

# FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD

## PSYCHOSOCIAL FACTORS AND BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTH CARE WORKERS

**María Sol Pastorino**  
Psicóloga, Magíster en  
Salud Pública.  
Escuela de Salud Pública,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.  
e-mail: lic.msolpastorino@  
gmail.com

**Rubén Alvarado**  
Médico – Psiquiatra,  
Magíster en Salud Pública,  
PhD en Psiquiatría y  
Cuidados Comunitarios.  
Escuela de Salud Pública,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.

### Resumen

**Antecedentes:** la exposición a factores psicosociales en el trabajo, como la demanda o exigencias psicológicas, el control sobre las tareas y el apoyo social en el ambiente laboral guardan relación con el estrés y su repercusión en la salud mental. El propósito de este trabajo ha sido estimar la prevalencia de dicho síndrome en un grupo de trabajadores de un hospital de la ciudad de Santiago (Chile) y analizar la posible asociación entre los factores psicosociales nombrados y el Síndrome de Burnout. **Diseño:** de tipo transversal. **Muestra:** de tipo no probabilística, donde los casos fueron seleccionados por conveniencia (n = 416) **Instrumentos :** Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB), Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y Cuestionario para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo ISTAS 21. **Métodos:** se calculó la prevalencia de Burnout a partir del método de conglomerados k-medias y se construyó un modelo de regresión logística. **Resultados:** la prevalencia de trabajadores con Burnout fue del 25% y se encontró una asociación significativa con mayores niveles de exigencias psicológicas, así como con una interacción entre apoyo social y control en las tareas. **Conclusiones:** el síndrome de Burnout está asociado a los tres factores psicosociales del modelo demanda-control-apoyo social.

Trabajo recibido:  
julio 2008  
Aprobado: octubre 2008

**Palabras clave:** factores psicosociales – síndrome de Burnout

## Abstract

**Objective:** exposure to psychosocial factors in the workplace, such as psychological demands, task control and social support are related to stress and have an impact on mental health. The objective of this study is to assess the prevalence of the burnout syndrome in a group of hospital workers in the city of Santiago de Chile and the possible association between those psychosocial factors and the syndrome.

**Design:** Transversal type of study. **Sample:** random, with cases selected by convenience (n = 416).

**Instruments:** Psychic Effects Burnout Scale (EPB), Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28), ISTAS 21 Questionnaire for the Evaluation of Psychosocial Risks in the Workplace.

**Method:** k-media conglomerates and a logistic regression model were used to estimate Burnout prevalence.

**Results:** prevalence of workers with burnout was 25% and it was significantly related to higher levels of psychological demand, plus an interaction between social support and task control.

**Conclusions:** Burnout syndrome is associated to the three psychosocial factors of the demand-control-support model.

**Key words:** psychosocial factors, Burnout syndrome

## Introducción

Los riesgos o "factores de riesgo" psicosociales se han definido por la OIT (1) como "las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia".

La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques. Cabe afirmar que se encuentran mayores desarrollos en modelos de aproximación al estrés que en concepciones mismas de los factores psicosociales. Entre éstos, se encuentra el de Robert Karasek quien formuló el denominado "modelo demanda – control" como una explicación del estrés laboral en función de dos variables: la demanda o exigencias psicológicas del trabajo, y el nivel de control sobre éstas (2).

En la formulación de Karasek la demanda o exigencias psicológicas tienen una concepción esencialmente cuantitativa: volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde (3).

El control sobre el contenido del trabajo implica dos subdimensiones: oportunidad de desarrollar las habilidades propias ("skill discretion"), en la doble vertiente de obtener y mejorar las capacidades suficientes para realizar las tareas y de hacer un trabajo en el que se tiene la posibilidad de dedicarse a aquello que mejor se sabe hacer (trabajos creativos y variados) y autonomía ("decision authority") que corresponde a la capacidad de decisión sobre las propias tareas y sobre las de la unidad o departamento. Es también importante el control sobre las pausas y sobre el ritmo de trabajo.

Jonshon amplió el modelo de demanda-control añadiéndole una tercera dimensión: el apoyo social. La hipótesis básica, consiste en que los puestos de trabajo con grandes exigencias y escaso control junto a un escaso apoyo social en el trabajo ("iso-tensión" alta), serían los que mayor riesgo de enfermedad presentan (4).

Por otra parte, dentro de las diversas consecuencias del estrés laboral, el Síndrome de Burnout ha sido definido como "el fracaso o desgaste producido por las demandas excesivas que recibe el profesional, las cuales sobrepasaban sus energías o recursos personales" (5).

En opinión de Muñoz et al (6), podemos afirmar que actualmente no existe una única definición que sea plenamente aceptada, lo que supone dificultades importantes para su evaluación, tanto a nivel individual como en grupos profesionales.

De la gran cantidad de conceptos manejados en la literatura sobre este síndrome, se puede decir que actualmente al Síndrome de Burnout o de Quemarse por el Trabajo, se le reconoce como una "patología moderna" derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera continuada, por lo menos 6 meses. Este problema se observaría en los trabajadores que mantienen contacto directo con personas (pacientes, derechohabientes, clientes, alumnos, etc.) y de acuerdo a la síntesis de Gil Monte y Peiró (7) estaría caracterizado por tres dimensiones:

1. El agotamiento emocional: que está caracterizado por un cansancio físico y/o psicológico y se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales. El sentimiento que embarga al trabajador es de que nada se puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo.
2. La despersonalización: es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo.
3. La baja realización personal en el trabajo: sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales, se refiere a la existencia de un sentimiento de ausencia de logros propios de las personas en las labores habituales, se presenta un rechazo de sí mismo.

De estas tres dimensiones, la dimensión de agotamiento emocional es sobre la que existe un mayor acuerdo en cuanto a considerarla el punto clave del concepto.

Para la medición del Síndrome de Burnout se han creado diversos instrumentos, entre los que destaca el Maslach Burnout Inventory (MBI), considerado como el instrumento de medida más clásico de Burnout y con el cual han hecho la mayoría de las investigaciones relacionadas con este síndrome. Entre los instrumentos alternativos al MBI que se han construido, el Tedium Measure, el Staff Burnout Scale for Health professionals han sido los otros dos más usados.

Uno de los esfuerzos más destacables ha sido el desarrollo de la escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB), construida en un medio cultural similar al nuestro (España) y centrada exclusivamente en la dimensión agotamiento emocional para explicar el Síndrome.

En síntesis, existe un gran desacuerdo aún respecto de la forma de medir este síndrome, que se refleja en la diversidad de instrumentos existentes.

El propósito de este trabajo ha sido estimar la prevalencia de dicho síndrome en un grupo de trabajadores de un hospital de la ciudad de Santiago (Chile) y analizar la posible asociación entre los factores psicosociales del ambiente laboral (bajo el modelo demanda – control – apoyo social) con el Síndrome de Burnout.

## Material y método

El diseño del estudio fue de tipo observacional y transversal. El universo estuvo conformado por 2.259 trabajadores del Hospital San Borja Arriarán, ubicado en la zona central de la ciudad de Santiago, de Chile. La muestra fue de tipo no probabilística y se obtuvo en base a la participación voluntaria de los trabajadores que quisieran hacerlo ( $n = 416$ ). Cabe señalar que este estudio corresponde a un análisis secundario de datos, donde la definición del tipo de muestra fue hecha por el equipo investigador de un proyecto del Fondo de Investigación en Salud (CONICYT, Chile).

Los representantes de los distintos estamentos de este hospital repartieron las encuestas en cada unidad, a personal de apoyo clínico, auxiliares, enfermeros y médicos en horarios flexibles para cada grupo en particular e hicieron un acompañamiento de supervisión para que la encuesta fuera respondida y entregada en el momento de su realización. La encuesta estuvo conformada por tres instrumentos: 1) un cuestionario para la evaluación de factores psicosociales ISTAS 21 (8); 2) la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (9) (EPB) y 3) el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 28 preguntas (GHQ-28) (10).

Los casos de Burnout son definidos a través de un análisis de conglomerados (utilizando la técnica de  $k - medias$ ), con base en las puntuaciones obtenida en la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) y en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), siguiendo el procedimiento utilizado por Muñoz et al (6). La finalidad de utilizar este método es evitar puntuar al alza los ítems del EPB y establecer criterios de Burnout más restrictivos.

Por otra parte, se consideraron variables de exposición a los factores psicosociales (demandas psicológicas, control sobre el contenido del trabajo y apoyo social) medidas por el total de los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones que son medidos por el cuestionario ISTAS 21.

Para el análisis se tuvo como variables de control el sexo, la edad, el estado civil y los años de estudio.

El análisis estadístico se efectuó con los paquetes SPSS y STATA. Para los análisis bivariados se utilizaron pruebas no paramétricas, dado que las variables no mostraban una distribución de tipo normal. Y para el análisis multivariable se dicotomizaron todas las variables y se construyó un modelo de regresión logística múltiple, que incluía un conjunto de interacciones conceptualmente relevantes.

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 95 hombres (22,8%) y 321 mujeres (77,2 %). El promedio de edad fue de 40,5 años con una desviación estándar de 10,9 años y un rango entre 19 y 72 años.

Respecto al estado civil, 36,6% eran solteros(as), 48,7% tenían una pareja con la

cual convivían (40,5% casados y 8,2% convivientes), 13,5% estaban separados y 1,2% eran viudos(as).

El nivel educacional de la muestra es superior al encontrado para el conjunto del país: 23,4% tenían en enseñanza secundaria completa, 40,6% enseñanza técnica superior y 29,7% tenían enseñanza universitaria. Sólo un 6,3% señaló tener enseñanza secundaria incompleta o menos.

La prevalencia puntual para de Síndrome de Burnout fue del 25 %, utilizando la técnica descrita que está basada en la construcción de dos conglomerados a partir de las puntuaciones en el EPB y el GHQ-28.

Tal como se aprecia en la tabla 1, el grupo de casos y no casos se diferencian significativamente en el puntaje obtenido en ambas escalas, siendo significativamente mayor la puntuación para el grupo clasificado como caso Burnout.

**Tabla 1.** Comparación de puntajes del cuestionario GHQ-28 y la escala EPB en grupos de casos y no casos de Burnout en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Instrumentos	Grupos	n	prom ± de	Valor p
GHQ-28	caso Burnout	104	10,6 ± 6,4	< 0,0001
	no caso Burnout	312	4,1 ± 5,1	
EPB	caso Burnout	104	45,9 ± 11,4	< 0,0001
	no caso Burnout	312	19,0 ± 5,7	

En la tabla 2 se puede observar que el grupo de casos tiene una mayor proporción de mujeres (80,8%) respecto del grupo que no son casos (76,0%). Del mismo modo, entre los casos de Burnout hay un porcentaje más elevado de la condición de estar solos (sin pareja) (54,9%) respecto de lo que se observa entre los no casos (50,2%). Para la edad y los años de estudio se observan valores similares.

**Tabla 2.** Comparación de variables sociodemográficas entre el grupo de casos y de no casos de Burnout

VARIABLES	Casos	No casos	p value
<b>Sexo</b>			0,312
hombre	19,2 %	24,0 %	
mujer	80,8 %	76,0 %	
total	100,0 %	100,0 %	
<b>Estado civil</b>			0,412
con pareja	54,9 %	50,2 %	
sin pareja	45,1 %	49,8 %	
total	100,0 %	100,0 %	
<b>Edad (años)</b>			0,560
promedio	40,0 años	40,7 años	
desv. estándar	10,9	11,3	
<b>Años de estudio</b>			0,682
promedio	13,2 años	13,4 años	
desv. estándar	4,0	3,8	

En síntesis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las cuatro variables socio-demográficas que fueron estudiadas entre los dos grupos.

En la tabla 3 se presentan los puntajes para los tres grupos de factores psicosociales, observándose diferencias que fueron estadísticamente significativas entre el grupo de casos y el de no casos de Burnout, donde los primeros mostraron un mayor nivel de exigencias psicológicas, un menor control sobre el contenido del trabajo y un menor apoyo social.

**Tabla 3.** Promedio y desviación estándar para los tres factores psicosociales estudiados, según casos y no casos de Burnout, en una muestra de trabajadores de la salud (n=416)

Factor Psicosocial	Casos prom ± d.e.	No casos prom ± d.e.	Valor p
Demanda psicológica	64,3 ± 6,4	60,3 ± 7,9	0,001
Control sobre el trabajo	34,4 ± 8,4	31,1 ± 7,1	0,001
Apoyo Social	11,4 ± 3,7	9,1 ± 3,2	0,001

Los resultados del análisis de regresión logística mostraron que ninguna de las cuatro variables socio-demográficas se asociaba a ser caso de Burnout y que las tres variables psicosociales del ambiente laboral si estaban asociadas significativamente.

La asociación con la variable demandas psicológicas era directa, de forma que los mayores niveles de exigencia se asocian con la presencia de Burnout (tabla 4). En cambio, las variables control sobre el trabajo y apoyo social se asocian con Burnout a través de una interacción (tabla 4).

**Tabla 4.** Modelo de regresión logística para el S. de Burnout y los factores psicosociales en trabajadores de la salud (n= 415)

	OR	error estándar	valor p	intervalo de confianza (95%)
Demanda psicológica	2,27	0,55	0,01	1,40 - 3,68
Control sobre las tareas	2,06	0,69	0,03	1,05 - 4,00
Apoyo social	0,79	0,29	0,53	0,38 - 1,62
Interacción control * apoyo social	0,29	0,15	0,02	0,10 - 0,84

Para conocer la forma en que se producía esta interacción se procedió a hacer una análisis estratificado, encontrándose que en el subgrupo de "alto apoyo social" la variable control sobre la tarea se asociaba significativamente con Burnout, lo cual no ocurría en el subgrupo de "bajo apoyo social" (ver tabla 5). Por lo tanto, la asociación entre el control sobre las tareas del trabajo y la presencia de síndrome de Burnout se modifica en función de los niveles de apoyo social: cuando este último es alto está presente esta asociación y cuando el apoyo social es bajo no se encuentra la asociación.

**Tabla 5.** Prevalencia de Burnout para diferentes niveles de control sobre las tareas del trabajo, en función de los niveles de apoyo social

	Alto control	Bajo control	valor p
Apoyo social alto	22,50%	38,70%	0,019
Apoyo social bajo	19,20%	12,80%	0,232

## Discusión

Una de las limitaciones de este estudio es propia de su diseño, el que no permite establecer la direccionalidad de las asociaciones encontradas. No obstante, este tipo de diseño permite explorar con cierta flexibilidad la asociación entre un problema de salud de alta frecuencia como el síndrome de Burnout y factores de riesgo laborales a los que los trabajadores pueden estar expuestos (11).

Una segunda limitación proviene del tipo de muestra, dado que esta es no probabilística, lo que no permite asumir que esta sea representativa del universo. Hubiese sido ideal contar con una muestra probabilística estratificada por estamento, pero no se pudo hacer de esta forma para mantener la confidencialidad de la información que entregaban los trabajadores, lo cual era un punto relevante para lograr una buena validez de esta información.

En todo caso, la muestra incluyó a todos los tipos de trabajadores del Hospital, desde el personal que no ejerce tareas asistenciales o de cuidado (como los trabajadores administrativos o de apoyo clínico) hasta los que atienden directamente pacientes.

Por todo lo anterior, no se puede asumir que la muestra sea representativa de su universo y existe posibilidad de un sesgo de selección. Sin embargo, hay que considerar que se trata el primer estudio en su campo, que busca aplicar el modelo demanda – control – apoyo social al problema del síndrome de Burnout, por lo que sus resultados deben entenderse como provisionarios y motivadores para futuros estudios.

La definición y establecimiento de caso de síndrome de Burnout es uno de los aspectos más importantes en este trabajo, dado que ha implicado, en primer lugar seleccionar una de las tantas conceptualizaciones del síndrome de Burnout, y en segundo lugar diferenciar lo que es la medida del grado de intensidad del Burnout, de lo que se refiere exclusivamente a la probabilidad de ser un caso, condición necesaria para determinar prevalencia (6). Por eso, se siguió la experiencia de Muñoz et al (6), que es la única reportada a la fecha que ha estimado la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud, usando este método (construcción de conglomerados).

De esa forma se llegó a establecer una prevalencia de 25% para el síndrome de Burnout, la que es similar a la referida por Muñoz et al utilizando la misma técnica (6).

Los estudios que han usado el MBI refieren cifras de prevalencia mayores, tal como se observa en uno de los pocos estudios chilenos en trabajadores de la salud que ha sido publicado hasta ahora, realizado en el Hospital Roberto del Río (12), donde la prevalencia fue de 69%. Situación similar es la reportada por Muñoz cuando compara sus resultados con los descritos en el estudio de Molina et al (13) dentro de España. Todo pareciera indicar que el uso de una u otra técnica para clasificar los casos es lo que determina las disparidades en los resultados de prevalencia, más que diferencia reales entre los diferentes grupos.

Los resultados de este estudio mostraron que el nivel de demandas psicológicas está asociado a la presencia del síndrome de Burnout. Esto coincide con la evidencia actual (14) y ha sido reportado tanto en estudios transversales como en estudios longitudinales (15).

Fue interesante encontrar una interacción entre las variables control sobre la tarea y el apoyo social, respecto de la asociación con Burnout. En este sentido, nuestros resultados parecen ratificar el papel moderador o “buffering” del apoyo social, en este caso interactuando con el control. Esto plantea una posible línea de investigación para el futuro.

En perspectiva futura, habría que ampliar el estudio del Síndrome teniendo en cuenta la interdependencia de las variables que pueden explicarlo, porque tal como se pudo ver en este trabajo, se pueden producir distintos tipo de combinaciones de patrones que lo describen y que requieren otro tipo de diseños para su estudio (tales como estudios basados en métodos cualitativos, o diseño tipo longitudinal).

Este trabajo buscó afirmar y destacar el papel de algunos de los factores psicosociales del ambiente laboral en la producción del desgaste del trabajador de la salud de una institución pública, con el fin de aportar evidencias sobre su magnitud e interrelaciones asociadas, todo lo cual podría ser utilizado en estrategias de prevención o de manejo

de estas condiciones para reducir el riesgo de generación de este problema, ya sea con intervenciones de carácter individual, grupal u organizacional, de acuerdo al contexto de cada organización o institución.

## Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo (1986) Factores Psicosociales en el Trabajo. [online]. Recuperado el 21 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.arearh.com/salud%20laboral/psicosociales1.htm>
2. Karasek R (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job re-design. *Administration Science Quarterly* [online]; 24 (2): 285 - 308. Recuperado 19 de octubre de 2006. Disponible en: [http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392\(197906\)24%3A2%3C285%3AJDJDLA%3E2.0.CO%3B2-D](http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392(197906)24%3A2%3C285%3AJDJDLA%3E2.0.CO%3B2-D)
3. Karasek, R; Baker D; Marxer F; Ahlbom A.; Theorell, T (1981). Job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal Public Health* [online]; 71: 694 - 705. Recuperado el 19 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/71/7/694?maxtoshow=&hits=10&hits=10&resultformat=&author1=karasek%2c+r&andorexactfulltext=and&searchid=1&firstindex=0&sortspec=relevance&volume=71&resourcetype=hwcit>
4. Johnson JV, Hall E (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal Public Health*;78: 1336 - 1342.
5. Freudenberger H (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*; 30 : 159 - 165.
6. Muñoz P, García Camba J, Jalvo J, Ancochea R, Soria J (2006). El Síndrome de Burnout en los médicos del área sanitaria 2 de Madrid: un estudio epidemiológico. Área de epidemiología, evaluación de servicios e investigación. Departamento de Salud Mental. Comunidad de Madrid y Hospital Universitario de la Princesa.
7. Gil Monte P (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Número monográfico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*; 16 (2): 101 - 102.
8. Moncada S, LLorenz C, Kristensen TS (2002). Manual para la Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Método ISTAS 21. CoPsoQ. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Versión online.
9. García Izquierdo M (1995). Evaluación del Burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*; 1: 219 - 229.
10. Golberg D, Williams P (1996). Versiones en lengua española del GHQ. En: *General Health Questionnaire (GHQ)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Ed. Masson. Barcelona. España.
11. Hernández B, Velasco-Mondragón HE (2000). Encuestas Transversales. *Revista de Salud Pública de México*; 42 (5): 447- 455.
12. Ordenes N (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*; 75 (5): 449 - 454.
13. Molina SA, García Pérez MA, Alonso GM, Cecilia CP (2003). Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. *Revista de Atención Primaria*; 31 (9): 564 - 571.
14. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*; 37 (4): 424 - 433.
15. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S (1998). Psychosocial factors at work and subsequent symptoms in the Gasel cohort. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*; 24 (3): 197 - 205.