretaría, a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, a la Fundación Instituto de Estudios Laborales (FIEL) y, particularmente, a la Comisión Técnica de Salud Mental -dependiente de la Secretaría de Salud de la CUT- quienes ejecutaron la presente investigación.

Bárbara Figueroa Sandoval
Presidenta Central Única de
Trabajadores

Karen Palma Tapia
Encargada Secretaria de Salud CUT

1. ANTECEDENTES

1.1 Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo

Ya en la década de los '80, la OIT (1984) abordó el tema de los Factores Psicosociales, planteando que consisten en la interacción entre el trabajo, medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y su organización por un lado, y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Todo lo cual influye en la salud, rendimiento y satisfacción en el trabajo (OIT, 2010). Una definición clásica de los Riesgos Psicosociales es la señalada por Cox y cols. (2000) al señalar que son "aspectos relativos al diseño del trabajo, así como su organización y gestión, y a sus contextos sociales y ambientales, que tienen el potencial de causar daños de tipo físico, social o psicológico" (p. 14). En Chile, el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (MINSAL, 2013), define los Factores Psicosociales como:

"Situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo" (pp. 18). En la misma línea, la Guía Técnica de Trabajo Pesado (2010) aporta una clasificación de los elementos que se pueden considerar como Factores Psicosociales, entre los que se encuentran: demandas (exigencias) de trabajo, contenido de la tarea, control de la tarea, interacción social, factores asociados a los roles, desarrollo de carrera, aspectos tecnológicos, administración de personal e interfase trabajo-familia (doble presencia).

Estos aspectos presentarían características comunes como que se extienden en el espacio y en el tiempo, presentan dificultades de objetivación, tienen escasa

cobertura legal, están moderados por otros factores, son difíciles de intervenir, etc. (Moreno y Báez, 2010). De acuerdo a las definiciones presentadas, se puede señalar entonces que existiría una diferencia entre los Factores Psicosociales y los Riesgos Psicosociales, donde los primeros son condiciones de trabajo que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud de los trabajadores, dependiendo de si el individuo percibe o no que esas condiciones de trabajo pueden ser una amenaza o riesgo. Y por el contrario, los Riesgos Psicosociales "siempre" se asocian a la percepción de unas condiciones de trabajo que suponen una amenaza (Gil Monte, 2014).

1.2. El concepto de Burnout o Desgaste Emocional en el trabajo

Este concepto surge en la década de los 70 en EE.UU., siendo abordado inicialmente por Freudenberg (1974) y Maslach (1976) como un fenómeno propio del sector servicios. Maslach y Jackson (1981, 1986) describieron algunas dimensiones del síndrome como de Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Falta de Realización Personal, que posteriormente pasaron a llamarse Cinismo y Baja autoeficacia respectivamente (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Los autores definen el Burnout como una prolongada respuesta a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo. Existiendo variados antecedentes de que este síndrome es más común entre los trabajadores que trabajan con usuarios o en profesiones de servicios humanos (Olivares y Gil-Monte 2007), dado que el contacto continuo con otros y la alta carga afectiva afectan la salud mental del trabajador (Maslach y cols. 2001). Shirom (2009) agrega que el Burnout se origina después de un tiempo prolongado de exposición al estrés laboral, siendo una manifestación importante

de consecuencias del estrés. Shirom y Melamed (2006) han planteado el Burnout como un constructo multidimensional con tres facetas de fatiga física, agotamiento emocional y cansancio cognitivo. Por otro lado, Pines (1987) postula que el Burnout sería un estado de agotamiento físico, emocional y mental por la participación durante un largo periodo de tiempo en situaciones emocionalmente exigentes. Gil-Monte (2003, 2007), resumiendo a varios autores, lo define como una “respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa” (2007, p. 7). Respecto de la relación del Burnout con los Factores Psicosociales es amplia la bibliografía existente, donde aspectos como el conflicto y ambigüedad de rol, el bajo apoyo administrativo (Brunsting y cols 2014), la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para las labores asignadas, la presión del ambiente de trabajo o procedimientos administrativos (Magaña-Medina y cols. 2014), así como la baja satisfacción laboral por los horarios de trabajo, posibilidades de promoción y de desarrollo de la profesión (Esteras y cols 2014), se argumentan como desencadenantes del Síndrome. Hakanen y cols (2011) agregan que las escasas oportunidades de desarrollo de habilidades también influyen. Y en la misma línea Maslach (2009) plantea que el Burnout obedecería a seis grandes aspectos de la organización del trabajo como lo son la sobrecarga de trabajo, la falta de control, recompensas insuficientes, falta de apoyo y confianza con los compañeros de trabajo, falta de imparcialidad en el trabajo, y conflictos de valores. Dentro de las consecuencias del Burnout también la literatura ha demostrado que son variadas, desde problemas en el sueño de las personas afectadas (de Beer, 2014), la asociación del Burnout con mayor riesgo cardiovascular, desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, activación del Sistema Nervioso Simpático, descenso del Sistema Inmune y enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos psicósomáticos, diabetes, etc. (Melamed y cols, 2006). También, desde lo organizacional el Burnout se ha vinculado a aumento de rotación y ausentismo,

menor compromiso organizacional (Hakanen, 2008). En definitiva se puede sostener entonces que el Burnout, como riesgo psicosocial, obedecería a la naturaleza del trabajo, su organización y elementos, más que a las características de los propios trabajadores, siendo un resultante de los Factores Psicosociales presentes en el ámbito laboral. Considerando la consistencia de los datos proporcionados por numerosos estudios a lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud en su 72° Asamblea realizada en mayo de 2019, decidió incorporar el Síndrome de Desgaste Laboral en la versión 11 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. En la clasificación se encuentra en el capítulo “Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con servicios de salud” (que incluye motivos por los cuales las personas contactan con equipos de salud, pero que no están clasificados como enfermedades o afecciones médicas). Concretamente, se define como: “un síndrome conceptualizado como resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido satisfactoriamente manejado” y lo caracteriza bajo tres dimensiones: sentimientos de baja energía o agotamiento, mayor distancia mental del trabajo, sentimientos de negativismo o cinismo y reducida eficacia profesional. Este cuadro tiene una específica relación con el contexto laboral, y no debe ser utilizado para describir experiencias en otras áreas de la vida (OMS, 2019).

1.3. Burnout en trabajadoras/es de la Salud en Chile

Desde una perspectiva psicosocial, tal como se mencionó anteriormente, el Burnout se concibe como un proceso en el que se concentran diversos factores personales y contextuales que lo convierten en uno de los problemas más complejos de la psicología laboral en la actualidad (Aguirre, 2012). Aparece con mayor frecuencia en los trabajadores implicados en interacciones humanas de carácter intenso y duradero (Vilá y cols, 2015) y en la esfera de la prestación de servicios con cargas excesivas de trabajo en

profesionales de la salud (Graue y cols, 2008). Si bien en Chile no hay estudios que den cuenta de la prevalencia general del Síndrome de Burnout en trabajadores/as del área de la Salud, existe evidencia que da luces respecto a la prevalencia en algunos grupos determinados. De esta manera, un estudio realizado por Salgado-Roa y Lería-Dulcic (2019) en tres CESFAM de la ciudad de Copiapó, aplicando el MBI a una muestra de 169 funcionarios/as, dio cuenta de niveles medios de Burnout (88,8%), mientras un 10,7% de la muestra dio cuenta de altos niveles de Burnout.

Por su parte, Veliz, Dörner, Soto y Arriagada (2018) realizaron un estudio en diversos centros de salud de la Región de Los Lagos, aplicando el MBI a 121 profesionales, los resultados evidenciaron que el 25,5% de la muestra presentó altos niveles de Burnout, el 26,8% presentó niveles medios de Burnout y el 47,7% presentó bajos niveles de Burnout. En otro estudio realizado en 45 médicos y residentes del Hospital Hernán Henríquez Aravena de la ciudad de Temuco, a los cuales también se les aplicó el MBI, la prevalencia global de Burnout fue de un 64,4%, con una presencia por subdimensión de 76% para cansancio emocional, 55% para baja realización personal y 62% para despersonalización (Losada, Curitol, Astullido, Schneeberger y Coronado, 2018). Si bien los estudios mencionados son parciales en cuanto a su representatividad, es posible aventurar una alta prevalencia de Burnout en el conjunto de los/as trabajadores/as de la Salud en Chile, permitiendo una aproximación a esta problemática que ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia, no sólo en términos de la investigación sobre ella, sino también por la implicancia que tiene para la salud mental de los/as trabajadores/as. Más aún, en el actual contexto de pandemia global, el personal de salud se ha visto enfrentado no solo a la agudización de las fuentes de estrés laboral que ya existían antes de la pandemia, sino también a nuevas fuentes estresoras, tales como la falta de acceso a equipos de protección personal adecuados, la continua exposición al COVID-19 y la even-

tual transmisión a sus familias, acceso deficiente a la información, incertidumbre respecto a las consecuencias de un eventual contagio, entre otras (Restauri & Sheridan, 2020). Todas estas circunstancias acentúan los riesgos psicosociales a los que los/as trabajadores/as de la Salud se ven expuestos en sus puestos de trabajo, con un impacto directo en su salud mental.

En este sentido, durante el período de pandemia en Chile se han realizado diversas investigaciones que indagan respecto al estado de la salud mental del personal de Salud, abordando de manera particular la incidencia del burnout en ellos, entre los que destacan uno realizado por la Sociedad Chilena Medicina Intensiva (SOCHIMI) y dos realizados por la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDPRUS) en colaboración con casas de estudios de educación superior.

El estudio de la SOCHIMI (2020) consistió en la aplicación del MBI al personal sanitario que ejerce labores de atención directa de pacientes COVID-19 en Unidades de Cuidados Intensivos, alcanzando una tasa de respuesta de 909 personas. Los resultados arrojaron altas tasas de Burnout, con un 60% de altos niveles de cansancio emocional, 40% de altos niveles de baja realización personal y 31% de altos niveles de despersonalización. Por su parte, los resultados del primer estudio realizado por la CONFEDPRUS en mayo, sobre una muestra de 880 personas de los servicios de salud de las Regiones Metropolitana, de Valparaíso y de Ñuble, afiliadas a dicha Confederación, indicaron que un 58,6% presentó altos niveles de agotamiento emocional, un 38,4% presentó altos niveles de despersonalización y un 100% presentó bajos niveles de falta de realización personal. Respecto a los resultados del segundo estudio, realizado durante el mes de julio en una muestra de 379 personas sobre un universo aproximado de 5.000 afiliados/as a la Confederación, estos dieron cuenta de niveles de riesgo medio para las tres dimensiones de Burnout y en función de los dos criterios utilizados en el estu-

dio, con la sola excepción de la dimensión de Agotamiento Emocional, que dio un nivel de riesgo alto para el criterio 1 (CONFEDPRUS, 2020). Estos estudios parecen dar cuenta de un aumento considerable en la tasa de incidencia del síndrome de Burnout entre el personal de Salud durante la pandemia, por ello, cobra relevancia abordar la prevalencia de Burnout a nivel nacional, pero también, alcanzando a todo el personal sin acotarlo a variables como profesión, unidad donde se desempeña o tipo de función que realiza, entregando de esta manera una panorámica más amplia, generando evidencia científica que permita generar propuestas de mejoras sectoriales en las áreas de salud, bienestar y calidad de vida laboral de los funcionarios/as de Salud, tanto en la contingencia de pandemia como de post-pandemia.

1.4 Cultura Organizacional y Modelos Teóricos de base

Desde la segunda mitad del siglo XX, los estudios acerca del clima y cultura organizacional cobraron mucho énfasis dentro de la investigación de las organizaciones, pero con el paso de los años fue el segundo constructo el cual cobró mayor relevancia, al entregar una visión más holística de la organización. Por cultura organizacional podemos entender que es un “sistema de significado común entre los miembros que distingue a una organización de otras... siendo un conjunto de características fundamentales que aprecia la organización” (Robbins, 1998).

Sin duda alguna que las organizaciones de salud se caracterizan por culturas organizacionales propias, ligadas a estructuras más verticales, apegadas a los conductos regulares y protocolos, con énfasis en la calidad y seguridad de los procesos, siendo altamente jerarquizadas, pero existiendo diferencias importantes en el grado de reconocimiento, trabajo en equipo, tipos de liderazgo de una institución a otra, entre otros factores, es decir con diversos niveles de Riesgos Psicosociales Laborales según los

puestos de trabajo y rubro del cual se trate. Dentro del esquema anterior, es que el concepto de las Organizaciones Saludables cobra especial relevancia, como un factor protector y promotor de la salud de los funcionarios/as sanitarios. Este concepto que deriva de la Psicología Positiva alude a organizaciones que “tienen puestos de trabajo saludables que promueven el bienestar y compromiso con el trabajo por parte de los empleados”, siendo instituciones que “tratan de optimizar la salud de sus empleados y no sólo centran sus esfuerzos en disminuir el malestar de los empleados y sus equipos de trabajo” (Salanova y cols. 2012, extraído de Acosta y cols. 2013). Este modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO) alude a que las instituciones deben ser capaces de invertir sus esfuerzos en tres niveles: nivel de tarea (ej: rediseño de tareas para mejorar la autonomía, feedback, etc.), nivel del ambiente social (ej: liderazgo, etc.), y nivel organizacional (ej: estrategias organizacionales para la mejora de la salud, la conciliación familia-trabajo, etc.). Por tanto, de acuerdo al modelo anterior, una organización saludable y resiliente combina tres elementos clave que interactúan entre sí: recursos y prácticas organizacionales saludables (ej: recursos laborales, prácticas organizacionales saludables), empleados saludables (ej: creencias de eficacia, confianza organizacional, engagement con el trabajo), y resultados organizacionales saludables (ej: desempeño) (Salanova y cols. 2012, extraído de Acosta y cols. 2013).

Por otro lado está el Modelo de Desbalance Esfuerzo Recompensa de Siegrist (1996), el cual plantea como foco central del modelo que la relación laboral de altos costos y bajas ganancias sería generadora de estrés crónico, lo cual también se asociaría a una amplia constelación de riesgo cardiovascular por lo demostrado en variados estudios. Siegrist agrega una variable que es el compromiso, aludiendo a la motivación personal excesiva con el trabajo, alta implicancia y necesidad de aprobación. Variable que interactúa con las demandas o esfuerzos y las recompensas en el trabajo, de tal

forma que se plantea la hipótesis de que lo que enferma a las personas es el desequilibrio entre el esfuerzo invertido y el reconocimiento recibido, donde el sobre compromiso sin el debido refuerzo se asocia a tensión por el intercambio asimétrico entre esfuerzos y recompensas.

En este modelo los esfuerzos serían de índole extrínseca, tales como las demandas u obligaciones en este caso desde la organización, o intrínsecas como por ejemplo la necesidad de control del propio funcionario. Y en cuanto a las recompensas estas serían de tipo monetaria, de estima o de estatus que otorgaría el trabajo (Siegrist, 1996). Finalmente, un último modelo teórico de relevancia para fines de este estudio, es el Modelo Demandas – Control de Karasek, que fue creado en su origen por Robert Karasek, donde planteó que el modelo predice que la tensión mental es el resultado de la interacción de las demandas del trabajo y la latitud decisional en el (Karasek, 1979). De manera que la asociación de una baja latitud decisional y una fuerte demanda de trabajo produciría el estrés, llevando a una insatisfacción en la labor.

Las demandas a las que alude el Modelo refieren a exigencias cuantitativas, cognitivas y psíquicas relacionadas con la cantidad y/o volumen de trabajo, la complejidad de las tareas, las imposiciones de tiempo, nivel de atención e interrupciones imprevistas. Mientras que latitud decisional refiere la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y utilizar sus capacidades, teniendo esta dimensión dos vertientes: la autoridad sobre las tareas (posibilidad de influir sobre el propio trabajo y controlar sus actividades) y la discrecionalidad de las capacidades (grado en que el trabajo permite desarrollar las capacidades de la persona).

El modelo de Karasek cuenta con dos hipótesis centrales: la primera señala que la tensión psicológica surge cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y es escasa la latitud decisional del trabajador al respecto, existiendo una falta de mecanismos para liberar la

tensión. La segunda hipótesis plantea que cuando el control sobre el trabajo es elevado y también lo son las demandas psicológicas (no excesivas) se puede tener un efecto de aprendizaje y crecimiento.

Adicionalmente a las dos dimensiones originales del modelo, de demanda psicológica y de latitud emocional, posteriormente se agregó una tercera de apoyo social, la que refiere a las interacciones sociales en el trabajo, incluyendo a las vertientes de apoyo de los compañeros y el apoyo de los superiores. Este factor del apoyo social juega un papel crucial para modular el efecto del estrés en el trabajo y disminuir el impacto de las demandas o exigencias para el trabajador. La hipótesis del apoyo social es que los puestos de trabajo con grandes exigencias, bajo control y bajo apoyo social presentan un mayor riesgo de enfermedad y muerte por causa cardiovascular (Theorell & Karasek, 1996).

Por tanto, y de acuerdo a la evidencia y modelos anteriores, hoy en día las instituciones de salud chilenas y sus Funcionarios/as, no sólo se deben intervenir en materia de salud ocupacional desde la perspectiva del déficit, de los problemas, o de lo que se está haciendo mal, sino también desde aquellos factores protectores y prácticas organizacionales saludables, reforzando lo bueno de las organizaciones y estimulando los factores psicosociales que se relacionan con la salud de los Funcionarios/as, tales como el apoyo social, las compensaciones, el control sobre el trabajo, etc., así como potenciando las buenas prácticas laborales, reconociendo el compromiso que realizan los funcionarios/as de salud por sus instituciones, todo lo cual irá en beneficio de su Calidad de Vida Laboral, y el rendimiento y productividad organizacional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Evaluar la prevalencia de Síndrome de Burnout en los/as funcionarios/as de Salud en el contexto de pandemia por COVID-19 en Chile.

2.2. Objetivos Específicos

- Conocer el estado actual de Desgaste Emocional o Burnout en las/os trabajadoras/os sanitarios.
- Establecer principales áreas críticas y nivel de riesgo en la Salud Mental de los funcionarios/as de Salud.
- Generar recomendaciones para mejorar la situación de salud mental y laboral en base a los resultados obtenidos de la investigación.

3. RESULTADOS

Ficha metodológica

El diseño muestral de la encuesta fue no probabilístico por cuotas de tipo transversal. La encuesta utilizada fue aplicada mediante un formulario on line entre el 7 de julio del 2020 y el 10 de agosto del 2020.

Cada una de las confederaciones gremiales de salud de la CUT compartieron con sus asociados la encuesta para ser respondida, a nivel global se estableció alcanzar una cuota de 5% del universo de trabajadores de la salud asociados a los gremios de la CUT que suman 136.999 aproximadamente. Finalmente se obtuvieron 8.719 respuestas de las 15 regiones del país lo cual representó un 7.26% del total de trabajadores asociados a los gremios de la salud.

El cuestionario fue breve y anónimo, contó con una primera pregunta de autorización de consentimiento informado en la cual se solicita la participación voluntaria. Posteriormente se realizaron 16 preguntas demográficas que permitieron caracterizar global-

mente a las personas pero sin levantar ningún dato de identificación personal. Finalmente se realizaron las 22 preguntas del instrumento seleccionado para levantar información del Desgaste Emocional denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) validado en Chile el año 2006 . El instrumento MBI tiene 3 subescalas; Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Cada ítem tiene una escala Likert de 0 a 6 puntos ;

- 0.Nunca,
- 1.Alguna vez al año o menos,
- 2.Algunas veces al mes,
- 3.Algunas veces por semana,
- 4.Una vez al mes o menos
- 5.Una vez por semana,
- 6.Todos los días.

Los ítems asociados a cada dimensión son los siguientes:

- Agotamiento Emocional; 1,2,3,6,8,13,14,16, 20. Puntuación máxima 54.
- Despersonalización; 5,10,11,15,22. Puntuación máxima 30.
- Realización Personal; 4,7,9,12,17,18,19,21. Puntuación máxima 48.

Aunque no existen publicaciones con valores de referencia con una población de trabajadores con representatividad nacional la siguiente tabla puede ser una importante orientación para la interpretación de los resultados.

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	0 - 18	19 - 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 15	6 - 9	10 - 30
Realización Personal	0 - 33	34 - 39	40 - 56

Mediante el software STATA 13 se analizó la consistencia interna del instrumento de sus 22 ítems el cual alcanzó una alta consistencia interna de con un Alpha de Cronbach de 0.87 (Scale reliability coefficient).

a. Resultados globales de la muestra

A continuación se describen los resultados globales con la inclusión de todas las respuestas, en primer lugar los ítems demográficos y caracterización para posteriormente revisar los resultados en base al instrumento aplicado.

Caracterización demográfica y general

1. Consentimiento informado y participación

El número de trabajadoras/es que contestaron el consentimiento informado fueron 8.719 de las cuales 99,6% aceptaron participar de la encuesta:

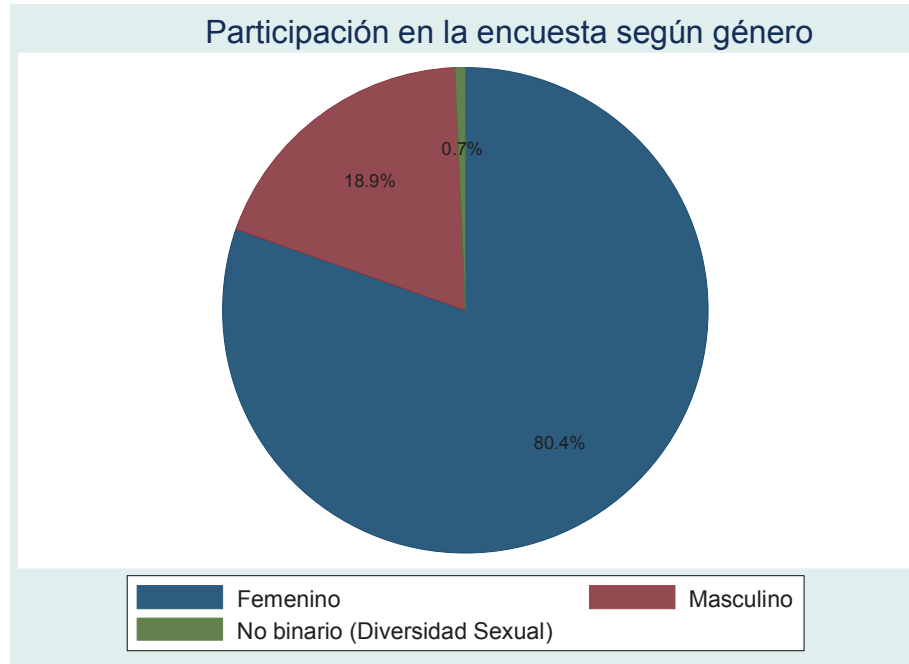


¹ Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory: Manual (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

² Manso-Pinto, Juan F. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Versión Human Services Survey - en Chile. Interamerican Journal of Psychology, vol. 40, núm. 1, 2006, pp. 115-118. Sociedad Interamericana de Psicología.

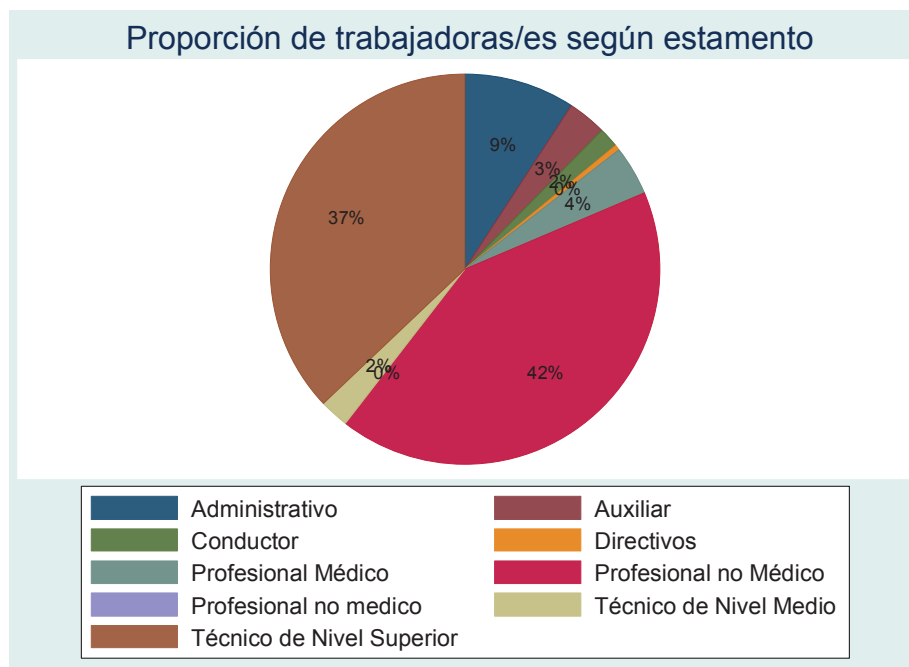
2. Género

Respecto a la pregunta de género hubo 6.983 personas se identificaron con el género Femenino y 1.642 con el género Masculino, y 64 de la diversidad sexual no binario como se muestra en el gráfico siguiente:



3. Estamento

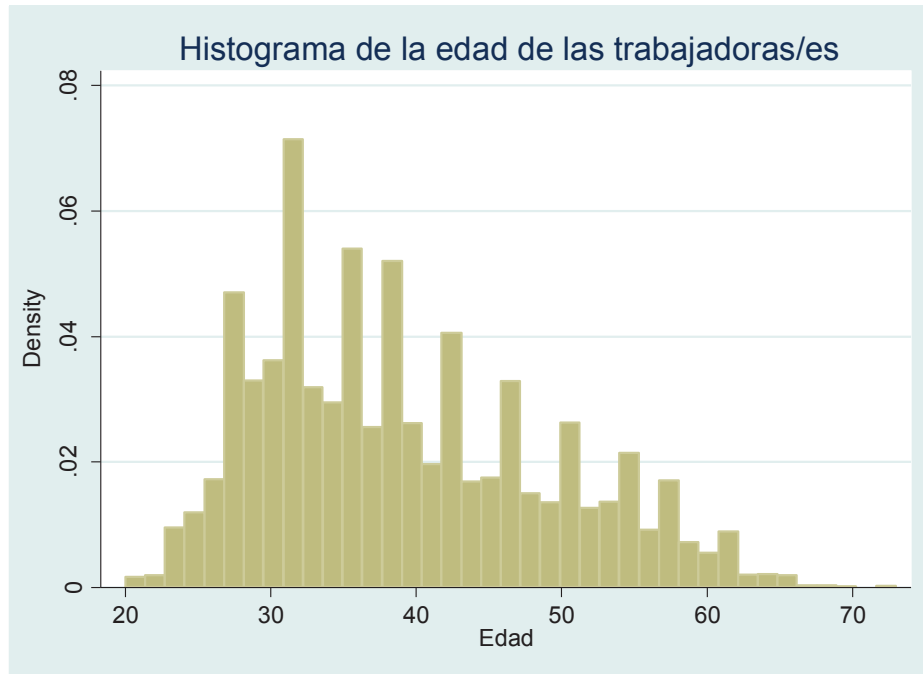
Hubo 8.860 trabajadoras/es que se identificaron con algún estamento como se muestra en el siguiente gráfico.



³ Hubo 45 personas que se identificaron de la comunidad LGBTQI+(Diversidad Sexual) y otras 16 No binario, fueron items excluyentes lo que subsanará en la próxima versión del estudio.

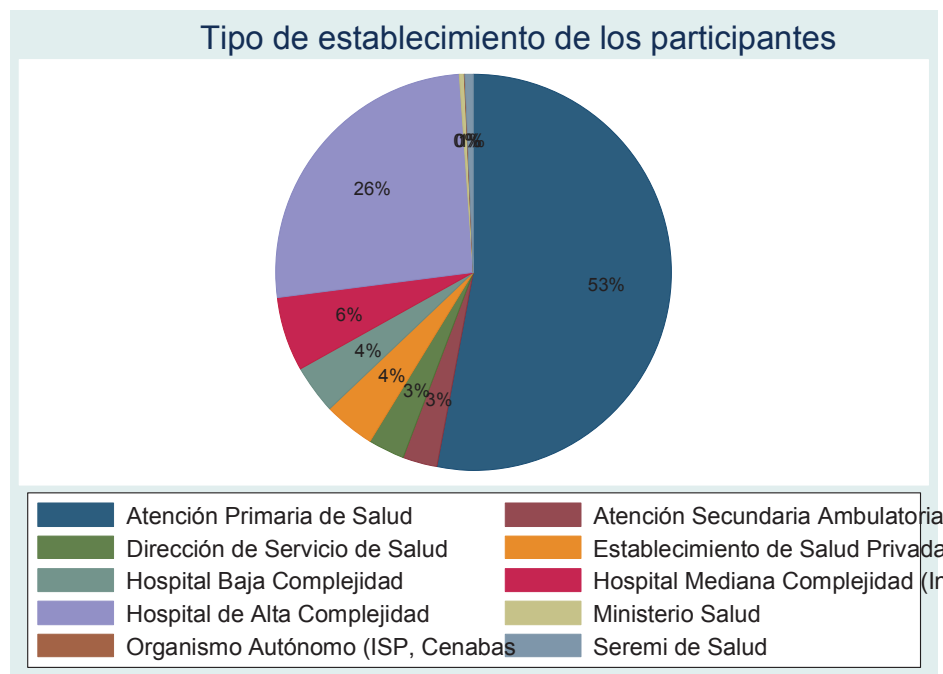
4. Edad

A continuación, se muestra un histograma con la distribución según la edad de las/os trabajadoras que participaron de la encuesta, el promedio fue de 39 años.



5. Tipo de establecimiento

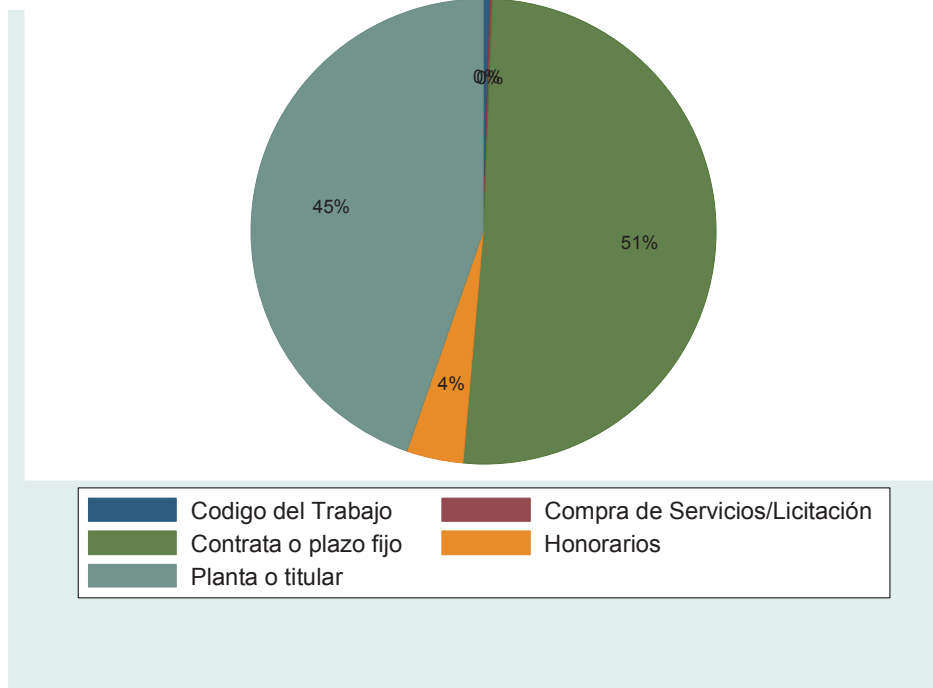
Mayoritariamente, en más de 50% los participantes se identificaron como trabajadoras/es de la Atención Primaria de Salud, luego en un 26% pertenecientes a Hospitales de Baja complejidad como se muestra en el siguiente gráfico:



6. Calidad Contractual

Con 8.686 respuestas, principalmente las/os trabajadoras informaron estar bajo un contrato de plazo fijo o a contrata (50,8%) y un 44% titular o de planta y una proporción menor a honorarios como se muestra en el siguiente gráfico:

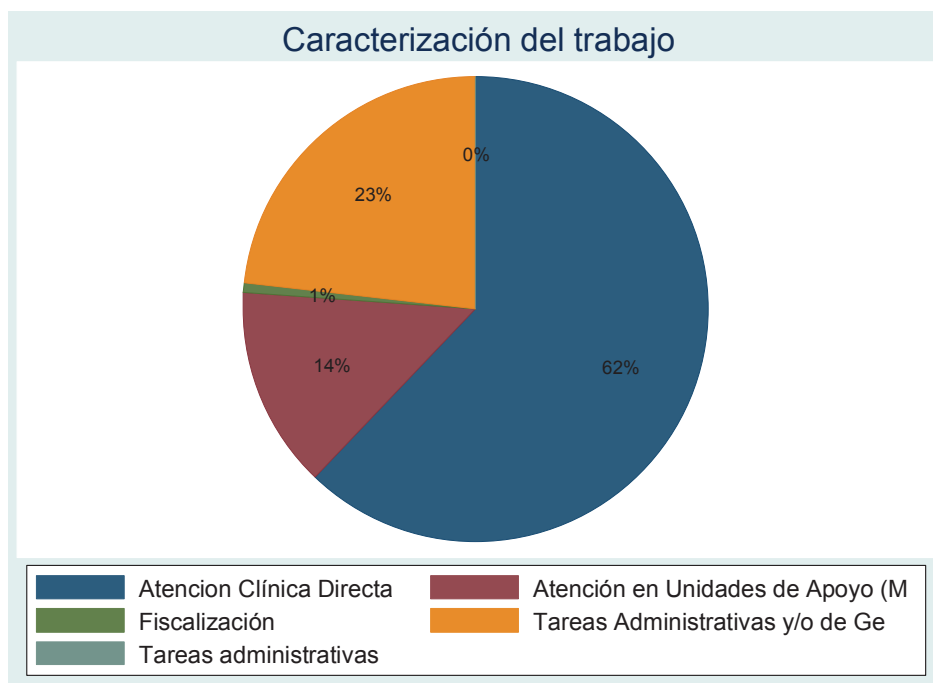
Calidad contractual



7. Caracterización del trabajo

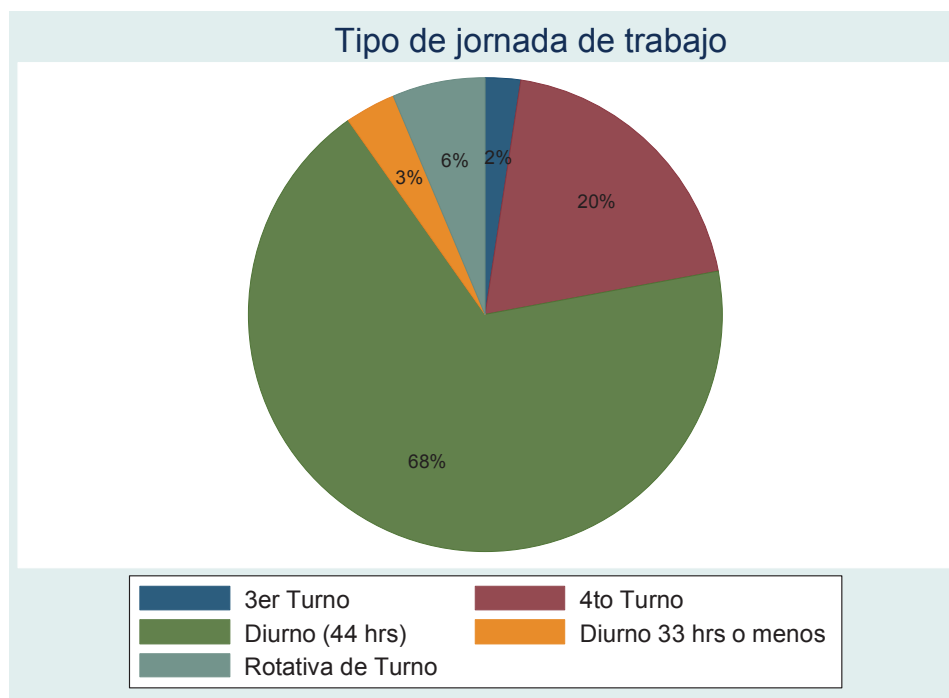
La mayoría de las/os trabajadoras informó estar ejerciendo una labor clínica directa (62%), 23% en unidades de apoyo, y un 14% atención de unidades de apoyo principalmente como se muestra en la siguiente gráfica:

Caracterización del trabajo



8. Tipo de jornada de trabajo

Según el tipo de jornada casi un 70% de las/los trabajadoras/es declara trabajar en jornadas diurnas.



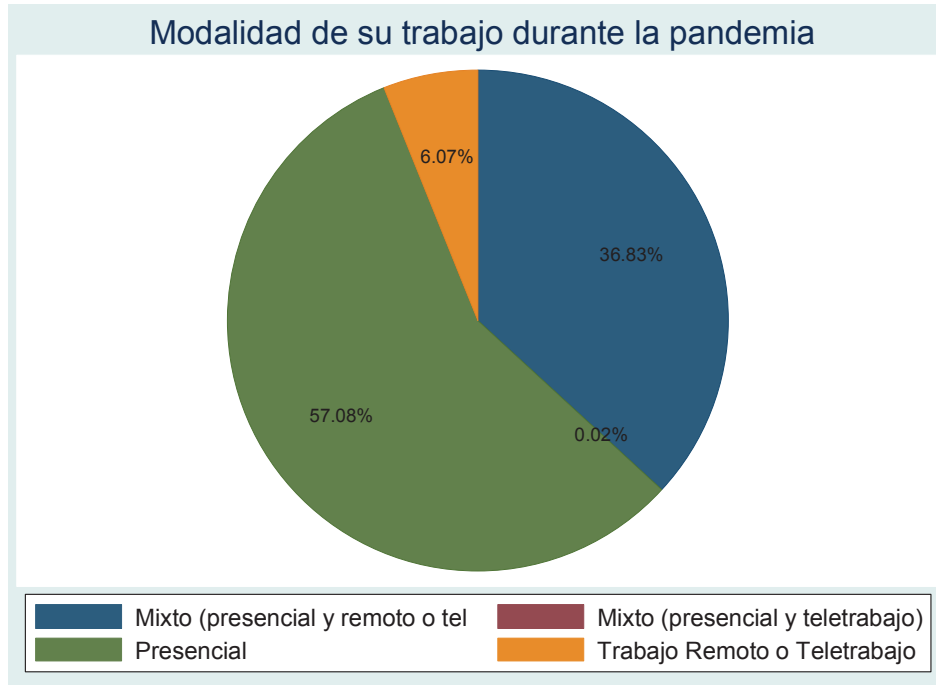
9. Realización de horas o turnos extras

Con 8686 respuestas, con poco mas de la mitad de los casos las/los trabajadoras/es declara no hacer turnos u horas extra.



10. Modalidad de su trabajo durante la pandemia

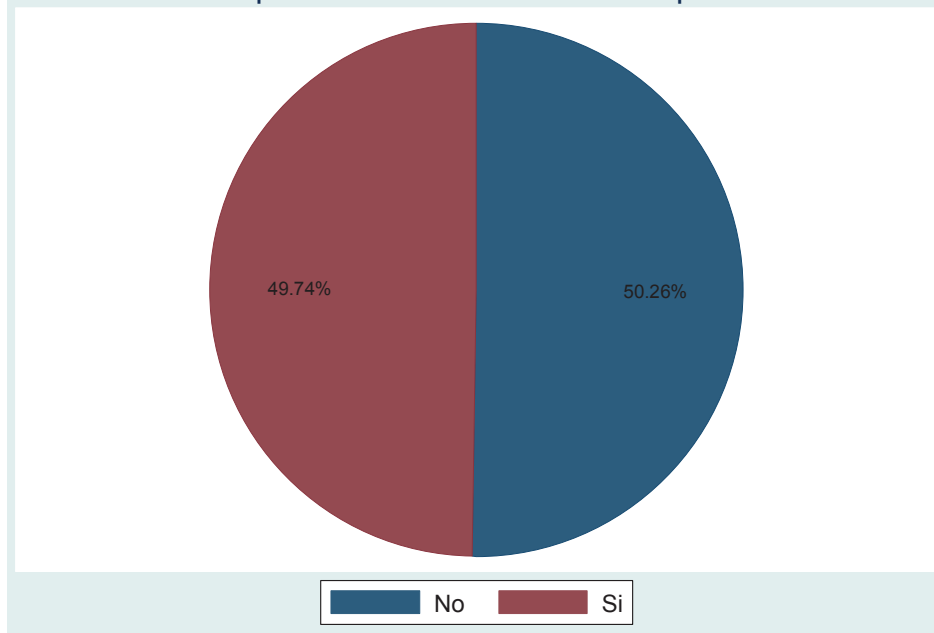
Con 8686 respuestas, la mayoría de los trabajadores realiza jornadas presencialmente (57%).



11. Atención directa a pacientes confirmados o sospecha de COVID -19

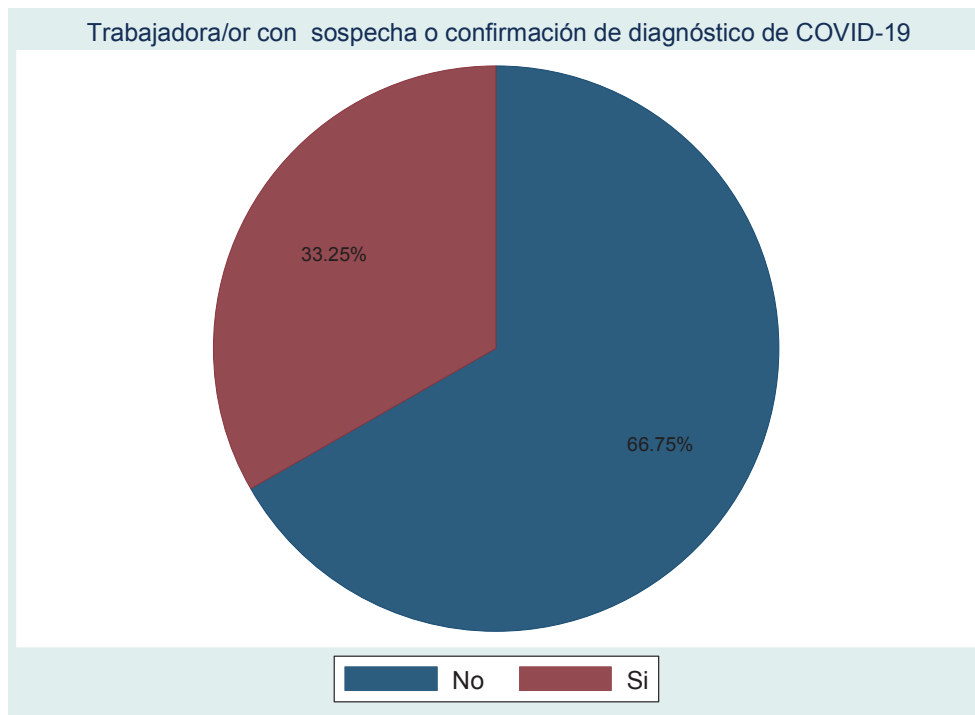
prácticamente la distribución fue pareja entre las/los trabajadoras/es que tienen atención directa o no de personas con COVID-19

Atención directa a pacientes confirmados o sospecha de COVID -19



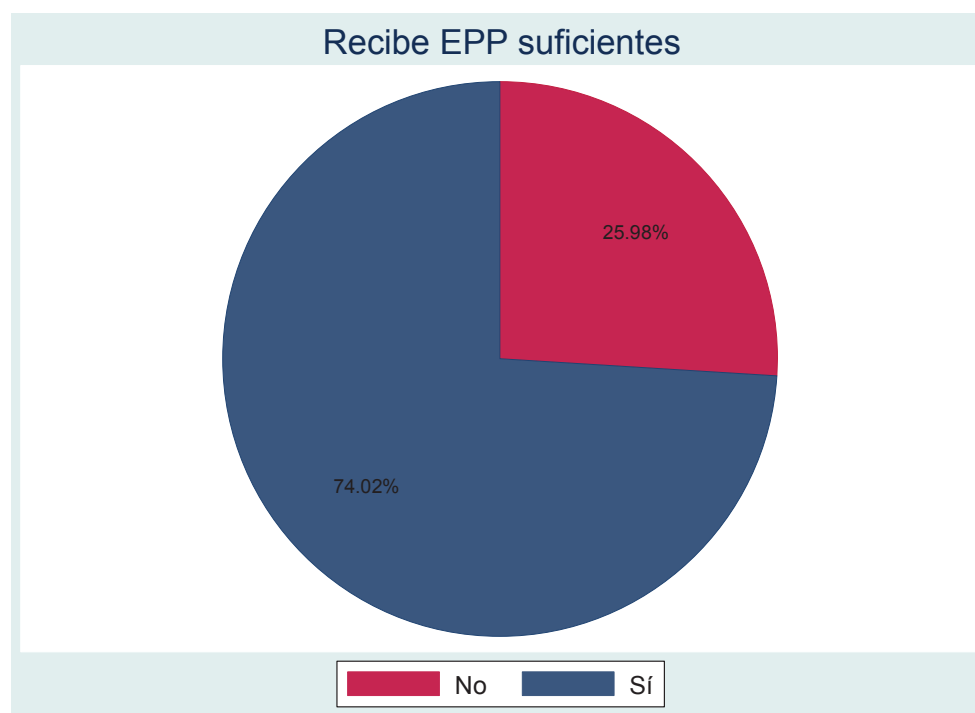
12. En sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID-19

La gran mayoría de las/los trabajadoras/es ha estado bajo sospecha o confirmación de tener COVID-19.

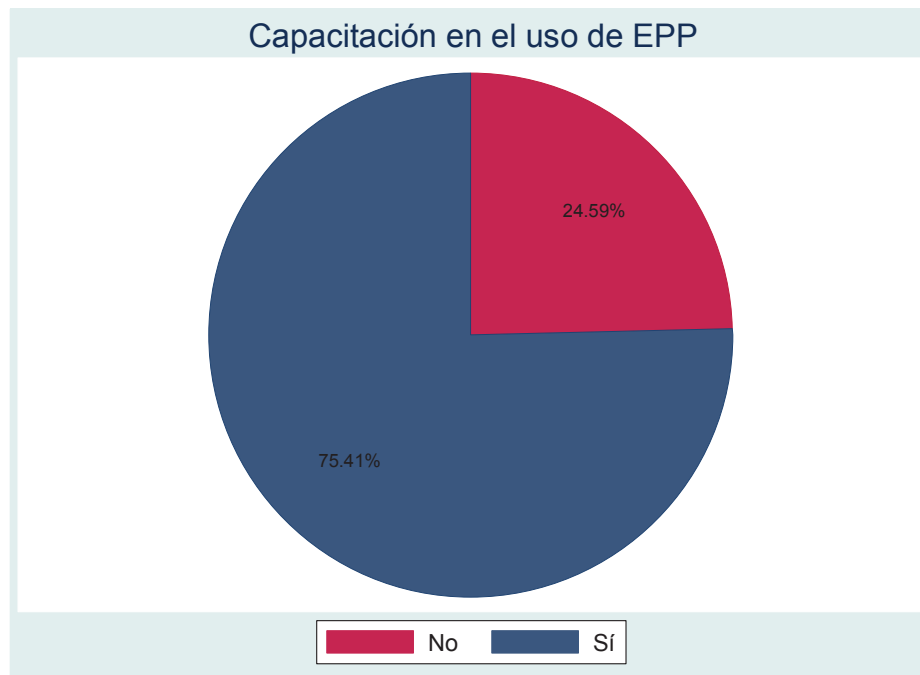


13. Recibe elementos de protección personal suficientes para prevenir contagio por COVID-19

Una proporción considerable de trabajadores no recibe EPP suficientes para prevenir el contagio de COVID-19.



14. Capacitación en el uso de elementos de protección personal (EPP) para prevenir contagio por COVID-19
Una proporción de casi un cuarto de los trabajadores tampoco no recibe capacitación respecto al uso de las EPP.

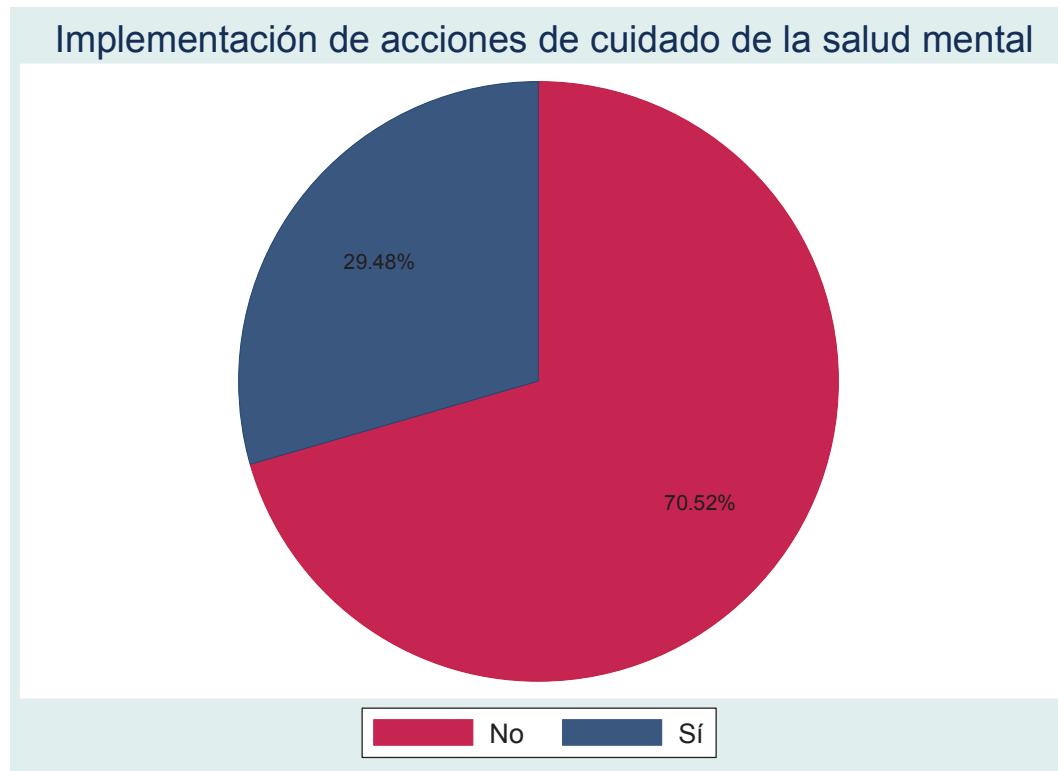


15. Supervisión en el uso de elementos de protección personal (EPP) para prevenir contagio por COVID-19
solo un 55% de los trabajadores declara haber recibido supervisión respecto al uso de EPP.



16. Implementación de acciones de cuidado de la salud mental para las /los trabajadoras/es

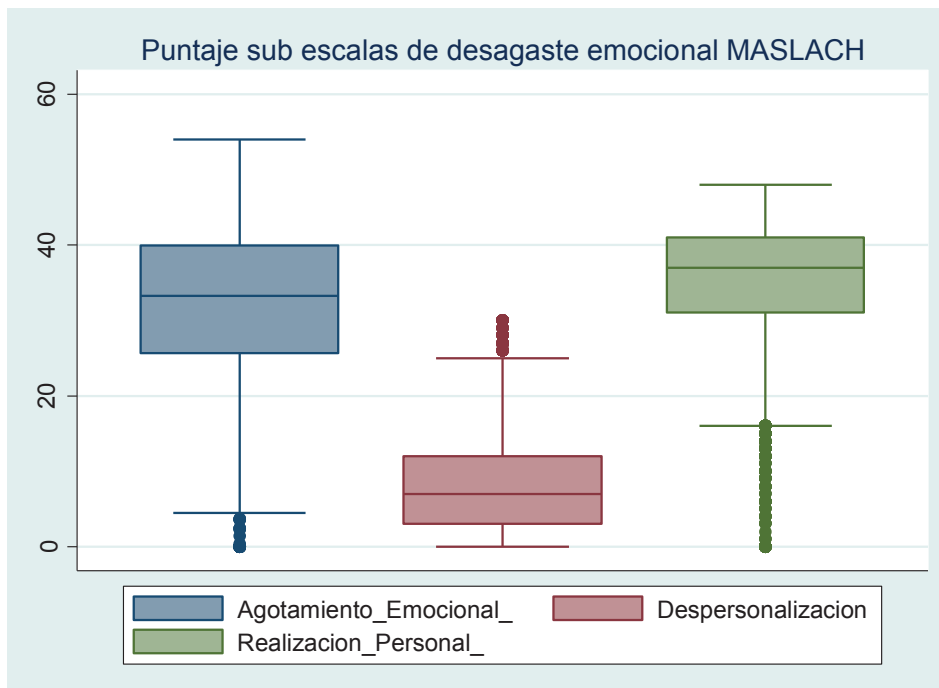
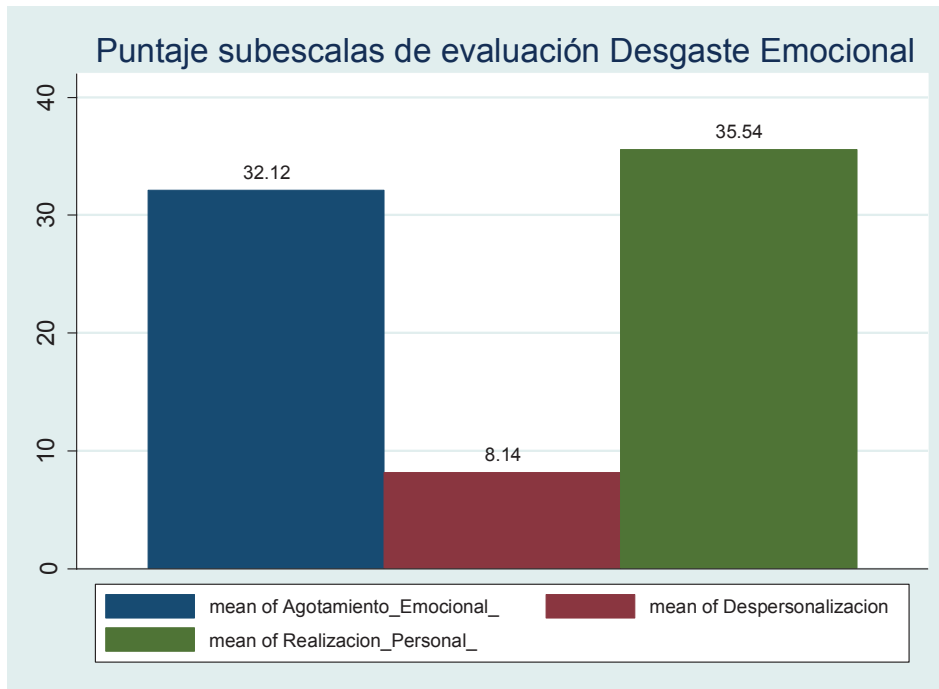
Con 8.684 respuestas de las/los trabajadoras/es solo un 29% de las/los trabajadoras/es declara que se implementaron de acciones de cuidado de la salud mental en sus lugares de trabajo.



Resultados cuestionario Desgaste Emocional MBI

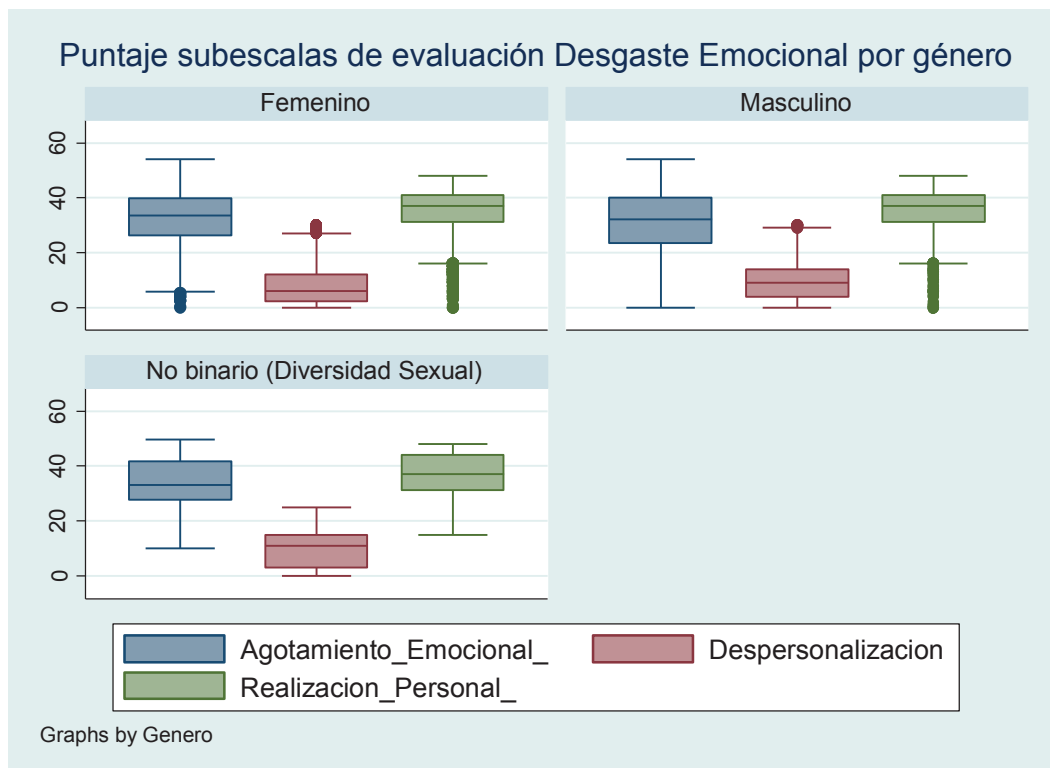
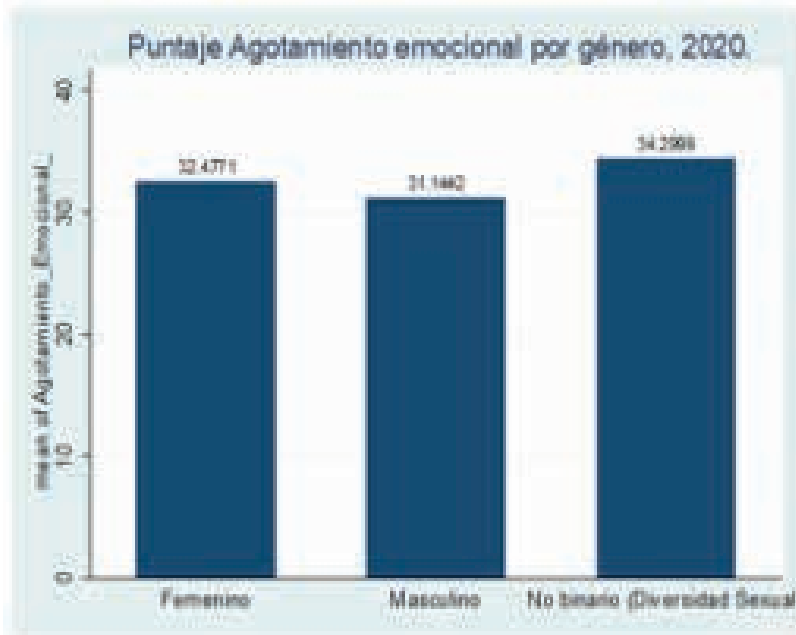
Resultados por subescala:

A continuación se muestran los resultados según las tres subescalas, según la tabla de referencia la subescala de Agotamiento Emocional se encuentra por sobre los 27 puntos que se considera como el límite inferior de la categoría de Alto Nivel de Desgaste emocional, mientras que las otras dos escalas se encuentran en un compromiso medio.

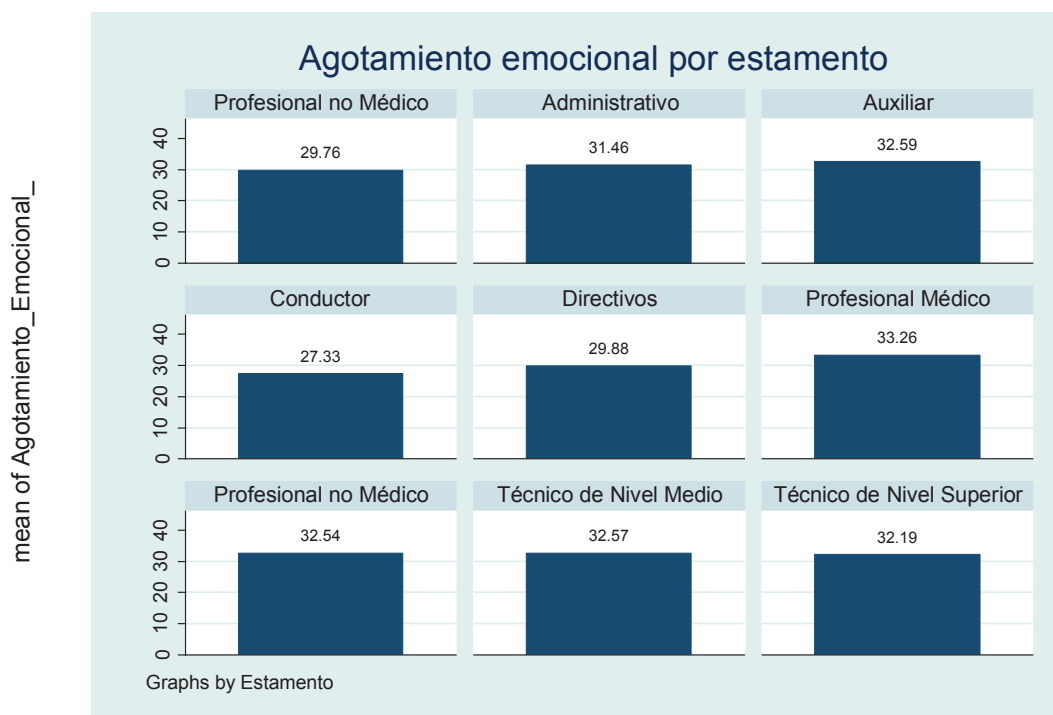


Sub escala de Agotamiento Emocional

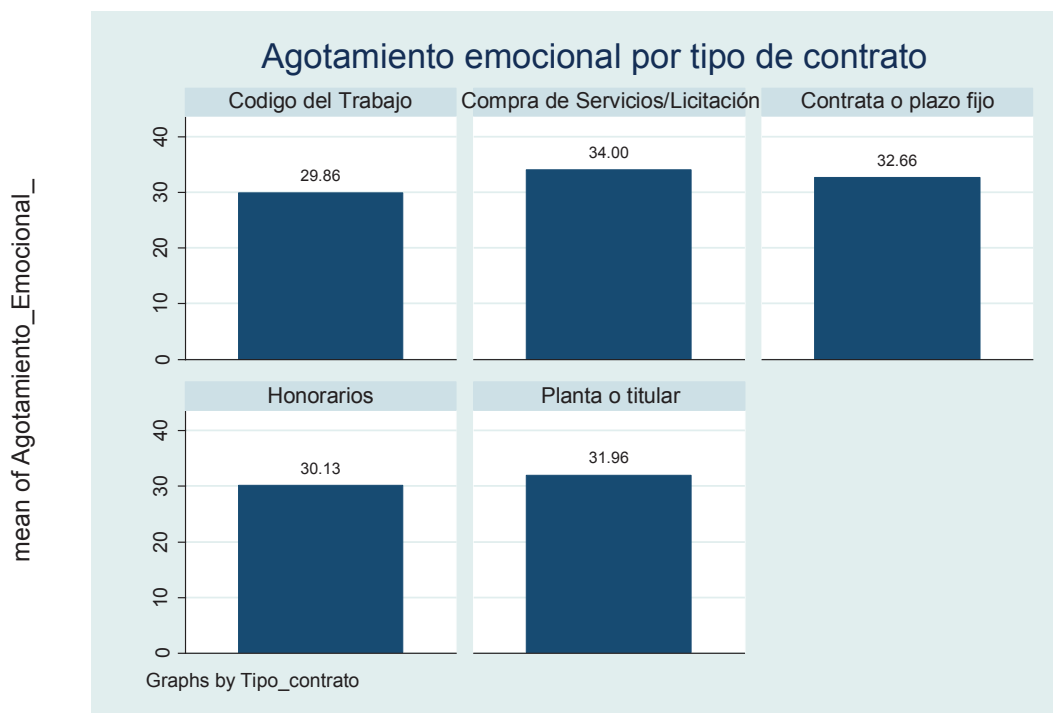
A continuación se muestran solo los resultados descriptivos de la Sub escala de Agotamiento Emocional junto con algunas de las condiciones laborales y de trabajo expuestas las/los trabajadoras/es que participaron de la encuesta.



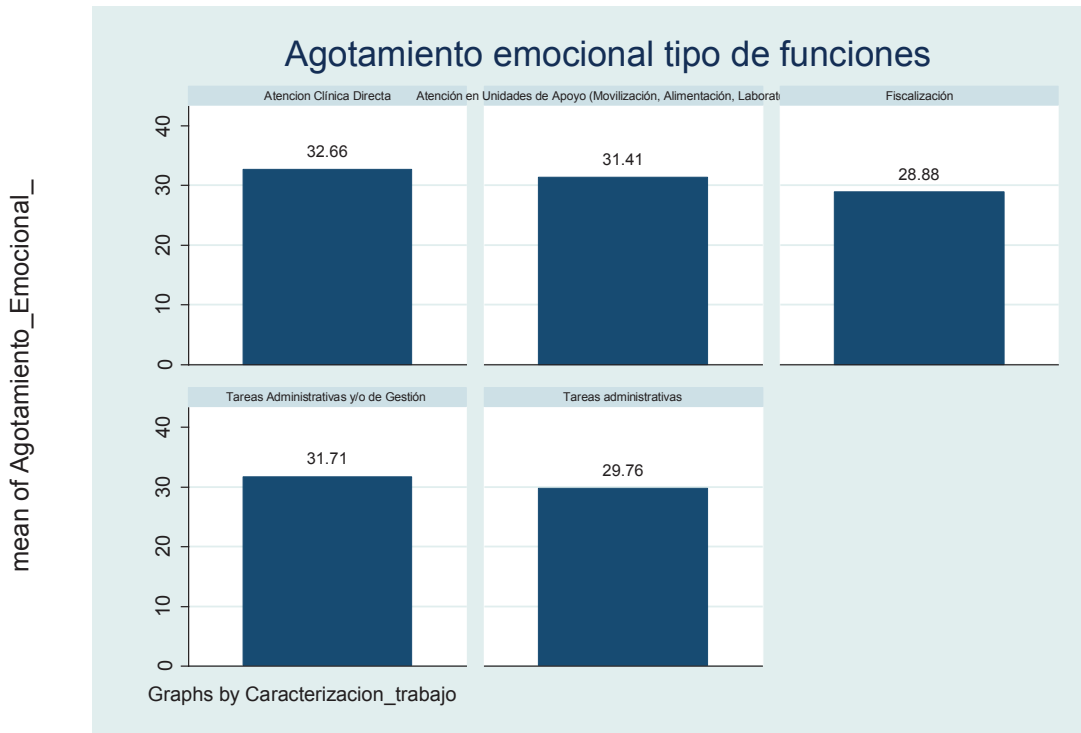
Respecto al estamento, se pueden observar en el siguiente gráfico que los profesionales médico fueron el estamento con el puntaje mayor de desgaste y posteriormente los auxiliares con 32,59 pts.



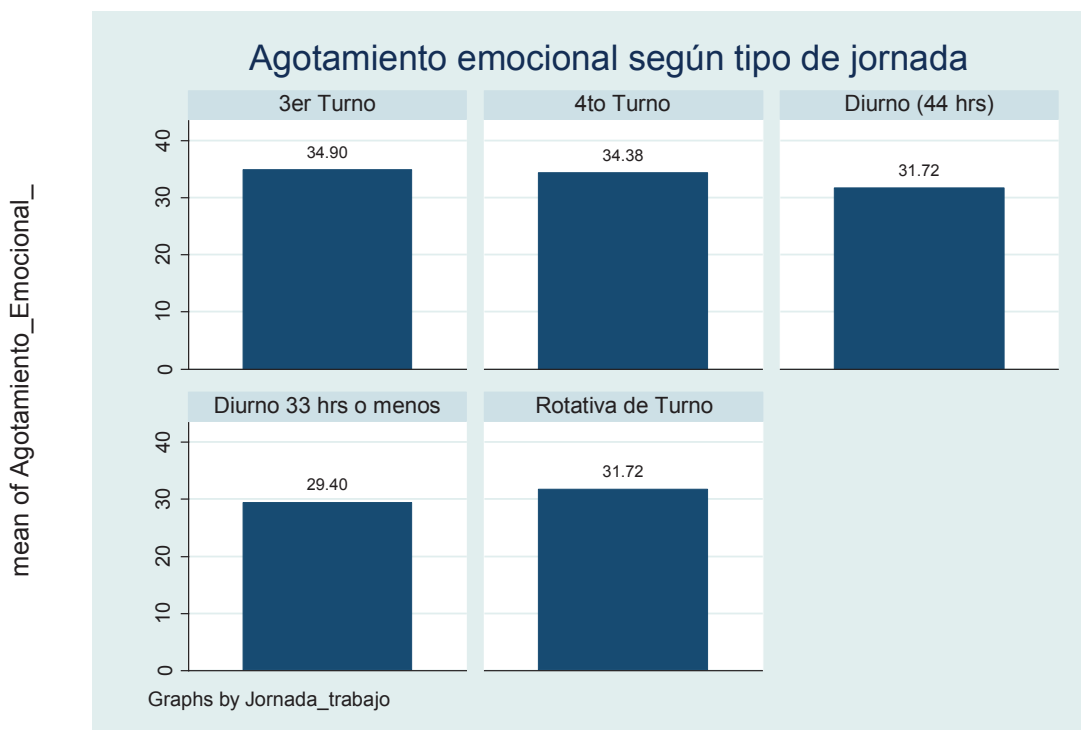
En relación al tipo de contrato se observa que aquellas trabajadoras/es bajo esquemas contractuales precarios como compra de servicios tienen un mayor puntaje de desgaste emocional.



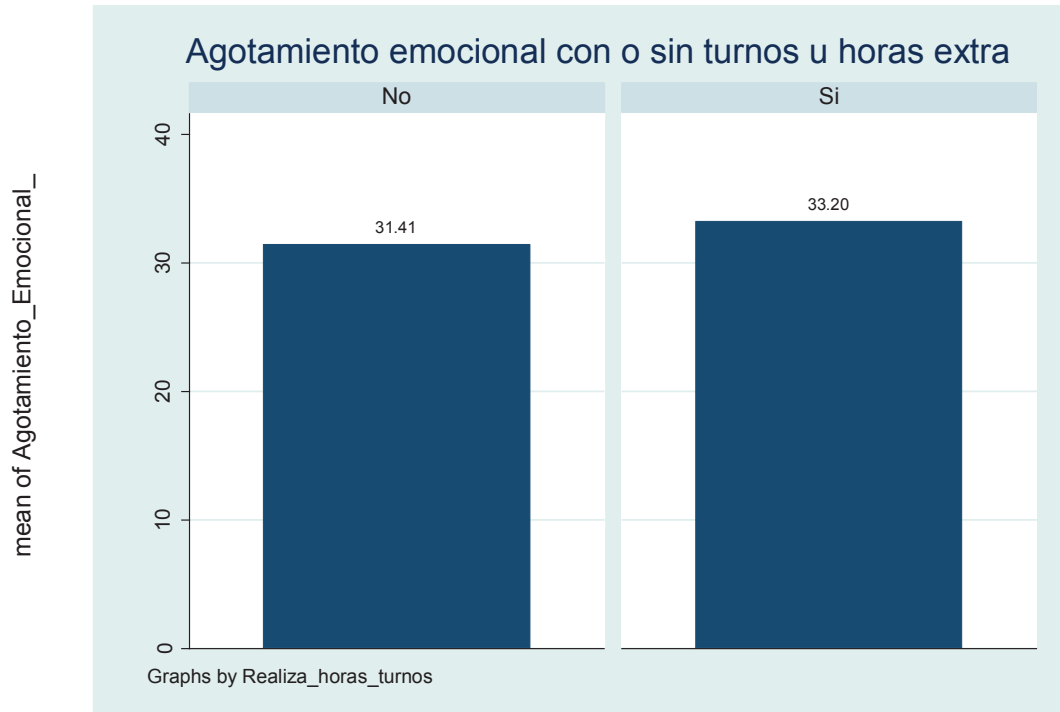
En relación al tipo de funciones, las trabajadora/es con atención directa de personas con COVID tuvieron los puntajes mas altos de agotamiento emocional.



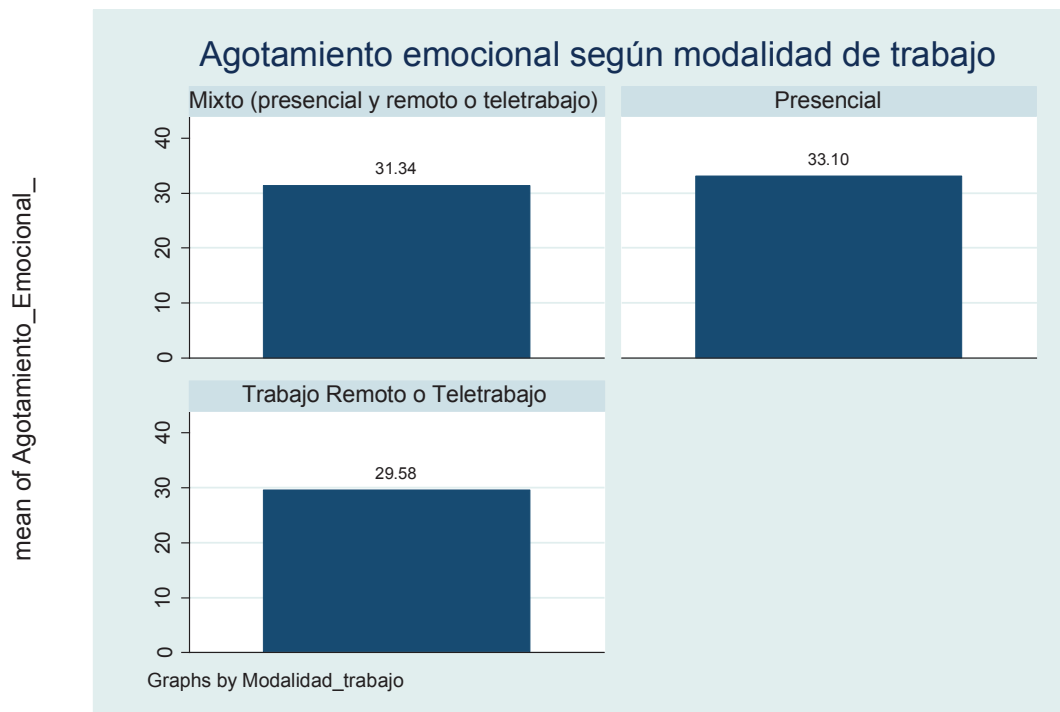
El tipo de jornada de las/os trabajadoras/es también mostró variabilidad, por ejemplo las personas con los puntajes mas bajos de desgaste emocional fueron quienes trabajanban 33 horas.



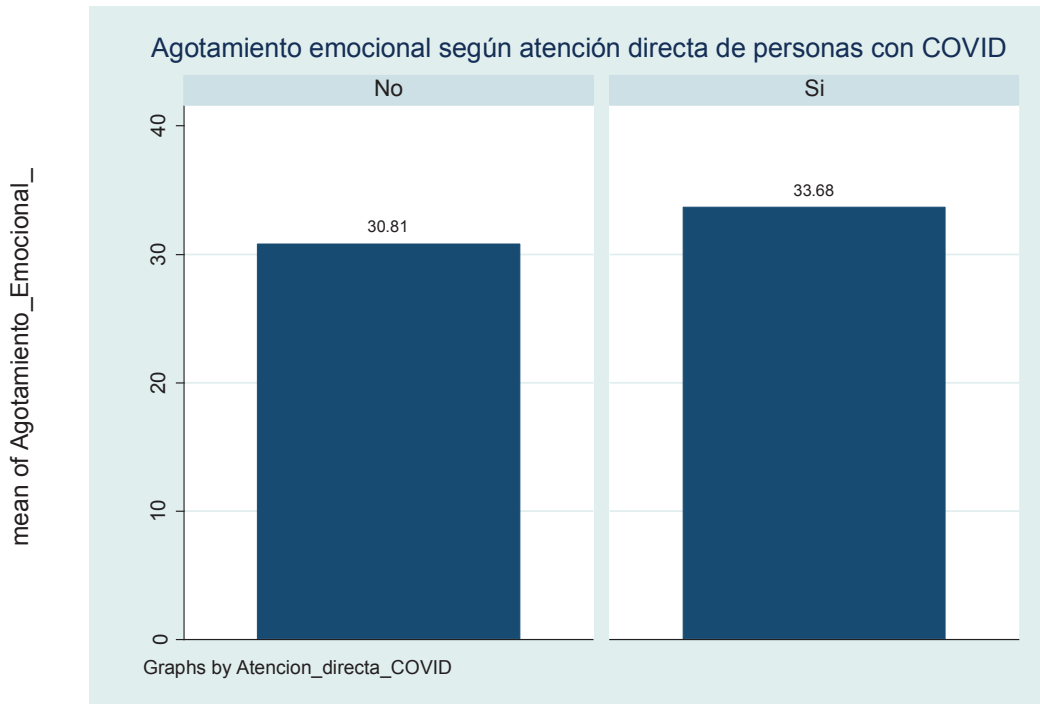
Respecto a realizar o no turnos u horas extra también mostro diferencias, donde el puntaje obtenido de agotamiento emocional entre si quienes realizan horas extras es una diferencia estadísticamente significativa utilizando la prueba t de Student $p < 0.01$.



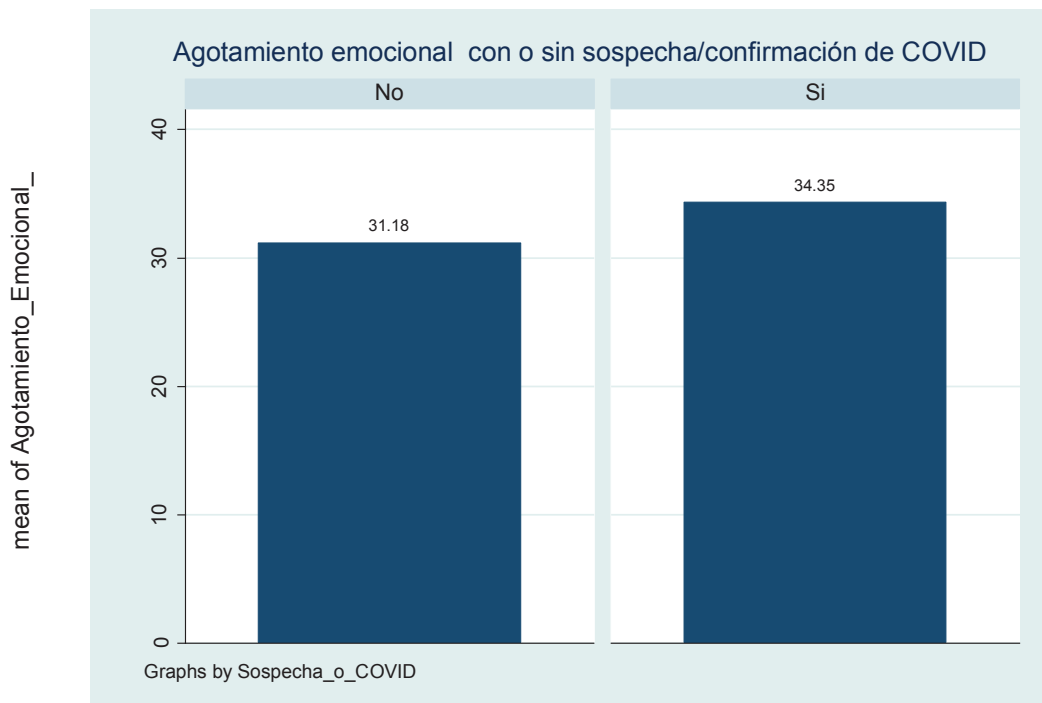
Respecto a la modalidad de trabajo se observó disminución del agotamiento emocional entre las trabajadoras/es que podían realizar actividades a distancia como se muestra a continuación.



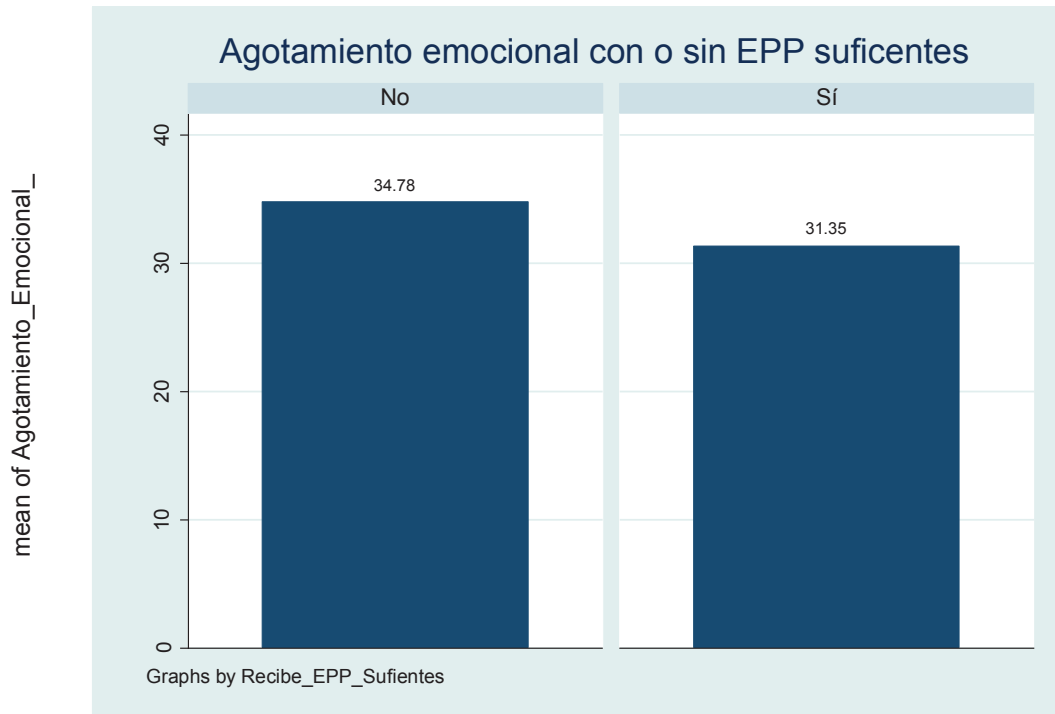
Hubo un alza del agotamiento emocional entre las personas que tienen atención directa de personas con COVID como se muestra a continuación.



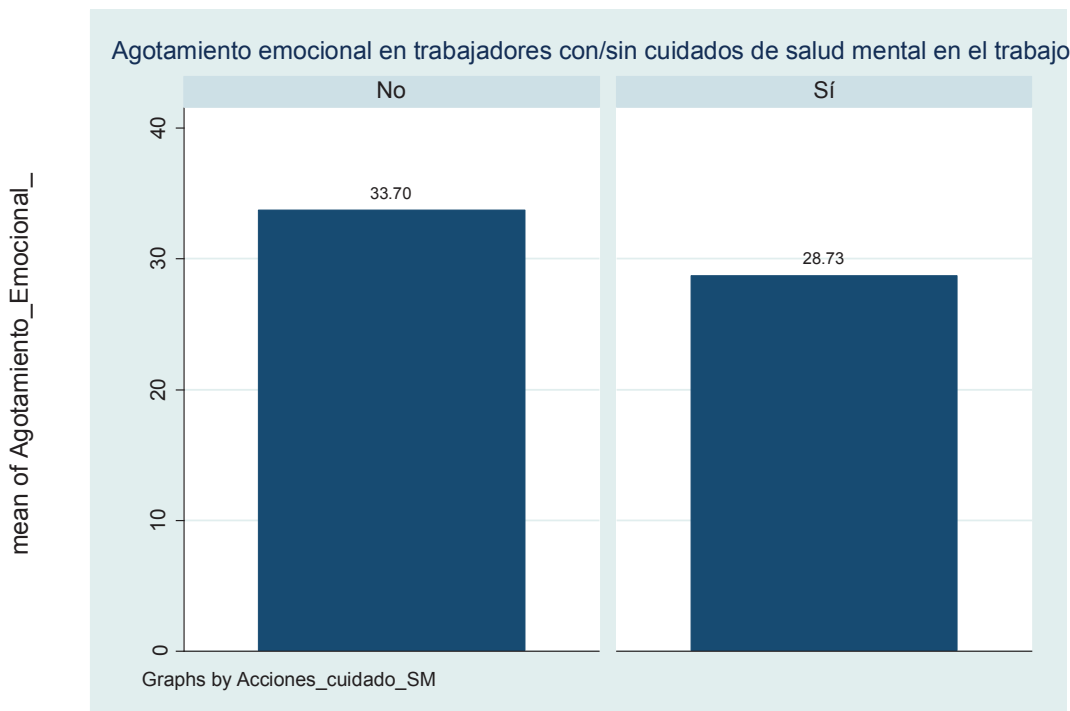
Por otro lado, entre las/os trabajadoras/es con sospecha o confirmación de COVID-19 hubo un mayor puntaje de agotamiento emocional como se muestra a continuación.



Respecto al uso de elementos de protección personal suficientes se observó un puntaje mayor de desgates emocional entre las trabajadoras/es que consideraban que no eran suficientes con un 34,78 pts.



Por último, hubo un alto puntaje de desgates emocional entre los trabajadores que declaran que no observaron acciones implementadas para proteger la salud mental de los trabajadores en sus establecimientos de salud.



Análisis

inferencial

Para evaluar los factores protectores y de riesgo que pueden estar asociados a tener una alto puntaje en la sub-escala de agotamiento emocional se estimó un modelo en base a una regresión logística múltiple donde la variable dependiente dicotómica fue de Agotamiento emocional (1= mayor o igual 27 puntos), y las variables explicativas fueron:

- EPP suficientes (1=si, 0=no)
- Sospecha o confirmación de COVID-19 (1=si, 0=no)
- Existencia de planes de cuidados de salud mental para trabajadoras/es en el establecimiento (1=si, 0=no)

Y las variables de control de sexo (1=Femenino, 0=Masculino) y la variable de edad.

El modelo mostró se significativo, mostrando que el tener un EPP suficientes es un factor protector que disminuye en un 38% la probabilidad de alcanzar altos niveles de agotamiento emocional, también fue un factor protector el que en el establecimiento de salud existieran implementación de acciones de cuidado de la salud mental para las /los trabajadores. Por otro lado, fue un factor de riesgo el que la/el trabajador/a hubiera tenido sospecha o confirmación de COVID-19 siendo un Odds Ratio de 1,63, es decir un 63% mas probabilidades de tener un alto riesgo de agotamiento emocional, asimismo la probabilidad de tener un alto riesgo de agotamiento emocional aumentaba en un 40% entre las mujeres. No se exploraron otras variables confusoras.

```

. logistic Sindr_Agotamiento EPP Sosp cuidados SexoM Edad

Logistic regression
Number of obs = 8686
LR chi2(5) = 572.48
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.0608
Log likelihood = -4418.6273
    
```

Sindr_Agotamiento	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
EPP	.6284828	.0417194	-7.00	0.000	.5518101 .7158089
Sosp	1.631474	.0980836	8.14	0.000	1.450128 1.835499
cuidados	.4410798	.0240747	-15.00	0.000	.3963306 .4908816
SexoM	1.402471	.0888637	5.34	0.000	1.238682 1.587917
Edad	.9723535	.0025603	-10.65	0.000	.9673484 .9773845
_cons	12.71473	1.745669	18.52	0.000	9.714971 16.64075

4. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos podemos señalar que se han detectado en los/as trabajadoras/es de la salud indicadores suficientes para determinar Síndrome de Burnout Severo.

Considerando las condiciones laborales y organizacionales a razón de la Pandemia, de alta demanda física, mental y emocional, realizando turnos de 24 horas y horas extras, la imposibilidad de acceder a días de descanso hace 5 meses y la distancia de sus vínculos de afectos son elementos que contribuyen y sustentan este síndrome de estar quemado. Las/os Trabajadoras/es de la salud se encuentran agotadas/os física, mental y emocionalmente, manifestándose varias veces a la semana, incluso diariamente. Sus recursos emocionales se van acabando y les coloca en una situación de alto riesgo de enfermar a razón del trabajo.

Se observan actitudes de Despersonalización, sentimientos negativos de actitudes y conductas que los podrían llevar a endurecimiento afectivo, automatización y deshumanización de la atención como consecuencia de este síndrome e incluso puede ser un factor gatillante de patología afectiva. La confluencia de un alto agotamiento emocional e indicadores de despersonalización nos muestra los efectos de estar sometidos a un estrés continuo, persistente y en aumento

Como un factor protector aparece un nivel de realización personal medio, mostrando que aun en medio de esta crisis y altamente agotados, nuestros trabajadores mantienen una percepción de ser autoeficaces y de sentirse realizados en su trabajo. La realización personal y autoeficacia hace referencia a la valoración que hacen los/as funcionarios/as respecto a las tareas que realizan y la relación con las personas que atienden. Al mantenerse en un nivel

adecuado, permite mantener una valoración positiva de la labor, y da muestra de los recursos internos con que cuentan nuestros trabajadores/as para enfrentar esta situación actual, lo que sin duda se liga de forma evidente o incuestionable automática a su vocación y sentido de compromiso como servidores públicos.

En este análisis nos parece relevante considerar que el 81% de la muestra está compuesta por son mujeres y por tanto cualquier medida debe ser con enfoque de género, pues ya en estudios precedentes y en la encuesta SUSESO-ISTAS 21 se evidencia que la doble presencia, instalada por los roles de cuidado adscritos al género, es un factor de riesgo psicosocial que impacta en la calidad de vida laboral. Por otra parte, resulta importante señalar que en los indicadores de agotamiento emocional y despersonalización, los resultados obtenidos son coincidentes con estudios precedentes ya mencionados y ratifican un alto nivel de desgaste emocional a razón del trabajo por tanto la presencia de un Síndrome de Burnout en trabajadoras/es de la salud. Sin embargo, en cuanto a la Realización personal y autoeficacia se observan diferencias significativas al compararlo con estudios realizados en un mismo periodo de tiempo pero que sin embargo pudiera ser explicada a partir de la característica de nuestra muestra que está conformada principalmente por trabajadores/as del ámbito de la atención primaria y hospitales de mediana complejidad. Esto podría explicarse desde el enfoques y modelos teóricos desarrollados en los Antecedentes, como es el caso de la Psicología Positiva y Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes, donde podrían existir diferencias entre las instituciones de salud en cuanto a la gestión de sus propios Riesgos Psicosociales Laborales, desarrollando algunas más que otras buenas prácticas de trabajo, tanto a nivel personal,

de equipos y a nivel organizacional, que pueden llevar a fortalecer la motivación e implicación emocional (engagement) de los/as funcionarios con su trabajo, así como el desarrollo de estilos de gestión o liderazgos democráticos y participativos entre los equipos, con adecuadas condiciones organizacionales, favorecedoras de una mejor Calidad de Vida Laboral y Bienestar.

A su vez, que la Realización Personal se encuentre como un nivel medio de afectación, además se puede explicar desde el Modelo de Esfuerzo-Recompensa, también presentado en los Antecedentes, el cual señala que cuando las organizaciones son capaces de reforzar, estimular, recompensar las buenas prácticas de sus funcionarios y su alto esfuerzo o compromiso con la institución, impacta positivamente sobre la salud de los/as trabajadores y la productividad organizacional.

En paralelo a lo anterior, y desde el Modelo Demandas-Control-Apoyo Social, también presentado al inicio, podríamos inferir que del total de la muestra habrían algunos puestos de trabajo e instituciones con un mejor balance de estos elementos, donde quizás los Funcionarios/as cuentan con una mayor latitud decisional o control sobre tu trabajo diario, percibiendo a su vez un mayor nivel de apoyo social tanto de sus pares como jefaturas, lo cual ayudaría a regular la exposición a una alta carga o demanda de trabajo a causa de la Pandemia, asociándose lo anterior a los niveles conservados de Realización Personal encontrados en este estudio vs el alto nivel de Desgaste Emocional y Burnout que se pueda encontrar en otros puestos de trabajo, asociado a un balance negativo de estos tres elementos, presentándose altas demandas, bajo control y bajo apoyo Social, hipótesis que cuenta con evidencia científica (Pastorino y Alvarado, 2008).

Actualmente existe cierta evidencia de que la presencia de altos niveles de agotamiento emocional puede ir acompañado de la aparición de tras-

tornos psiquiátricos de la esfera depresiva y/o ansiosa en los trabajadores. Hasta el día de hoy persiste la controversia respecto de si el síndrome de Burnout debe ser considerado un trastorno psiquiátrico específico y bien definido o si debe ser considerado un epifenómeno de un trastorno depresivo mayor, de un trastorno de adaptación o una forma de un síndrome de fatiga crónica. Esta controversia se produce por el traslape de síntomas entre los diversos cuadros clínicos.

En el caso del trastorno depresivo, la razón para que persista la controversia es que parte importante de los síntomas principales para definir el síndrome (el sentimiento de estar emocionalmente exhausto, físicamente fatigado y desgastado cognitivamente) se superponen con síntomas propios de la depresión. Mientras más restrictivo sea el punto de corte que se utilice en las escalas, un gran porcentaje de los individuos con altos niveles de burnout califican también para el diagnóstico de depresión mayor. La relación del síndrome de burnout con los trastornos de ansiedad ha sido menos estudiada y también se encuentran datos contradictorios. Sin embargo, existiría una relación entre la ansiedad como rasgo y la percepción de las situaciones estresantes como amenazantes y, por otra parte, el estrés laboral podría ser un factor de riesgo para la aparición de síntomas ansiosos.

En línea con lo anterior, los datos recientemente dados a conocer del primer informe del estudio "The COVID-19 Health Care Workers Study", trabajo colaborativo internacional que, en Chile, encuestó a más de 2500 trabajadores de la salud revela una alta prevalencia de trastornos mentales comunes. En este estudio, el 31,4% de la muestra estudiada presentaba síntomas depresivos de carácter moderado a grave, que es casi el doble de lo encontrado en otro estudio, previo a la pandemia. Así también, un 54,8% de los trabajadores de la salud que respondieron la encuesta podrían tener un trastorno mental común, lo que es más de tres veces lo encontrado en estu-

dios poblacionales de prevalencia de trastornos mentales en Chile.

Los síntomas reportados más frecuentemente por los trabajadores de la salud chilenos fueron: alteraciones del apetito (38,6%); alteraciones del sueño (32,7%); falta de energía y cansancio (37,3%); problemas para concentrarse (19,0%); pérdida del interés y anhedonia (16,3%). Estas cifras son más altas que las encontradas en Chile en estudios pre-pandemia, y similares a las reportadas en trabajadores de la salud durante la pandemia en otros países. Así, el burnout por un lado y los trastornos depresivos y ansiosos por el otro, son parte de las consecuencias, sobre los trabajadores de la salud, de las condiciones de estrés laboral mantenido durante la pandemia.

Limitaciones

Es importante considerar que se las principales limitaciones tienen que ver con el tipo de diseño del estudio por cuanto se trata de un estudio no probabilístico por cuotas de tipo transversal por lo que los resultados son representativos del alto número de trabajadoras/es que respondieron y no del universo de trabajadores de la salud.

5. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos señalar que se han detectado en los/as trabajadoras/es de la salud indicadores suficientes para determinar Síndrome de Burnout Severo.

La salud mental de los trabajadores/as se ve impactada por condiciones de sobre carga de trabajo que les somete a un estrés crónico y tiene consecuencias a nivel individual y general.

Es necesario tomar medidas rápidas, tanto en el ámbito de las condiciones laborales como en el ámbito clínico, para reparar el daño psicológico sufrido a razón del trabajo en tiempos de pandemia y proteger la salud mental de los trabajadores en el mediano y largo plazo.

4. RECOMENDACIONES

- Reparación del daño psicológico provocado en la salud de las/los trabajadoras/es, a través de propiciar condiciones adicionales y favorables de descanso, fomentar el reconocimiento de la labor realizada a través de garantías de condiciones laborales y garantizar su cuidado mediante de intervenciones especializadas de salud mental.
- Desarrollar un plan permanente de cuidado de la salud del personal, que incluya la monitorización continua para garantizar las condiciones laborales óptimas y ambientes laborales saludables. Incorporando una permanente revisión y mejora con una gestión participativa de manera de permitir la institucionalización de prácticas protectoras de la salud mental del personal de salud
- Considerar en los planes para la protección de la salud mental del personal, la mirada en las condiciones organizacionales e institucionales que se requieren como factores protectores para la salud mental de las/os trabajadoras/es. Se hace necesario que la organización logre desarrollar un sistema para gestionar los cambios, que debe necesariamente considerar a las partes involucradas, estimulando la creación de instancias de formación y de información a los trabajadoras/es y sus representantes.
- Considerar estos resultados generados por los/as trabajadoras/es e invitarlos a participar como actores relevantes y claves en los procesos de diseño, monitoreo, implementación y evaluaciones de los planes de mejora.

4. REFERENCIAS

1. Acosta, H., Torrente, P., Llorens, S., & Salanova, M. (2013). Prácticas Organizacionales Saludables: Un análisis exploratorio de su impacto relativo sobre el engagement con el trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*. Volúmen 2 N° 1: 107-120.
2. Brunsting, N. C., Sreckovic, M. A., & Lane, K. L. (2014). Special Education Teacher Burnout: A Synthesis of Research from 1979 to 2013. *Education & Treatment Of Children*, 37(4), 681-711.
3. Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). Research on work-related stress. European Agency for Safety & Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
4. de Beer, L. T., Pienaar, J., & Rothmann, S. (2014). Job Burnout's relationship with sleep difficulties in the presence of control variables: a self-report study. *South African Journal Of Psychology*, 44(4), 454-466. doi:10.1177/0081246314538249
5. Esteras, J., Chorot, P., y Sandín, B. (2014). Predicción del Burnout en los Docentes: Papel de los Factores Organizacionales, Personales y Sociodemográficos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 79-92. doi:10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13059
6. Freudenberger, H. J. (1974). 'Staff burn-out', *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
7. Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
8. Gil-Monte P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) como fenómeno transcultural. *Revista Información Psicológica* n°91. Septiembre-Diciembre 2007, páginas 4-11. Colegio de Psicólogos Valencia, España.
9. Gil Monte, P. (2014). Manual de psicología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales. Primera Edición, Editorial Pirámide. Madrid.
10. Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. (2008). The job demands-resources model: a three year cross-lagged study of Burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress*. 22(3):224 - 241.
11. Hakanen, J., Bakker, A. y Jokisaari, M. (2011). A 35 - Year Follow - Up Study on Burnout Among Finnish Employees. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2011, Vol. 16, No. 3, 345-360.
12. Karasek R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. Vol 24, n° 2.

3. Magaña-Medina, D., Aguilar-Morales, N., & Sánchez-Escobedo, P. (2014). Burnout among research teams: evidence from mexican "cuerpos académicos". *Business Education & Accreditation*, 6(2), 35-46.
14. Maslach, C. (1976). 'Burned-out', *Human Behavior*, 5 (9), 16-22
15. Maslach C., Jackson S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2, 99-113.
16. Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd edn, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
17. Maslach C., Schaufeli W. y Leiter M. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52: 397-422.
18. Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*. Abr-Jun; 11 (32): 37-43.
19. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I. (2006) Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, Vol 132(3), May 2006, 327-353.
20. MINSAL (2013). *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Departamento de Salud Ocupacional, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud-Chile.
21. Moreno B. y Báez C. (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
22. OIT (1984). *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, Incidencia y Prevención*. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de Septiembre de 1984.
23. OIT (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*, Primera Edición, Ginebra, Suiza.
24. Olivares V. y Gil-Monte P. (2007). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Revista Información Psicológica* n°91. Septiembre-Diciembre 2007, páginas 43-52. Colegio de Psicólogos Valencia, España.
25. Pastorino, M. y Alvarado, R. (2008). Factores Psicosociales del Trabajo y Síndrome de Burnout en Trabajadores de la Salud. *Revista de Salud Pública*, (XII) 2: 6-13, dic. 2008.
26. Pines, A. (1987). Marriage Burnout: a new conceptual framework for working with couples. *Psychotherapy in Private Practice*. 5:31-43.

27. Robbins, S. (1987). Cultura Organizacional. En Comportamiento Organizacional (pp. 437-453). México: Prentice Hall Hispanoamericana.
28. Shirom, A. (2009). Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y Consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo. Ciencia y Trabajo. Abr-Jun; 11 (32): 44-54.
29. Shirom, A. y Melamed, S.(2006). A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 13(2):176-200.
30. Siegrist J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996. Vol. 1, No. 1, 27-41.
31. Superintendencia de Pensiones. (2010). Guía Técnica para la Evaluación del Trabajo Pesado. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
32. Theorel T. y Karasek R. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. J Occup Health Psychol. 1996 Jan; 1 (1): 9-26.