

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Niveles de Burnout y de Exposición a Riesgos
Psicosociales de Trabajadores de la Salud Mental de
Instituciones Públicas en Paraná y Paraná Campaña.*

Autor: Alfredo Exequiel Roldán

Dirección: Paula Putallaz – Jennifer Zenklusen

Paraná, 14 de Noviembre de 2024



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

**Niveles de Burnout y de Exposición a Riesgos Psicosociales de Trabajadores de la Salud
Mental de Instituciones Públicas en Paraná y Paraná Campaña**

Exequiel Roldán

Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Entre Ríos

Paula Putallaz

Jennifer Zenklusen

2024

Agradecimientos

A mi madre y hermanas, por acompañarme durante todo el proceso de la carrera universitaria.

A Paula Putallaz y Jennifer Zenklusen por aceptar la dirección y poner a disposición sus amplios antecedentes para avalar el desarrollo de éste trabajo.

A los directivos y coordinadores de las instituciones, por permitir mi intervención, y a todos los profesionales que aceptaron participar y dedicar parte de su tiempo en responder los cuestionarios.

A la Universidad Autónoma de Entre Ríos por producir y gestionar condiciones de posibilidad para la educación pública.

Agradecimiento especial

A quien fue mi analista, por saber estar a la altura de los requerimientos de un saber clínico en una experiencia profundamente transformadora que me permitió, en otras cosas, decidir, hacer propio y trabajar en un proyecto de vida, del cual forma parte la instancia de éste trabajo.

A la memoria de mi padre y de mi abuelo.

A mi madre, por la dicha de contar con su presencia y compañía.

Tabla de contenido

Capítulo 1.....	1
Justificación	3
Planteo de interrogantes	4
Objetivos de la investigación.....	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.....	5
Capítulo 2. Marco teórico.....	6
Estado de debate.....	6
Supuestos o hipótesis	10
Perspectiva teórica	11
Síndrome de Burnout	11
Diferencia entre estrés laboral y Burnout.	11
Modelos conceptuales.	12
Maslach Burnout Inventory.	13
Causas.	13
Síntomas y consecuencias.	13
Factores psicosociales	14
Factores de riesgos psicosociales.....	15
Tipos y descripción de riesgos psicosociales.	16
Modelos conceptuales.	17
Profesionales de la salud mental.....	18
Operacionalización de variables	19
Capítulo 3. Metodología.....	20
Diseño metodológico.....	20
Tipo de diseño	20
Selección del contexto.....	20
Universo o población	21
Criterios de inclusión y exclusión.....	21
Unidad de análisis	21
Muestra	21
Técnicas de recolección.....	25
Cuestionario demográfico.....	25
Cuestionario Breve de Burnout.	25
Dimensiones.	25
Puntuación.	26

Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG).....	26
Dimensiones.	27
Puntuación.....	29
Confiabilidad de los instrumentos.	30
Procedimiento	32
Análisis de datos	33
Software utilizado.....	33
Declaración de variables.....	33
Preparación de los datos.	34
Planificación y sistematización del análisis.	34
1) Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach.....	34
2) Cálculo de puntajes.....	34
3) Recodificación de puntajes.	34
4) Análisis descriptivo.	35
5) Prueba de normalidad.	35
6) Decisión sobre el uso de pruebas no paramétricas.	36
7) Análisis inferencial.	36
Capítulo 4. Resultados	37
Información demográfica	37
Niveles de Burnout.....	40
Niveles de burnout y variables demográficas	42
Niveles de burnout en cada Profesión.....	45
Niveles de riesgos psicosociales.....	50
Niveles de riesgos psicosociales y variables demográficas.....	51
Niveles de riesgos psicosociales en cada profesión	57
Resultados del análisis correlacional	69
Variables demográficas y niveles de burnout	69
Variables demográficas y niveles de riesgos psicosociales.....	71
Niveles de burnout y riesgos psicosociales.....	74
Capítulo 5. Discusión	77
Capítulo 6. Conclusiones.....	81
Limitaciones y recomendaciones.....	84
Referencias.....	85

Apéndices

Apéndice A.	Posición ética en el análisis estadístico	88
Apéndice B.	Tarjetas y portada de cuestionarios	89
Apéndice C.	Cuestionario demográfico.....	91
Apéndice D.	Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG).....	93
Apéndice E.	Cuestionario Breve de Burnout.....	96
Apéndice F.	Gráficos y tablas	97

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables	19
Tabla 2 Descriptivos de la variable edad	22
Tabla 3 Distribución de casos por profesión.....	23
Tabla 4 Distribución de casos por institución	23
Tabla 5 Distribución de casos por sector de trabajo	24
Tabla 6 Puntajes de corte por dimensión del CBB	26
Tabla 7 Cálculo de puntajes por dimensión del COPSOQ-ARG.....	29
Tabla 8 Puntajes límites por dimensión del COPSOQ-ARG	30
Tabla 9 Cálculo de coeficiente alpha de Cronbach de los instrumentos utilizados	31
Tabla 10 Interpretación del coeficiente de confiabilidad por consistencia interna.....	31
Tabla 11 Distribución de casos según la antigüedad en la institución	37
Tabla 12 Descriptivos de la variable cantidad de horas semanales de trabajo	38
Tabla 13 Descriptivos de la variable cantidad de guardias	38
Tabla 14 Distribución de casos que realizan labores de su trabajo en su casa, por profesión	39
Tabla 15 Resultados en las sub-escalas del CBB.....	41
Tabla 16 Interpretación del coeficiente de correlación	69
Tabla 17 Resumen de relaciones entre variables demográficas y burnout	70
Tabla 18 Resumen de relaciones entre variables demográficas y riesgos psicosociales	73
Tabla 19 Relaciones entre subdimensiones de Síndrome de burnout y riesgos psicosociales.....	75
Tabla 20 Relaciones entre dimensiones de Burnout y de riesgos psicosociales	76

Tabla F1 Definición de variables en SPSS	97
Tabla F2 Prueba de normalidad para dimensiones y sub-dimensiones del CBB	102
Tabla F3 Prueba de normalidad para dimensiones del COPSOQ-ARG	102
Tabla F4 Distribución de la Despersonalización entre las profesiones	105
Tabla F5 Distribución de niveles de burnout relativos a cada profesión	106
Tabla F6 Distribución de niveles de riesgos psicosociales relativos a cada profesión	107
Tabla F7 Pruebas de Spearman entre variables demográficas y dimensiones de burnout.....	108
Tabla F8 Prueba de Kruskal Wallis en dimensiones de burnout agrupadas por relación laboral	110
Tabla F9 Rangos de niveles de burnout agrupados por relación laboral.....	110
Tabla F10 Pruebas de Spearman entre variables demográficas y riesgos psicosociales	111
Tabla F11 Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por género	113
Tabla F12 Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por género	113
Tabla F13 Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por estado civil	114
Tabla F14 Rangos de niveles en Relaciones interpersonales agrupados por estado civil	114
Tabla F15 Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por profesión	115
Tabla F16 Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por profesión	115
Tabla F17 Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por turnos de trabajo.....	116
Tabla F18 Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por turnos de trabajo	116
Tabla F19 Coeficiente de Spearman entre el COPSOQ-ARG y sub-dimensiones del CBB.....	117
Tabla F20 Coeficiente de Spearman entre dimensiones del COPSOQ-ARG y del CBB.....	118

Tabla de ilustraciones

Figura 1	Distribución de frecuencias de los 3 niveles para las 3 dimensiones del CBB	40
Figura 2	Distribución de frecuencias (en líneas) de los 3 niveles para las 3 dimensiones del CBB	41
Figura 3	Niveles de Síndrome de burnout dentro de cada profesión	46
Figura 4	Niveles de Antecedentes de burnout dentro de cada profesión	48
Figura 5	Niveles de Consecuencias de burnout dentro de cada profesión	49
Figura 6	Distribución de frecuencias de los 3 niveles para las 7 dimensiones del COPSOQ-ARG	50
Figura 7	Distribución de frecuencias en líneas de los 3 niveles en el COPSOQ-ARG	51
Figura 8	Niveles de riesgo psicosocial en Exigencias en el trabajo en cada profesión	59
Figura 9	Niveles de riesgo psicosocial en Doble presencia en cada profesión	60
Figura 10	Niveles de riesgo psicosocial en Organización del trabajo en cada profesión	62
Figura 11	Niveles de riesgo psicosocial en Relaciones interpersonales en cada profesión	63
Figura 12	Niveles de riesgo psicosocial en Inestabilidad en el trabajo en cada profesión	65
Figura 13	Niveles de riesgo psicosocial en Confianza en cada profesión	66
Figura 14	Niveles de riesgo psicosocial en Justicia laboral en cada profesión	68
Figura F1	Recuento de respuestas por opciones del CBB	103
Figura F2	Recuento de respuestas por opciones del COPSOQ-ARG	104

Resumen

El problema de investigación se constituyó desde la inquietud sobre las condiciones laborales en la actualidad y sus consecuencias en los profesionales de la salud mental. Como objetivo general se propuso determinar los niveles de burnout y de exposición a riesgos psicosociales en trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña en 2023. Se propuso un diseño metodológico cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo con aspectos correlacionales. En tanto que la población de estudio fueron todos los profesionales de la salud mental que trabajasen en instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña, se optó por una muestra de tipo no probabilística dirigida. Los principales resultados fueron: el 48.81% (n = 41) del total de 84 profesionales, se encontró en nivel medio de afectación de Síndrome de burnout; respecto de Antecedentes de burnout, el nivel bajo se conformó por el 58.33% (n = 49) de casos, el nivel medio 40.48% (n = 34); en Consecuencias de burnout, el nivel bajo concentró el 30.95% (n = 26), el nivel medio 38.10% (n = 32), y el nivel alto 30.95% (n = 26). De los riesgos psicosociales, la dimensión Organización del trabajo, es la única que presentó más de la mitad de casos (n = 53) en nivel verde de riesgo. Las dimensiones Relaciones interpersonales e Inestabilidad en el trabajo concentraron en sus niveles rojos de riesgo, más de la mitad de casos: 52.38% (n = 44) y 63.1% (n = 53) respectivamente.

Palabras claves: Burnout, Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST).

Capítulo 1

La situación problemática que impulsa a éste proyecto de investigación se configura desde tres aristas: el acercamiento de éste estudiante al campo de la salud, las consecuencias de la pandemia en los profesionales de la salud, y los elevados niveles de estrés de los trabajadores de nuestro país, divulgados recientemente.

En primer lugar, éste trabajo se ubica en una instancia final de un recorrido académico universitario, lo que significa una proximidad al campo de ejercicio profesional. Desde allí surge el primer cuestionamiento sobre las actuales condiciones de trabajo en el campo de la salud mental y sus consecuencias en los profesionales que trabajan en él. Prevalece una primera pregunta: ¿en qué estado físico, mental, emocional, en relación a su trabajo, se encuentran aquellos profesionales de la salud mental con los que tendré que interactuar en un futuro? Eso lleva a preguntarme ¿bajo qué condiciones laborales (demanda, exigencia, carga horaria, salario, etc.) se encuentran trabajando actualmente?

Por otra parte, las consecuencias de la pandemia atravesada por el mundo entre el 2020 y 2022 implicó un aumento crítico de la demanda de la población hacia el sector salud. En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) hizo un llamamiento a los gobiernos y a los dirigentes del ámbito de la atención de la salud para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios y los pacientes.

Según una noticia publicada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2022), ésta organización conjuntamente con la OMS, pidieron nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo. La pandemia de COVID-19 provocó un aumento del 25% en la ansiedad y la depresión general en todo el mundo, lo que puso de manifiesto la falta de preparación de los gobiernos para lidiar con su impacto en la salud mental y reveló una escasez crónica de recursos de salud mental a nivel mundial. En 2020, los gobiernos de todo el mundo gastaron una media de sólo el 2% de los presupuestos sanitarios en salud mental, y los países de renta media-baja invirtieron menos del 1%. Es por eso que se han publicado las directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo, estableciendo intervenciones dirigidas a la protección de los trabajadores sanitarios, humanitarios y de emergencias. Por primera vez, la OMS recomienda la formación de los directivos para que puedan prevenir los entornos laborales estresantes y responder a los trabajadores que sufren.

Asumiendo que el trabajo amplifica problemas sociales más amplios que afectan negativamente a la salud mental, como la discriminación y la desigualdad, se hace necesario hablar y visibilizar la salud mental de los trabajadores, lo cual, sigue siendo un tabú en muchos entornos laborales de todo el mundo.

Según la OMS (2022), durante la pandemia por coronavirus (COVID-19), a nivel mundial, el 23% de los trabajadores de la salud de primera línea sufrió depresión y ansiedad, y el 39% sufrió insomnio. Allí mismo, se declara que la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores de la salud deben formar parte del cometido fundamental del sector de la salud. Como respuesta de la OMS, en 2022, la Asamblea de la Salud exhortó a los Estados Miembros a adoptar las medidas necesarias para salvaguardar y proteger a los trabajadores sanitarios y asistenciales en todos los niveles.

El aumento del estrés laboral ha sido una de las consecuencias de la pandemia, en tanto ésta significó cambios en los modos de trabajo y un aumento en las exigencias de respuestas en los trabajadores.

En ese contexto, el síndrome de burnout surge con fuerza como un modo de observar un aspecto de la salud mental de los trabajadores. Se lo describe como "un síndrome resultante del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado con éxito" (CIE-11, 2023); se trata de una respuesta al "estrés laboral crónico, [...] y, generalmente, se produce en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios y atención al público: médicos, enfermeras, profesores, *psicólogos, trabajadores sociales [letra cursiva agregada]*" (Beron, 2022, p. 3).

Forbes Argentina (2021) registró en 2021 que el 80% de los argentinos sufre el síndrome de burnout. Falta de motivación, estrés y agotamiento son los síntomas que padece la mayoría de los trabajadores, y que han aumentado a causa de la pandemia de COVID-19. Un 53% de los trabajadores argentinos admite que trabaja más horas de lo que dura la jornada laboral. El 80% sintió estrés, el 71% desmotivación, el 46% dijo que le cuesta encontrar tiempo para sí mismo, el 45% no logra desconectarse del trabajo y otro 45% respondió experimentar un agotamiento fuera de lo normal por la carga excesiva de trabajo.

En ese sentido, Polacov (2021) afirma que durante los últimos años, el síndrome de burnout se ha transformado en un problema laboral, particularmente en las profesiones que más entrega necesitan, entre ellas la medicina, pero no siendo la única, y por el cual los individuos se sienten agotados, sin empatía por el otro y además con percepción de desvalorización personal. Éstas sensaciones pueden abordarse tempranamente si logramos identificar quiénes son las personas en riesgo, para lo cual contamos con instrumentos fiables, sencillos y económicos.

Una de las recomendaciones de la OMS para mejorar la salud mental y el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud es "proporcionarles acceso a los servicios de bienestar mental y apoyo social, incluidos el asesoramiento sobre el equilibrio entre el trabajo y la vida privada y la evaluación y mitigación de riesgos" (OMS, 2020).

Por su parte Beron (2022) expresa que la inclusión de enfermedades laborales originadas en los factores de riesgos psicosociales del trabajo fue reconocida por la OIT en el año 2010, y nueve años después, en la Recomendación 206 aprobada por la OIT en la misma sesión de su Conferencia Internacional, estableció en el art. 8 que los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo deben tener en cuenta los factores que aumenten las probabilidades de ocurrir, con especial atención a los riesgos que se deriven de las condiciones y modalidades de trabajo, la organización del trabajo y de la gestión de los recursos humanos, aquellos que impliquen a terceros como usuarios, pacientes, etc., y también aquellos que se deriven de la discriminación, el abuso de las relaciones de poder y las normas de género, culturales y sociales que fomentan la violencia y el acoso (OIT, 2019).

Justificación

Esta investigación se inscribe en el llamado realizado por las organizaciones internacionales mencionadas, a ocuparse de la salud de los profesionales de la salud. El director general de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha dicho que "es hora de centrarse en el efecto perjudicial que el trabajo puede tener en nuestra salud mental" (OIT, 2022). En el mismo sentido, el director general de la OIT, Guy Ryder, ha declarado que, el hecho de que las personas pasan gran parte de su vida en el trabajo, hace fundamental contar con un entorno laboral seguro y saludable e invertir en prevención en favor de la salud mental en el trabajo, reformar el entorno laboral para acabar con el estigma y la exclusión social, y garantizar que los empleados con problemas de salud mental se sientan protegidos y apoyados (OIT, 2022). Según la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT, 2022), abordar ésta temática posibilita revisar múltiples aspectos, convirtiendo la crisis en una oportunidad.

Neffa (2019) afirma que "todavía no existe plena conciencia del impacto sobre las dimensiones psíquicas y mentales que tienen los cambios en los procesos de trabajo" (p. 151). El autor entiende que la negación de las dimensiones colectivas de la problemática y el abordaje individualizado son aspectos que se han naturalizado. Éste trabajo intenta aportar conocimiento que pueda ser retomado y utilizado para el abordaje, promoción y prevención en la salud mental de los profesionales de la salud mental.

Por otro lado, teniendo en cuenta un antecedente significativo realizado por Navarro (2012), titulado "Síndrome de Burnout y modos de afrontamientos en Trabajadores Sociales y Psicólogos", en el cual, en su sección "Recomendaciones para próximas investigaciones" se propone "ampliar la muestra para poder generalizar más los resultados [...] Estudiar la población de otros organismos estatales" (p. 75), éste trabajo se justifica también por la intención de ampliar la muestra, incluyendo a trabajadores de la salud mental que trabajen en instituciones públicas de Paraná y Paraná Campaña.

El estudio de las condiciones laborales y sus consecuencias en la salud de los trabajadores de la salud mental en instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña representa un nicho de vacancia en la investigación actual, ya que existe una notable escasez de investigaciones a nivel local que aborden los niveles de burnout en relación a los riesgos psicosociales, en este grupo específico de profesionales. Si bien se han realizado investigaciones similares en otros contextos, la falta de información actualizada sobre estos factores del sector de la salud mental en ésta región, justifica la necesidad de este trabajo. Este vacío de conocimiento es particularmente relevante en un contexto post-pandémico, donde las condiciones laborales y su relación con la salud mental de los trabajadores, han cobrado mayor importancia.

Planteo de interrogantes

- ¿Qué características de las condiciones laborales actuales y sus consecuencias en la salud, pueden conocerse a partir de la evaluación de los niveles de indicadores de burnout y de exposición a riesgos psicosociales en trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña en 2023?
- ¿Qué relación se observa entre las variables demográficas – edad, género, estado civil, tener o no hijos, profesión, formación de posgrado, relación laboral con la institución, tiempo que lleva ejerciendo la profesión, antigüedad en la institución, turno de trabajo, cantidad de horas semanales que trabaja en la institución, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, cantidad de personas que atiende diariamente en una jornada habitual en la institución, cantidad de guardias que realiza al mes, realizar labores del trabajo en su casa – y los niveles de burnout y de exposición a riesgos psicosociales evaluados?
- ¿Qué relación se observa entre los niveles de burnout y los niveles de exposición a riesgos psicosociales que resultaron de la evaluación?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar las condiciones laborales actuales y sus consecuencias en la salud de los trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña en 2023, mediante la descripción de los niveles de indicadores de burnout y de exposición a riesgos psicosociales.

Objetivos específicos

1. Evaluar los niveles de burnout y de exposición a riesgos psicosociales en trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña.
2. Analizar la relación entre la información demográfica – edad, género, estado civil, tener o no hijos, profesión, formación de posgrado, relación laboral con la institución, tiempo que lleva ejerciendo la profesión, antigüedad en la institución, turno de trabajo, cantidad de horas semanales que trabaja en la institución, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, cantidad de personas que atiende diariamente en una jornada habitual en la institución, cantidad de guardias que realiza al mes, realizar labores del trabajo en su casa – y los niveles de burnout y de exposición a riesgos psicosociales evaluados.
3. Analizar la relación entre los niveles de burnout y los niveles de exposición a riesgos psicosociales evaluados.

Capítulo 2. Marco teórico

Estado de debate

De los antecedentes hallados, el primero seleccionado es el de Rivera Delgado (1997) titulado “Presencia del síndrome de burnout en médicos del hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras”, en la Habana Cuba. El objetivo principal de la investigación es identificar la presencia y las características del síndrome de burnout en los médicos de diferentes especialidades que trabajan en el mencionado hospital, en el periodo comprendido entre los meses de abril y junio de 1996. En relación al diseño metodológico, se trata de un estudio no experimental o *expost-facto*; diseño transversal con características descriptivas y correlacionales. La muestra que conforma la población de estudio consistió de 306 médicos que colaboraban en las distintas especialidades de la Institución Hospitalaria, ofreciendo servicio asistencial y que llevaban por lo menos un año de trabajo continuo en la Institución. El Cuestionario Breve de Burnout (CBB) fue el instrumento de medición empleado en la presente investigación. Los resultados obtenidos fueron que el 25% de la población reportaba niveles bajos de afectación, 50% presenta niveles moderados y otro 25% se localiza dentro del nivel alto de afectación por el Burnout; las variables de especialidad, edad, años de experiencia en la profesión, horas de trabajo por semana, tiempo de la jornada laboral en contacto con el paciente (interacción directa) y tiempo que se destina en casa para la realización de trabajo institucional, guardan una relación significativa con el Burnout. De esa manera, la autora llega a la conclusión de que, en términos generales, los médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras no presentan el Síndrome de Burnout, no obstante, la dimensión conocida como Despersonalización reporta un grado significativo de afectación. El aporte de éste trabajo para mi investigación es, por un lado el valor metodológico, en tanto aporta a la comunidad científica la validación de una adaptación del Maslach Burnout Inventory en terreno latinoamericano, lo cual permite la utilización del instrumento de manera confiable; por otro lado, brinda información que me permite pensar la viabilidad y el posible alcance de mi investigación según los recursos con los que cuento, en tanto que la autora, contó con la ayuda de un equipo de profesionales formado por catorce psicólogos.

Tres años más tarde, se encuentra el trabajo de Zaldúa y otros (2000) titulado “La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires”, con el objetivo de relevar la incidencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de Hospitales Públicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; de analizar la psicodinámica del trabajo en el sector salud, evaluar el impacto de las situaciones y los factores predisponentes a la vulnerabilidad y riesgos e identificar las estrategias de afrontamiento favorecedoras de protección frente al Síndrome de Burnout; en definitiva, el objetivo es investigar en forma exploratoria la incidencia del síndrome de burnout en dos Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y propiciar estrategias preventivas y promotoras de salud. Se trata de una investigación exploratoria, en donde la exploración se realiza en base a un cuestionario sociodemográfico, el Maslach Inventory (MBI), adaptado como Cuestionario Breve de Burnout (CBB), a través de entrevistas, observación de procesos de trabajo y de grupos focales para devolución, interpretación y elaboración colectiva de los hallazgos.

Los principales resultados de éste trabajo fueron que el estrés laboral, en particular el síndrome de burnout recae sobre el personal médico (en especial, varones) ubicándose con los mayores porcentajes en la dimensión de Despersonalización. Otra de las categorías que concentra un alto porcentaje de personal por servicio con un puntaje alto, indicativo de la concentración de vulnerabilidad en esta dimensión, es Manifestaciones del Burnout, que refiere a la repercusión del estrés laboral sobre la salud física o psíquica, sobre la vida personal o familiar y sobre el trabajo. El mayor aporte de éste trabajo para mi investigación es el hallazgo de un instrumento de recolección de información reconocido internacionalmente como es el Inventario de Burnout (MBI) de Maslach (1982), pero modificado y validado para la aplicación en países hispanoparlantes por Moreno & Oliver (1989) y por Rivera Delgado (1997).

A continuación, el trabajo de Cialzeta (2013) titulado “El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes”, para la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, con el objetivo de determinar la prevalencia de síndrome de burnout (SBO) en médicos de un hospital general de alta complejidad de la ciudad de Corrientes; identificar factores asociados y causales, y establecer un indicador preventivo para evitar o retardar el desarrollo de Síndrome de Burnout. El trabajo tuvo un diseño metodológico transversal y observacional, que incluyó a 141 médicos. Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno. La población fue dividida en cinco grupos según el servicio donde se desempeñan. Los resultados del estudio son que la prevalencia de SBO fue del 44% (n=62). La edad media fue 49.9±9.1 años. De los médicos que presentaron SBO, el 84%, estuvo críticamente afectado por las consecuencias del SBO. El aporte de éste estudio para mi investigación, además de los resultados, son los procedimientos estadísticos para el análisis de los indicadores de burnout y variables correlacionadas.

El trabajo de Casari y otros (2015) se propone el objetivo de evaluar el porcentaje de indicadores de burnout en profesionales residentes de salud mental (médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales), también pretendió analizar la existencia de relaciones significativas entre las dimensiones del síndrome de burnout y variables profesionales. Se aplicó una adaptación argentina del Maslach Burnout Inventory, a 47 profesionales residentes de salud mental de la provincia de Mendoza. Los resultados muestran que 4 sujetos presentan indicadores de burnout y 3 se encuentran en riesgo. La prevalencia de indicadores de burnout obtenidos es baja y los trabajadores sociales son los profesionales que se encontrarían en mayor riesgo de padecerlo. Se encontraron resultados significativos en relación a la cantidad de horas trabajadas, obteniendo puntuaciones más altas en la dimensión Cansancio Emocional quienes realizan más de ocho horas diarias, y puntajes bajos en Realización Personal en los profesionales que realizan cuatro guardias por mes. En síntesis, los resultados fueron que los Trabajadores sociales son los más propensos; también la existencia significativa de relación entre el Cansancio emocional y las horas diarias trabajadas, y entre la baja Realización Personal y la realización de guardias.

A continuación, el trabajo “Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)” (Sánchez, 2015) para la Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires Facultad de Posgrado en Ciencias de

la salud Carrera de especialización en Medicina del Trabajo. Tuvo el objetivo de conocer la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y sus factores predisponentes en profesionales del primer nivel de atención de la salud pública del partido de Junín, Buenos Aires, Argentina. Su diseño metodológico es observacional descriptivo de corte transversal a través de una encuesta auto administrada con dos componentes: uno de datos socio-demográficos y preguntas de satisfacción laboral en forma general confeccionada por el autor del trabajo y la segunda es la versión homologada para el mundo hispanoamericano del Maslach Burnout Inventory. Los resultados obtenidos por ésta investigación fueron que bajo consumo de psicofármacos y tabaco estaban asociados a Síndrome de Burnout; que la prevalencia de síndrome de burnout fue intermedia en relación a las prevalencias halladas en encuestas de este tipo alrededor del mundo; una mayor prevalencia de síndrome de burnout en trabajadores sociales y psicólogos, en aquellos profesionales con edad entre 45 y 49 años y 30 y 34 años, 20 y 24 años de ejercicio profesional seguidos de aquellos con 0 a 4 años de egresados, entre 11 y 20 años de antigüedad en CAPS, con respuestas de percepción de falta de reconocimiento por parte de las instituciones donde trabajan e insatisfacción en relación a honorarios percibidos. El aporte para mi trabajo, además de los resultados, es la importancia de investigar la posible relación entre variables demográficas (como la edad, estado civil, antigüedad en la profesión y en la institución, pluriempleo) y los indicadores de Síndrome de Burnout.

La investigación titulada “Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina” (Polacov y otros, 2021) se propuso el objetivo de conocer el riesgo de burnout en médicos de la ciudad de Córdoba y su relación con factores sociodemográficos y con especialidades clínicas o quirúrgicas. Para ello se realizó un estudio observacional de corte transversal en 10 centros asistenciales públicos y privados de esa ciudad. Se entrevistaron 483 médicos, recogiendo variables sociodemográficas y se evaluó el riesgo de burnout mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Resultó que, de la muestra seleccionada, el 62,1% fueron mujeres, el 70% entre los 20 y los 40 años; 54,2% solteros, 42,9% ejerció menos de 5 años la profesión; el 66 del total (16,5%) tuvo alto riesgo de Burnout, las variables asociadas fueron: trabajar en un establecimiento público ($p<0.00001$), ser soltero ($p<0.009$), trabajar más de 60 hs. ($p<0.001$), dormir menos de 42 hs. semanales ($p<0.005$), tener entre 20 y 29 años ($p<0.0005$) y tener menos de cinco años de profesión ($p<0.0002$); se identificó como factor protector tener hijos ($p<0.006$). No hubo diferencias entre especialidades clínicas y quirúrgicas. Las conclusiones son que los profesionales jóvenes, con menor contención familiar y mayor demanda laboral son los que presentan mayor riesgo de Burnout.

El trabajo de Vissicchio & Diez (2018) titulado “Condiciones y medio ambiente de trabajo y burnout: la salud de los trabajadores del primer nivel de atención en salud que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires”, fue realizado con el objetivo general de describir la relación entre las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) de los trabajadores/as en el sector de la Atención Primaria de la Salud y el Síndrome de burnout en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires; uno de los objetivos específicos fue indagar el modo en que las CyMAT promueven en ellos el

padeamiento del fenómeno de Despersonalización, Cansancio emocional y abandono de la Realización Personal que caracterizan al Síndrome de BO. Tuvo un diseño metodológico mixto descriptivo, con técnicas cualitativas y cuantitativas tanto para el relevamiento como para el procesamiento de datos. Se utilizó el Inventario de Burnout (Zaldúa y otros, 2000) validado en Cuba por Amalia Rivera Delgado (1997). Como resultados se halló un nivel de afectación del Síndrome de burnout y de los Antecedentes del burnout (factores) similares para el total de trabajadores/as (considerando la subdivisión de la escala en 5 niveles realizada para ambas variables): del 40% y del 30% en los niveles medio-alto y alto, respectivamente. Además, el 65% padece las consecuencias del mismo a nivel físico, psíquico y social. Respecto de las sub-dimensiones del BO, los resultados revelaron el desarrollo de una sensación de frustración y/o de sobre involucramiento con la tarea o con los usuarios/as que dificultan la disociación instrumental y que propician el desarrollo del fenómeno de Cansancio Emocional. Todos estos procesos deteriorantes sobre la salud de los/as trabajadores/as se desarrollan en un contexto general de sustracción de recursos del sistema público de salud. Las precarizaciones en las condiciones de contratación en el sector público de la salud se han profundizado a partir de los presupuestos cada vez más reducidos y de la tercerización del personal. El actual régimen laboral establecido para residentes y concurrentes los/as expone a jornadas de hasta 65 horas semanales, cumplimentando hasta 36 horas de corrido los días de guardia.

Finalmente, en nuestra facultad se encuentra un antecedente significativo realizado por Navarro (2012) titulado “Síndrome de Burnout y modos de afrontamientos en Trabajadores Sociales y Psicólogos”, con el objetivo de determinar el nivel de BO (bajo, moderado, alto) y modo de afrontamiento que prevalece en trabajadores sociales y psicólogos que trabajan en el Consejo Provincial del Niño el Adolescente y la Familia de la ciudad de Paraná; establecer si el SBO varía en función de la profesión y el puesto de trabajo, y establecer si los modos de afrontamiento varían en función de la profesión y el puesto de trabajo. Tuvo un diseño cuantitativo, con muestra compuesta por 50 profesionales que contestaron un cuestionario sociodemográfico, MBI y Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WCQ). Como resultados, se obtuvo alto nivel de BO en Trabajadores Sociales y Psicólogos, con un índice mayor al utilizar como modo de afrontamiento el referido al centrado en la evaluación. Los niveles de BO más frecuentes fueron el nivel moderado y el nivel alto, siendo superior en todos los casos el nivel alto. El modo de afrontamiento más utilizado fue el centrado en la evaluación, y los menos utilizados fueron los centrado en la emoción y en el problema. La importancia y el aporte de éste trabajo radica en que, parte de su temática central (Síndrome de Burnout), es la misma que la que se pretende abordar aquí, y lo hace a nivel local, en una institución que formará parte de la muestra de éste trabajo, lo cual, permitirá una comparación directa de los resultados obtenidos, haciendo la salvedad de la diferencia de los instrumentos utilizados (allí MBI, aquí Cuestionario Breve de Burnout). Otro aporte, como aspecto a mejorar, es que, de todas las variables demográficas descriptas, en solo dos de ellas, profesión y puesto de trabajo, fueron indagadas su relación con los niveles de burnout obtenidos.

Supuestos o hipótesis

Hipótesis general: las condiciones laborales actuales en instituciones públicas de Paraná y Paraná Campaña donde trabajan profesionales de la salud mental, se caracterizan por aspectos que les permiten enfrentar adecuadamente las exigencias del trabajo, lo que se refleja en una exposición moderada a riesgos psicosociales y niveles de burnout que no repercuten en la salud de los trabajadores.

Para las siguientes hipótesis se han tenido en cuenta los criterios para la interpretación de las puntuaciones del Cuestionario Breve de Burnout definidos por Moreno-Jiménez (citado en Cialzeta, 2013, p. 108), y la simbología de puntajes límites (verde, amarillo y rojo) del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSQ-ARG) establecidos por el Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral (2021, p. 32).

H₁: los niveles de Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de Burnout en la mayoría de los casos, estarán dentro del rango bajo en profesionales de psicopedagogía y terapia ocupacional, rango medio en los de psicología y psiquiatría, y alto en los de trabajo social y acompañamiento terapéutico.

H₂: los niveles de las dimensiones de exposición a riesgos psicosociales en la mayoría de los casos estarán, en profesionales de psiquiatría, psicopedagogía y terapia ocupacional dentro del rango verde (niveles de exposición que deben continuar monitoreándose periódicamente), en los de psicología en rango amarillo (puntajes donde la intervención no es prioritaria, pero es necesario un monitoreo frecuente), y en los de trabajo social y acompañamiento terapéutico en rango rojo (puntajes que podrían considerarse como una exposición a factores psicosociales que debe ser reducida).

H₃: las variables demográficas edad, género, estado civil, tener o no hijos, profesión, formación de posgrado, relación laboral, tiempo que lleva ejerciendo la profesión, tiempo que lleva trabajando en la misma institución, los turnos de trabajo, la cantidad de horas semanales de trabajo, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, la cantidad de personas que atienden diariamente en una jornada laboral habitual en la institución, cantidad de guardias que realizan al mes, están relacionadas de manera muy significativa y con fuerza media, a los niveles de las tres dimensiones globales de burnout.

H₄: las variables demográficas edad, género, estado civil, tener o no hijos, profesión, formación de posgrado, relación laboral, tiempo que lleva ejerciendo la profesión, tiempo que lleva trabajando en la misma institución, los turnos de trabajo, la cantidad de horas semanales de trabajo, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, la cantidad de personas que atienden diariamente en una jornada laboral habitual en la institución, cantidad de guardias que realizan al mes, están relacionadas de manera muy significativa y con fuerza media, a los niveles de las siete dimensiones de riesgos psicosociales evaluadas.

H₅: existe relación muy significativa y fuerte entre los niveles de burnout y los niveles de exposición a riesgos psicosociales.

Perspectiva teórica

En concordancia con lo expuesto en la descripción del problema, resultan centrales para éste trabajo las categorías de síndrome de burnout y riesgos psicosociales en el trabajo (RPST).

Síndrome de Burnout

Burnout es un anglicismo que puede traducirse como síndrome del trabajador quemado. Se lo describe como "un síndrome resultante del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado con éxito" (Beron, 2022, p. 2), "el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás" (Freudenberger, 1974, citado en Moreno Jiménez et al., 1997). Según Beron (2022), éste síndrome lo describió por primera vez H. B. Bradley en 1960, como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout*. Fue en 1974 que Herbert Freudenberger, en su libro "Burnout: The High Cost of High Achievement" utiliza por primera vez el término "burnout", que habitualmente surge como consecuencia de un estrés laboral crónico y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo, despersonalización, y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. Paralelamente a Freudenberger, Susan Maslach en los años setenta desarrollaba una línea de investigación centrada en los procesos emocionales. Maslach y Jackson (1982), centraron el estudio del burnout en el estrés emocional, que surge de la relación interpersonal con los propios clientes, particularmente en las profesiones de servicios y de ayuda (Moreno Jiménez et al., 1997). Maslach (1976) definió en un primer momento al burnout, como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo.

En tanto que éste síndrome provoca un agotamiento emocional en los trabajadores, aumentando el estrés laboral, produciendo consecuencias físicas y emocionales a nivel laboral y personal, y debido a que requiere tratamiento para el trabajador que lo sufre, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2023), bajo código QD85, define al Síndrome de desgaste ocupacional como un síndrome resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito, caracterizado por tres dimensiones: sentimientos de falta de energía o agotamiento; aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y, una sensación de ineficacia y falta de realización.

Diferencia entre estrés laboral y Burnout.

Es necesario diferenciar el síndrome de burnout del estrés laboral general. El estrés laboral es la reacción que puede tener el trabajador ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Es decir que, el estrés laboral se circunscribe al trabajador. Según Neffa (2015), "el estrés es una fatiga física, psíquica y mental prolongada resultante de una exposición del trabajador a peligros y/o amenazas que superan su

capacidad de resistencia y adaptación para hacerle frente” (p. 319), es una reacción biológica, que en principio es adaptativa.

Mientras que el burnout es un distrés crónico, es decir, es el aspecto negativo del estrés sostenido en el tiempo que se transforma en desadaptativo, “consecuencia de la fatiga, del vaciamiento o agotamiento emocional que da lugar a un cinismo caracterizado por la despersonalización, la deshumanización y el distanciamiento, y una pérdida del sentimiento de realización personal” (Neffa, 2015, pp. 319-320). Contrariamente al estrés laboral, las causas del síndrome de burnout no residen sólo en el trabajador, sino en el entorno donde desarrolla sus tareas; se origina en la relación que se genera entre el trabajador y sus compañeros, y entre él y a quienes dirige su trabajo, clientes, pacientes. El burnout surge de un estrés laboral crónico y la falta de conciencia con la que cuenta el trabajador para identificar el problema y recurrir a las herramientas que le permitan salir de esa situación.

También deben diferenciarse ambas categorías en relación a los síntomas, ya que, si bien se parecen mucho, en el caso del burnout son más intensos, sobre todo lo que tiene que ver con los cambios de carácter (Beron, 2022).

Modelos conceptuales.

El modelo de Golembiewski y otros (1986) citado en Moreno Jiménez y otros (1991) entiende al burnout como un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso con su trabajo como reacción al estrés laboral. Sin embargo, este modelo propone la secuencia de afectación desde la Despersonalización, Realización Personal y Cansancio Emocional. Según (Moreno Jiménez y otros, 1991), en éste modelo la Despersonalización se daría al principio, de tal forma que se ve a los clientes como culpables de sus propios problemas, lo cual repercute en la calidad del trabajo con ellos; luego, se produciría un descenso del sentimiento de Realización Personal, en el cual el trabajador se percibe ineficaz y se aísla; finalmente, entraría en un ciclo que lleva a un profundo Cansancio Emocional. Entonces, en éste modelo, la progresión sería: Despersonalización – Realización Personal – Cansancio Emocional. La característica de un burnout avanzado sería alto grado de afectado en esa última dimensión.

El Modelo Procesual de Leiter (1989) citado en Moreno Jiménez y otros (1991), plantea que la aparición del burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento, reflejada en los profesionales en la pérdida de compromiso con su trabajo y en el trato hacia las personas que atiende. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. De las tres dimensiones, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. Entonces, el proceso de burnout se inicia por la afectación en la dimensión Cansancio emocional, seguida de Despersonalización, luego alta afectación en la Relación Personal, llegando finalmente al Síndrome de Burnout.

Maslach Burnout Inventory.

La aparición y el desarrollo del Maslach Burnout Inventory (MBI) como técnica e instrumento para la evaluación del Burnout, significó poder contar con una definición operativa que fijara de forma clara qué se entendía por Burnout. En el MBI, Maslach & Jackson (1982).definen al burnout como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal.

En 1981, Christina Maslach lo presentó ante el congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología y lo definió como un síndrome tridimensional que implica:

- 1) Agotamiento emocional, que se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Según Gil-Monte (2002), es una a situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía debido al contacto mantenido con personas a las que hay que atender.
- 2) Despersonalización: se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se manifiesta por un incremento en la irritabilidad, ironía y una pérdida de motivación, incluso a veces utiliza etiquetas despectivas para referirse a los usuarios.
- 3) Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal: surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma eficaz. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evita las relaciones personales y profesionales, experimenta bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión, baja autoestima, y pérdida de sentido de la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, insatisfacción laboral generalizada, dando lugar a síntomas como la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo, etc.

Según Moreno Jiménez et al. (1997) el MBI es el cuestionario más utilizado tanto para la evaluación del burnout cómo para su investigación teórica.

Causas.

El origen exacto del burnout no está determinado, sin embargo, las posibles causas se encuentran en los esfuerzos o sobrecargas del entorno laboral, tales como: exposición a un grado alto de atención al público, clientes o usuarios; elevado nivel de responsabilidad, jornadas laborales extendidas, trabajos monótonos, mal clima laboral en la empresa o institución donde se desempeña, falta de comunicación con sus jefes o compañeros, ausencia de motivación, baja remuneración salarial.

Síntomas y consecuencias.

Entre los síntomas emocionales se encuentran: irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo; depresión, frustración, aburrimiento, distanciamiento afectivo, impaciencia, desorientación, sentimientos de soledad y vacío, impotencia, sentimientos de omnipresencia. Síntomas conductuales

producto del burnout pueden ser: cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, sarcasmo, pesimismo, ausentismo laboral, abuso en el café, tabaco, alcohol, fármacos, etc. Relaciones interpersonales distantes y frías. Tono de voz elevado (gritos frecuentes). Llanto inespecífico. Dificultad de concentración. Disminución del contacto con el público – clientes - pacientes. Incremento de los conflictos con compañeros. Disminución de la calidad del servicio prestado. Agresividad. Cambios bruscos de humor. Irritabilidad. Aislamiento. Enojo frecuente. También pueden surgir síntomas psicosomáticos como fatiga crónica, dolores de cabeza, dolores musculares (cuello, espalda), insomnio, pérdida de peso, úlceras y desórdenes gastrointestinales, dolores en el pecho, palpitaciones, hipertensión, crisis asmática, resfriados frecuentes, aparición de alergias. Síntomas físicos como dolores musculares y dolores articulares pueden estar vinculados a Burnout.

Factores psicosociales

Los factores psicosociales tomaron protagonismo en las teorizaciones sobre salud y trabajo a nivel mundial a partir de la década del '70. Hacia mediados de los '80, los organismos internacionales que se ocuparon de la salud y el trabajo aportaron una definición conjunta:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. (Comité Mixto OIT/OMS, 1984, p. 3).

Esta temprana definición de los factores psicosociales mostró la compleja dinámica social y psicológica en que las personas desempeñan sus múltiples tareas laborales, así como la relevancia que tienen en la salud de los trabajadores. Se definen como aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo (OIT, 1986) y la salud (física, psíquica o social) de la persona trabajadora (SRT, 2022). Es por esto que, una gestión adecuada de las exigencias del trabajo y del medio ambiente podría crear una situación psicosocial en el trabajo que tendría una influencia positiva sobre la salud (OIT, 1986). Entonces, los factores psicosociales están relacionados con la organización del trabajo, con el trabajo que realizamos, y con las formas de realizar ese trabajo; pueden afectar significativamente el desarrollo y calidad de trabajo y también la salud de la persona trabajadora. A diferencia de los incidentes y accidentes laborales que resultan de condiciones inseguras de trabajo, los factores psicosociales tienen un origen diferente: la organización del trabajo. Los factores psicosociales del trabajo son parte de las Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo (CyMAT); se trata de un conjunto de variables interdependientes articuladas en tres niveles: contexto económico, político y social, lugar de trabajo y puesto de trabajo.

Factores de riesgos psicosociales.

Cuando los factores psicosociales en el trabajo son disfuncionales, es decir, “provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés” (Moreno Jiménez & Báez León, 2010, p. 8). Entonces, los factores psicosociales de riesgo serían factores organizacionales con el riesgo de tener efectos negativos sobre la salud.

Un riesgo psicosocial laboral es el “hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes” (Moreno Jiménez & Báez León, 2010, p. 17). Los riesgos psicosociales se enfocan en situaciones, circunstancias o estados de la organización que conllevan una elevada probabilidad de afectar perjudicialmente la salud de los trabajadores.

A diferencia de los factores psicosociales, los riesgos psicosociales no son condiciones organizacionales sino hechos, situaciones o estados del organismo con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma importante.

Éste trabajo adhiere, al igual que Neffa (2019), a la conceptualización de los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) y su impacto sobre la salud del trabajador, como estando determinados por la organización y contenido del proceso de trabajo desarrollado durante la actividad. Es decir, los riesgos psicosociales en el trabajo no son un problema individual, de personalidad o que responda a circunstancias personales o familiares de cada trabajador. Así mismo, Beron (2022) afirma que las causas del síndrome de burnout no residen sólo en el trabajador, sino en el entorno donde desarrolla sus tareas; se origina en la relación que se genera entre el trabajador y sus compañeros y entre él y a quienes dirige su trabajo, clientes, pacientes. Entonces, cuando se evalúan los riesgos psicosociales deben identificarse y valorarse condiciones de trabajo y no características de la personalidad. La prevención de los riesgos psicosociales debe estar basada en la evaluación de las características de la organización de trabajo y las condiciones de trabajo.

Se denominan factores de riesgo psicosociales porque existe suficiente evidencia epidemiológica internacional sobre su incidencia en determinadas patologías (enfermedades del corazón, presión arterial, o diabetes.); en la generación de lesiones por accidentes de trabajo en interacción con otros factores; en causas generales de mortalidad; en el bienestar y la satisfacción; en la salud mental; en ciertas conductas no saludables; en problemas musculoesqueléticos; y en su incidencia directa o indirecta en el ausentismo laboral (SRT, 2022).

Los factores de riesgo psicosocial son aquellos que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y/o conductual por parte de los trabajadores conocidas como estrés, en su intento de adaptarse a las demandas y exigencias laborales, que pueden ser precursoras de enfermedades físicas y mentales bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración de la exposición. Sus mecanismos de acción tienen que ver con el desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y el reconocimiento social, ya que la actividad laboral promueve o dificulta que las personas ejerzan sus habilidades, experimenten control e interaccionen con las demás para realizar bien sus tareas, facilitando o dificultando el rendimiento en el trabajo y la satisfacción de sus necesidades de bienestar.

Tipos y descripción de riesgos psicosociales.

Cada modelo teórico agrupa de manera diferente a los factores psicosociales del trabajo, sin embargo, los contenidos contemplados son similares. Para ésta investigación se ha adoptado la agrupación de factores psicosociales realizada por la SRT (2022):

- Contenido de trabajo: hace referencia a aquello de lo que se trata el trabajo, es decir, la naturaleza de la tarea. En su descripción contempla también si es variado o monótono, fragmentado, con ciclos cortos o largos y si tiene sentido para quien lo realiza. Al mismo tiempo describe si permite que la persona pueda desarrollarse a través de él y aplicar sus conocimientos y capacidades.
- Carga de trabajo: es el conjunto de demandas que recibe la persona en su trabajo. Por un lado, tiene estrecha relación con el tiempo disponible para ejecutar la tarea. Este se articula, a su vez, con la dificultad que la tarea conlleva junto a las exigencias de atención y concentración de la misma. Además, tiene que ver con la cantidad de trabajo que ha de realizarse. Por último, incluye las exigencias emocionales que la tarea trae aparejadas, es decir, con la posibilidad con la que cuenta la persona para gestionar la transferencia de sentimientos y emociones que se producen en las relaciones interpersonales de su puesto de trabajo. Estas exigencias suelen estar presentes, sobre todo, en tareas que implican cuidado de otras personas, la enseñanza o la atención de la salud. En muchos casos, conlleva la necesidad de esconder las emociones para mantener una apariencia neutral.
- Tiempo de trabajo: configuración del tiempo de trabajo a lo largo de la jornada laboral. Se abordan aquí, si los turnos son diurnos o nocturnos (y el modo en que estos se diagraman: rotativos, fijos, etc.) y, los descansos (dentro de la jornada, entre jornadas de trabajo, los descansos anuales), entre otras variables.
- Autonomía: se refiere a la posibilidad de la persona para gestionar distintos aspectos de su trabajo dentro de la organización. La autonomía y el control tienen una relación directa con la libertad para el ejercicio del trabajo. Se distinguen: una autonomía temporal por la cual el trabajador puede para tomar decisiones tanto sobre la organización de la carga de trabajo como sobre la distribución, en tiempo, (tiempos libres y descanso). El tiempo del trabajo aparece como un factor relevante y transversal al resto de los factores. La autonomía decisional se refiere a la posibilidad del trabajador de decidir sobre las tareas a realizar, su distribución, elección de procedimientos, herramientas y materiales.
- Relaciones interpersonales: se incluyen aquí los vínculos que se establecen con jefes, subordinados, compañeros, clientes y, proveedores, etc. Dentro de los mismos, se reconocen distintos elementos: apoyo social, que incluye la necesidad de respuesta y reconocimiento tanto de sus pares como de los superiores, liderazgo, que es el arte de motivar y conducir a las personas trabajadoras para conseguir un objetivo; previsibilidad, que implica disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios; y sentimiento de grupo: que se refiere a la percepción de la persona sobre su inclusión dentro de un colectivo del que forma parte y lo contiene, es un indicador de cohesión, equipo, cooperación y reconocimiento vinculado con la valoración, respeto y trato justo en el trabajo (balance entre los esfuerzos y compensaciones del trabajador) por parte de los superiores.

Modelos conceptuales.

Para esta sección se utilizará como marco conceptual, las definiciones facilitadas por GESAL (2021). Existen varios modelos que permiten examinar los riesgos psicosociales en el trabajo. Entre esos modelos, los de mayor aceptación y los que han sido sometidos a mayor validación científica son los que se describen a continuación.

El modelo Demanda - Control - Apoyo social (DCAS) explica el estrés laboral en función del balance entre las demandas psicológicas del trabajo y el nivel de control sobre éstas. Las demandas (o exigencias) psicológicas tienen en este modelo una concepción esencialmente cuantitativa: volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde. El control sobre el trabajo incluye las oportunidades de aplicar y desarrollar habilidades propias y la autonomía que el trabajo proporciona. El apoyo social (la ayuda recibida de compañeros y supervisores para realizar el trabajo) actúa como un factor de riesgo independiente y, a su vez, modificando el efecto del balance entre demandas y control, de forma que el riesgo de la alta tensión (exposición simultánea a altas demandas y bajo control) aumentaría en situación de bajo apoyo social.

El modelo Desbalance - Esfuerzo - Compensaciones (DEC): supone que los esfuerzos que se manifiestan en los procesos de trabajo se compensan o recompensan a través de tres elementos: el monetario, la estima y la posibilidad de recorrer una trayectoria laboral, otorgando oportunidades para ascender por ella. Baja recompensa y alto esfuerzo supone un escenario riesgoso en términos de salud.

El modelo Sociotécnico (ST) tiene como unidad de análisis la organización en su conjunto, partiendo de la premisa que uno de los elementos que explican el estrés es el control que tenga el trabajador sobre su trabajo.

El modelo Vitamínico (VIT) establece una lectura del bienestar psicológico que se manifiesta en el trabajo, por un lado, mediante valencias o sostenes de la subjetividad del trabajador, y por otro, en retracciones de ese bienestar. Ambas expresiones antitéticas se expresan en un continuo.

El modelo de las características de trabajo (MCT): implica la relación entre variables del contenido del trabajo con la motivación y satisfacción laboral.

El modelo de la Teoría de la acción: considera las regulaciones que se manifiestan en el trabajo en su intento de cumplimentar metas de producción.

Profesionales de la salud mental

La OMS definió a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022). La salud mental, como algo más que la sola ausencia de trastornos mentales, sino como un proceso complejo, está determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales. Así, la salud mental forma parte integral de nuestro bienestar general.

Por su parte, la OIT, ya en 1981, en el artículo 3 de su Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores n° 155, estableció que:

“el término salud, en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo” (OIT, 1981).

De ésta manera, podemos entender que se trata de una “visión integral de la salud en el ámbito laboral” (Sierra Hernaiz, 2021, p. 12).

Siguiendo a Gil-Monte, Pedro R. (2012) podemos recordar la diferenciación realizada entre factores psicosociales y riesgos psicosociales. Mientras que los factores psicosociales en el trabajo, pueden favorecer o perjudicar la actividad y la calidad de vida laboral de los trabajadores, promover o perjudicar su salud y su bienestar, los riesgos psicosociales surgen por condiciones laborales difíciles de tolerar para la mayoría de los trabajadores (p. 238).

El estrés laboral, según Sierra Hernaiz (2021), se considera uno de los riesgos laborales con mayor expansión cuyo origen cabe situarlo tanto en las exigencias del trabajo que no se adaptan a las necesidades, expectativas o capacidades del trabajador, como en la falta de compensación adecuada por el trabajo desempeñado (p. 15). Es en el ámbito del estrés laboral, donde surge el burnout o desgaste profesional, con su importancia como riesgo psicosocial en el trabajo.

Es así que, mediante la posibilidad del trabajo de afectar negativamente a la salud mental de las personas, desarrollando enfermedades o agravando problemas previos, quedan vinculados los riesgos psicosociales en el trabajo, entre ellos el burnout, a la salud mental de los trabajadores, aunque como se dijo, tratándose de un concepto integral en el ámbito laboral, esos riesgos también pueden tener consecuencias en la salud física, de manera que, “los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones” (Gil-Monte, 2012, p. 241).

Profesionales de la salud mental, se refiere a aquellos trabajadores cuya formación académica están orientadas al cuidado, tratamiento y mejora de la salud psicológica y psicosocial de las personas, promoviendo su bienestar mental. En este estudio, el término engloba a profesionales que poseen título universitario o de nivel intermedio que los habilita para ejercer en el ámbito de la salud mental. Por la naturaleza de su trabajo, estos profesionales suelen estar expuestos no solo a altos niveles de exigencia emocional y mental, sino también al manejo continuo de situaciones complejas que los expone a un riesgo elevado de burnout y a otros riesgos psicosociales asociados al ambiente laboral.

Operacionalización de variables

En la **Tabla 1** se describen las dos variables dependientes centrales en éste trabajo: burnout y riesgos psicosociales en el ambiente laboral.

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Sub dimensiones	Ítem
Indicadores de burnout en trabajadores de la salud mental	Evaluado mediante CBB	Síndrome de burnout	Cansancio emocional	1, 7, 15
			Despersonalización	3, 11, 18
			Realización personal	5, 12, 19
		Antecedentes o factores de burnout	Característica de la tarea	2, 10, 16
			Tedio	6, 14, 20
			Organización	4, 8, 9
		Consecuencias de burnout	Consecuencias físicas	13
			Consecuencias psicológicas	17
			Consecuencias laborales	21
		Indicadores de riesgos psicosociales en trabajadores de la salud mental	Evaluado mediante COPSOQ-ARG	Exigencias en el trabajo
Doble presencia	7			
Organización del trabajo	8, 9, 10, 11, 12			
Relaciones interpersonales	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23			
Inestabilidad en el trabajo	24, 25, 26			
Confianza	27, 28			
Justicia laboral	29, 30			

Capítulo 3. Metodología

Diseño metodológico

Tipo de diseño

Considerando el planteamiento del problema, las preguntas, y los objetivos planteados, se optó por un diseño metodológico cuantitativo no experimental, el cual permite “observar o medir fenómenos y variables tal como se dan en su contexto natural, para analizarlas” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 174). El diseño cuantitativo es apropiado cuando queremos “estimar las magnitudes u ocurrencia de los fenómenos” (p. 6), en éste caso, los niveles de indicadores de burnout y de riesgos psicosociales en el trabajo.

Respecto del alcance de la investigación, y teniendo en cuenta todo lo anterior, se consideró el valor de los estudios descriptivos que “miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema a investigar” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 108). En tanto estudio descriptivo, los niveles de indicadores de síndrome de burnout y de exposición a riesgos psicosociales junto a la información demográfica, fueron las variables de las cuales se recolectaron información. También se consideró el valor de los estudios correlacionales que tienen como finalidad “conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 109), es decir, se miden las variables y su relación en términos estadísticos. El tipo correlacional fue solo un aspecto en la investigación propuesta. Finalmente, como estudio transversal, apuntó a una medición en un tiempo único, es decir, la recolección de los datos se realizó en un solo momento. Ésta decisión se fundamenta en que los estudios transversales son los más apropiados cuando se busca “describir variables en un grupo de casos (muestra o población), o bien, determinar cuál es el nivel o modalidad de las variables en un momento dado” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 176), lo cual es coherente con el problema, las preguntas y los objetivos expuestos. En síntesis, se decidió un diseño metodológico cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo con aspectos correlacionales.

Selección del contexto

El terreno de éste estudio estuvo constituido por instituciones públicas de Paraná y Paraná Campaña, en las que trabajasen profesionales de la salud mental, en contexto del año 2023.

Teniendo en cuenta el mapa de Efectores del Primer Nivel de Atención con recurso en salud mental de la ciudad de Paraná (Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2021), se han seleccionado los siguientes: CRR Dr. Gerardo Domagk, CAPS Pablo Balbi, Centro de Salud Mental de las Juventudes, CAPSM Mercedes De Giusto, CAPSM Centro Huella, CAPS Dr. Carlos Reynoso, CRR Dr. Arturo Oñativia, CAPS Santa Lucía, Hospital Escuela de Salud Mental, Consejo Provincial del niño, el adolescente y la familia (COPNAF); y de Paraná Campaña: CAPS Colonia Avellaneda, CAPS Cristina Lescham (Aldea María Luisa), CAPS Samuel Margasin (San Benito), CAPS Luis Gianotti (Oro Verde), CAPS Sauce Montrull, CAPS Tte. 1º Ibañez (Villa Urquiza).

Universo o población

La población de éste estudio estuvo conformada por todos los profesionales de psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional, que trabajasen en instituciones públicas de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña.

Criterios de inclusión y exclusión

- que fueran profesionales de: psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, acompañamiento terapéutico o terapia ocupacional;
- que ejercieran su profesión en, al menos, una institución pública;
- que no fueran presidentes o directores de la institución.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los profesionales de la salud mental, específicamente psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicopedagogos, acompañantes terapéuticos y terapeutas ocupacionales, que ejercieran su profesión en alguna de las instituciones públicas seleccionadas, de la ciudad de Paraná y Paraná Campaña, quienes contestaron preguntas de un cuestionario demográfico, un Cuestionario Breve de Burnout y un Cuestionario Psicosociales de Copenhague (COPSOQ-ARG).

Muestra

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, los interrogantes, y los objetivos, es decir, aquello que se quiso evaluar, resultó una condición necesaria que, cada participante cumpliera los criterios de inclusión mencionados, para formar parte de la muestra. Sin embargo, contar a priori con la información de trabajadores que cumplen con dichos criterios, hubiera complicado un muestreo probabilístico. Teniendo en cuenta que “la ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 200), se eligió el tipo de muestra no probabilística o dirigida, en la que elección de los elementos supone “un procedimiento de selección orientado por las características y contexto de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (2018, p. 215), y ello permite mayor control sobre los criterios de inclusión/exclusión. Al ser no probabilística, no es posible calcular con precisión el error estándar, es decir, no se puede determinar con qué nivel de confianza se hace una estimación. Esto es un inconveniente si consideramos que la estadística inferencial se basa en la teoría de la probabilidad, por lo que las pruebas estadísticas en muestras no probabilísticas tienen un valor limitado a la muestra en sí, mas no a la población. Es decir, los datos no pueden generalizarse hacia la población, de manera rigurosa. La decisión del tipo de muestra, intentó ser coherente con el planteamiento del problema, los objetivos planteados, y la conciencia de la disponibilidad de recursos materiales y humanos que permitieron llevar a cabo la

investigación. Hubiera llevado más tiempo del esperado para la instancia del Trabajo Integrador Final, conseguir acceso a la información necesaria (cantidad total de sujetos de la población que cumplan los criterios de inclusión) para el cálculo de una muestra probabilística. Sumado el hecho de que se trató de profesionales expuestos a una gran demanda de trabajo, y la vorágine administrativa cotidiana de las instituciones, hubiera resultado complejo un muestreo probabilístico. Aquí se valoró la ventaja de un muestro no probabilístico, en el cual la elección de las unidades no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características y contexto de la investigación. Entonces, fue una decisión metodológica en éste trabajo, resignar la rigurosidad de una muestra probabilística para la posterior generalización de los resultados en la población, en pos de ganar en la ventaja de la condición de cumplimiento de los criterios de inclusión para la muestra de una manera más agilizada y rápida, aunque al momento de establecer inferencias probabilísticas tenga que advertirse la mencionada limitación. Para generalizar los resultados, es necesario basarse en una muestra probabilística, pero “frecuentemente tendrás el tiempo encima o varias limitantes y tu muestreo necesariamente habrá de ser no probabilístico. No hay problema. Nada más debes estar consciente al interpretar tus resultados de hasta qué grado son representativos o hasta dónde puedes generalizar” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 216).

La muestra estuvo conformada por 84 profesionales de la salud mental, distribuidos entre las profesiones de psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional, quienes, al momento de la muestra, ejercían su profesión en instituciones públicas de la ciudad de Paraná (84.52%, n = 71) o Paraná Campaña (15.48%, n = 13).

El intervalo de edad de los sujetos que conformaron la muestra tuvo un mínimo de 26 años y un máximo de 54 años, siendo 38 años la edad más repetida.

Tabla 2

Descriptivos de la variable edad

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	39	38	38	26	54

Los profesionales de más de 30 años de edad y hasta 40 años (50%, n = 42) representan la mitad sobre el total de casos (N = 84). El rango de más de 40 y hasta 50 años representa el 30.95% (n = 26), le sigue el rango de más de 25 y hasta 30 años (14.29%, n = 12), mientras que, sólo el 4.76% (n = 4) tienen más de 50 años de edad, y ninguno es menor o tiene 25 años. El 85.71% (n = 72) fueron mujeres, mientras que el 14.29% (n = 12) fueron hombres. El 34.52% (n = 29) de la muestra se encontraba en pareja, le siguen los solteros (28.57%, n = 24), y los casados (27.38%, n = 23). Separados y divorciados constituyen un 4.76% (n = 4) cada uno. Una mitad (50%, n = 42) del total casos, tiene hijos, y la otra mitad no. La mayor cantidad de profesionales que participaron corresponden a la profesión de Psicología, representando el 48.81% (n = 41) sobre el total de casos.

Tabla 3*Distribución de casos por profesión*

Profesiones	Frecuencia	%
Psicología	41	48.81%
Trabajo Social	24	28.57%
Psiquiatría	9	10.71%
Psicopedagogía	7	8.33%
Acompañamiento terapéutico	2	2.38%
Terapista ocupacional	1	1.19%
Total	84	100%

Respecto de la formación de posgrado, el 55.95% (n = 47) de profesionales, realizó una especialización en alguna rama de su profesión. El 14.29% (n = 12) realizó una maestría, el 8.33% (n = 7) realizó otro tipo de formación (cursos, etc.), el 21.43% (n = 18) no realizó posgrados, y nadie cursó un doctorado.

La mayor cantidad de participantes fueron de dos instituciones de la ciudad de Paraná: el Hospital Escuela de Salud Mental (HESM) y el COPNAF, representando cada una, un 29.76% (n = 25) sobre el total de profesionales.

Tabla 4*Distribución de casos por institución*

Instituciones	Frecuencia	%
COPNAF	25	29.76%
Hospital Escuela de Salud Mental	25	29.76%
Centro de Salud Mental de las Juventudes	10	11.90%
CAPSM Centro Huella	7	8.33%
CAPS Samuel Margasin - San Benito	4	4.76%
CAPS Sauce Montrull	2	2.38%
CAPS Luis Gianotti - Oro Verde	2	2.38%
CAPS Cristina Lescham - Aldea Maria Luisa	2	2.38%
CAPS Colonia Avellaneda	2	2.38%
CAPS Tte. 1° Ibañez - Villa Urquiza	1	1.19%
CAPS Santa Lucía	1	1.19%
CAPSM Mercedes De Giusto	1	1.19%
CRR Dr. Ramón Carrillo	1	1.19%
CRR Dr. Gerardo Domagk	1	1.19%
Total	84	100%

El 29.76% (n = 25) corresponde a la totalidad de participantes de la institución COPNAF, que desempeñaban su profesión en alguno de los Servicios de Protección de Derechos de esa institución. Un 17.86% (n = 15), corresponde a profesionales que trabajaban en Sala de Internación del HESM (el resto de profesionales que participaron desde esa institución, se distribuyeron entre los otros sectores). El siguiente sector de mayor cantidad de casos, es Consultorio (16.67%, n = 14) qué, junto al Área de servicio social (9.52%, n = 8) y Asistencia (11.90%, n = 10), no corresponden a una única institución.

Tabla 5

Distribución de casos por sector de trabajo

Sectores	Frecuencia	%
Servicio de protección de derechos	25	29.76%
Sala de internación	15	17.86%
Consultorio	14	16.67%
Asistencia	10	11.9%
Área de servicio social	8	9.52%
Admisión	4	4.76%
Hospital de día	4	4.76%
Guardia	3	3.57%
Sin dato	1	1.19%
Total	84	100%

Un 38.10% (n = 32) de los profesionales de la muestra, cubrían una Suplencia, y un 30.95% (n = 26) formaba parte de la planta permanente, un 7.14% (n = 6) tenían establecido un contrato con la institución correspondiente, y el resto se distribuye entre residencias (5.95%, n = 5), interinato (5.95%, n = 5), becas (3.57%, n = 3), profesionales que indicaron su relación laboral con la institución sólo cuando se requerían cubrir guardias (2.38%, n = 2), y un 5.95% (n = 5) no especificó su relación laboral.

Respecto de los turnos de trabajo, un 58.33% (n = 49) de la muestra trabajaba sólo de mañana, un 34.52% (n = 29) de mañana y tarde, un 5.95% (n = 5) de mañana, tarde y noche, y el 1.19% (n = 1) trabajaba sólo de tarde.

Técnicas de recolección

Las técnicas de recolección de datos fueron tres cuestionarios auto-administrados: un cuestionario socio-demográfico, Cuestionario Psicosocial de Copenhague validado en Argentina (GESAL, 2021) y el Cuestionario Breve de Burnout validado por (Rivera Delgado, 1997).

Cuestionario demográfico.

El objetivo de éste cuestionario fue recolectar información de diferentes condiciones personales y laborales del trabajador, ya que, tanto en los antecedentes citados para éste trabajo, como en la historia de las investigaciones sobre riesgos psicosociales en el trabajo y burnout, se ha demostrado la correlación de diferentes variables demográficas y los niveles de las variables medidas.

Cuestionario Breve de Burnout.

El MBI es un instrumento exclusivamente para la evaluación del síndrome, sin que tenga en cuenta los elementos antecedentes y los factores consecuentes del proceso. Es por eso que Moreno Jiménez et al. (1997) proponen como instrumento para la evaluación del proceso de burnout, el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) que, mediante un cuestionario de 21 ítems atiende a los diferentes elementos del proceso y que incluye tanto factores antecedentes del síndrome de burnout como elementos consecuentes o efectos del mismo. El objetivo del CBB no es el de evaluar específicamente las dimensiones del burnout, sino obtener una **evaluación global del mismo**, así como de los **antecedentes** y **consecuentes** del síndrome. No obstante, en su elaboración se ha atendido a los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson (1981). El cuestionario ha sido sometido a diferentes análisis con el fin de confirmar su validez convergente, global, con el MBI, así como a otros tipos de análisis psicométricos.

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB), está conformado por 21 reactivos en total. Consta de siete escalas, tres de ellas coincidentes con el burnout como respuesta (escala de cansancio emocional, despersonalización y realización personal); otras tres evalúan aspectos del trabajo (escalas de tedio, características de la tarea y clima organizacional) y la última evalúa las repercusiones del burnout en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales. El objetivo del CBB no es el de evaluar específicamente cada una de las escalas, sino obtener una evaluación global del mismo. Es por eso que, esas siete escalas se organizan en tres dimensiones globales: Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de burnout. Para éste trabajo se ha decidido utilizar el Cuestionario Breve de Burnout validado por Rivera Delgado (1997) en Cuba.

Dimensiones.

El Cuestionario Breve de Burnout consta de siete dimensiones o escalas, tres de ellas coincidentes con el burnout como síndrome (escala de cansancio emocional, despersonalización y realización personal); otras tres evalúan aspectos del trabajo como Antecedentes (escalas de tedio, características de la tarea y clima organizacional) y la última evalúa las Consecuencias del Burnout en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales.

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB), está conformado por 21 reactivos en total. Cada uno de los 21 reactivos del cuestionario CBB ofrece cinco alternativas de respuestas con una puntuación correspondiente a cada una: 1 = en ninguna ocasión, 2 = raramente, 3 = algunas veces, 4 = frecuentemente, 5 = siempre. Los reactivos 2, 4, 8, 9, 16 deben puntuarse en forma inversa, es decir: 5 = en ninguna ocasión, 5 = raramente, 3 = algunas veces, 2 = frecuentemente, 1 = siempre. El detalle de los ítems por dimensiones pueden consultarse en la **Tabla 1**.

Puntuación.

Si bien el CBB no está diseñado para la evaluación de las sub-escalas del burnout, pueden ser analizadas tomando como referencia lo propuesto Moreno-Jiménez (1989) citado en Rivera Delgado (1997): de las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las siete sub-escalas del CBB, aquellas menores a 3 indican “no afectación”, mayores a 3 y menores a 4 indican “afectación”, y mayores a 4 indican “afectación alta”.

Para el cálculo de las tres dimensiones globales del CBB, se utilizó la propuesta de Moreno-Jiménez citado en Cialzeta (2013).

Tabla 6

Puntajes de corte por dimensión del CBB

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9 – 19	> 19 – 29	> 29
Burnout	9 – 19	> 19 – 25	> 25
Consecuencias de Burnout	3 – 6	> 6 – 8	> 8

Nota. De *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*, de J. R. Cialzeta, 2013, p. 108.

Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG).

Según (Neffa, 2015) el COPSOQ es uno de los cuestionarios internacionales más utilizados para identificar y medir los factores de riesgos psicosociales en el trabajo (p. 519). El COPSOQ fue desarrollado originalmente por el National Research Centre for the Working Environment de Dinamarca; es uno de los métodos de evaluación de riesgos psicosociales más utilizados y es referencia en documentos de organizaciones internacionales como la OMS y la OIT, y es reconocido como buena práctica por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Según GESAL (2021, p. 8), el COPSOQ ha sido adaptado a la realidad del mercado de trabajo y las relaciones laborales en Argentina por la Red Argentina de Investigación y Desarrollo del COPSOQ-AR, culminando su proceso de validación con la publicación del artículo “Validación de un cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo en población trabajadora argentina (COPSOQII-ISTAS21)” (Zelaschi y otros, 2021).

El COPSOQ no está vinculado a una única teoría de la tensión laboral. Conceptualmente incluye las principales teorías psicosociales de la tensión laboral como el modelo Demanda-Control Apoyo y el de Esfuerzo-Recompensa-Desequilibrio. Pero se le han ido incorporando otras dimensiones a medida que éstas mostraban su relación con la salud como las Demandas emocionales o la Claridad de roles. Además, al tomar la versión desarrollada por el Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de Barcelona, España, se incorpora la dimensión de Doble presencia para valorar las desigualdades de género. Mientras que el COPSOQ se basa en los dos primeros modelos, el cuestionario validado en Argentina, COPSOQ-ARG, suma de manera complementaria el resto de modelos conceptuales descriptos anteriormente.

Dimensiones.

El detalle de ítems por dimensión, puede consultarse en la **Tabla 1**. A continuación se describen las dimensiones evaluadas por el COPSOQ-ARG.

La primera dimensión, Exigencias en el trabajo evalúa las cargas que la actividad laboral puede generar en los trabajadores, en un sentido amplio, son las que obedecen a exigencias menos visibles como las exigencias de orden subjetivo (mental o emocional), pero se distinguen exigencias cuantitativas, que son exigencias psicológicas derivadas de la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible para hacerlo; el ritmo de trabajo es la exigencia psicológica referida a la intensidad del trabajo, es la frecuencia y la velocidad de movimientos de trabajo necesario para lograr el resultado deseado, por lo tanto, el ritmo de trabajo plantea la relación entre la cantidad de productos obtenidos por una determinada cantidad de trabajadores en un tiempo establecido. También hay exigencias cognitivas, que son demandas que activan diversos procesos de pensamiento simultáneos donde se pone en juego la capacitación de los trabajadores, la capacidad de decisión y otras funciones mentales como la memoria; exigencias emocionales para no involucrarnos en las relaciones interpersonales que implican el trabajo, especialmente en ocupaciones de atención a las personas y que pueden comportar la transferencia de sentimientos y emociones, y exigencias de esconder emociones, para mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de usuarios, clientes, alumnos, superiores o compañeros, lo que implican que, tanto las preocupaciones, y sentimientos que surgen en el trabajo, no puedan ser canalizadas o expresadas en el propio espacio de trabajo, formándose una barrera que no tiene un origen individual, sino que es una pauta organizacional.

La dimensión Doble presencia, evalúa las exigencias simultáneas del ámbito laboral y familiar, implicando una carga negativa cuando ambas entran en tensión, por ejemplo, por prolongación de la jornada de trabajo. La modificación del tiempo de trabajo puede representar un alivio para los trabajadores.

La Organización del trabajo, evalúa elementos como la autonomía (posibilidad de decidir sobre aspectos del trabajo como el orden, los métodos, las pausas, el ritmo y horario); posibilidades de desarrollo, que es el nivel de oportunidades que ofrece el trabajo para adquirir y poner en práctica conocimientos, habilidades y experiencia; la variedad de tareas que puede ser proteger al trabajador de

la monotonía, pero en caso de no estar capacitado, la diversidad le implicará más exigencias. Otro elemento de ésta dimensión es el sentido de trabajo, dado por su utilidad, importancia, valor social, y por el reconocimiento del trabajador de su contribución en el producto final, lo cual influye en el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo. El compromiso, es otro elemento importante en ésta dimensión, y refiere a la identificación de los trabajadores con la tarea y la empresa.

La dimensión Relaciones interpersonales, se conforma por el grado de previsibilidad que tenga el trabajador, es decir, la posibilidad de disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios, esto influyen en altos niveles de estabilidad de trabajo y ausencia de cambios inesperados. La claridad de rol es el conocimiento concreto sobre la definición de las tareas a realizar, objetivos, recursos a emplear y margen de autonomía en el trabajo; en su faz negativa supone ambigüedad en el reparto y asignación de misiones y funciones. El conflicto de rol puede surgir por exigencias contradictorias por motivos profesionales, éticos o valores personales del trabajador, respecto del trabajo que debe realizar. Ésta dimensión tiene en cuenta también la calidad de liderazgo, que es la percepción de los trabajadores del modo de gestión y capacitación de los mandos superiores inmediatos en relación a la planificación y asignación de trabajo; el apoyo por parte de sus pares, es decir, la percepción de los trabajadores en relación a la respuesta de sus compañeros ante una necesidad, la valoración de los trabajadores por sus pares; apoyo de superiores, percepción de los trabajadores en relación a la respuesta de sus jefes ante una necesidad, valoración del jefe inmediato sobre su trabajo. El sentimiento de grupo, es el grado de inclusión dentro del trabajo como colectivo, que sienten los trabajadores. Y el reconocimiento refiere a la valoración, respeto y trato justo en el trabajo por parte de sus superiores.

La Inestabilidad en el trabajo se evalúa mediante la inseguridad en el empleo, que es la preocupación por el futuro en relación al mercado de trabajo (precariedad laboral, empleo estable), y la flexibilidad interna: es la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo, vinculados a la flexibilidad laboral (salarios, cambios forzados de turno de trabajo, etc.), dentro de la empresa.

La dimensión Confianza, se compone de la confianza vertical que refiere a la percepción de los trabajadores de la confianza que sus superiores tienen en su trabajo y en que actuarán de forma adecuada y competente; también al modo en que los superiores facilitan o dificultan el acceso a la información confiable en el trabajo y a la presencia de cooperación y diálogo entre ambas partes para la resolución de los conflictos. La confianza horizontal remite al modo en que los trabajadores se facilitan o dificultan el acceso a la información confiable en el trabajo; a la seguridad de que los compañeros actuarán de forma adecuada, y a la presencia de cooperación y diálogo entre ellos y con el empleador/a para la resolución de los conflictos.

Finalmente, la dimensión Justicia laboral indica la percepción de la distribución equitativa de exigencias y compensaciones en relación con otros trabajadores de la misma categoría.

Es necesario aclarar que, el COPSOQ-ARG evalúa niveles (bajo, medio y alto) de riesgos psicosociales en esas dimensiones, lo cual, debe tenerse en cuenta al momento de la interpretación de los resultados: por ejemplo, un nivel alto en la última dimensión, no indicaría un grado alto de Justicia laboral, sino lo contrario, estaría indicando el nivel de riesgo en el que se encontrarían los trabajadores en esa dimensión.

Puntuación.

Los puntajes de respuestas refieren a la interpretación que debe realizarse de cada uno de los ítems según la estructura conceptual del cuestionario. El puntaje refleja el criterio de exposición laboral a los factores de riesgo psicosocial según su vinculación con la salud de los trabajadores. El máximo puntaje (100 puntos) implica exposición laboral, mientras que el mínimo puntaje (0 puntos) implica ausencia de exposición laboral.

Tabla 7

Cálculo de puntajes por dimensión del COPSOQ-ARG

Dimensión	Nº de ítem	Rango de la Suma (A)	Cantidad de ítems (B)	Índice por Dimensión
Exigencias en el trabajo	1 al 6	0 – 600	6	A / B
Doble presencia	7	0 – 100	1	A
Organización del trabajo	8 al 12	0 – 500	5	A / B
Relaciones interpersonales	13 al 23	0 – 1100	11	A / B
Inestabilidad en el trabajo	24 al 26	0 – 300	3	A / B
Confianza	27 al 28	0 – 200	2	A / B
Justicia laboral	29 al 30	0 – 200	2	A / B

Nota. De *Manual del método COPSOQ-ARG para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Versión corta*, por Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral, 2021, p. 29 (<https://www.relatsargentina.com/documentos/RA.1-SST/RELATS.A.SST.Manual.pdf>). By-nc-nd.

El COPSOQ-ARG adopta la misma simbología estandarizada por el método COPSOQ-ISTAS, que representa la exposición en tres niveles con los colores de un semáforo:

Verde: para los niveles de exposición que deben continuar monitoreándose periódicamente.

Amarillo: para puntajes donde la intervención no es prioritaria, pero es necesario un monitoreo frecuente.

Rojo: para aquellos puntajes que podrían considerarse como una exposición a factores psicosociales que debe ser reducida.

Según GESAL (2021), la propuesta del COPSOQ-ARG para el cálculo de puntajes, es utilizar como población de referencia externa la muestra de trabajadores utilizada en el estudio de validación del COPSOQ. En la **Tabla 8** se muestran los puntajes de corte para los tres niveles.

Tabla 8

Puntajes límites por dimensión del COPSOQ-ARG

Dimensión	Puntajes límites		
	1er tercil (Verde)	2do tercil (Amarillo)	3er tercil (Rojo)
Exigencias en el trabajo	< 39	39 – 56	> 56
Doble presencia	< 25	25 – 50	> 50
Organización del trabajo	< 33	33 – 47	> 47
Relaciones interpersonales	< 24	24 – 36	> 36
Inestabilidad en el trabajo	< 8	8 – 33	> 33
Confianza	< 25	25 – 40	> 40
Justicia laboral	< 25	25 – 50	> 50

Nota. De *Manual del método COPSOQ-ARG para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Versión corta*, por Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral, 2021, p. 32 (<https://www.relatsargentina.com/documentos/RA.1-SST/RELATS.A.SST.Manual.pdf>). By-nc-nd.

Confiabilidad de los instrumentos.

La confiabilidad es “la exactitud con que un instrumento mide lo que se pretende medir” (Bolívar, 2013, p. 83). Para éste estudio, se recurrió al cálculo de confiabilidad por coherencia o consistencia interna que es “el grado de homogeneidad de los ítems del instrumento en relación con la característica que pretende medir” (Bolívar, 2013, p. 83), y que tiene la ventaja de requerir “una sola administración del instrumento de medición [...] simplemente aplicas la medición y el programa calcula el coeficiente” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 324).

Tabla 9*Cálculo de coeficiente alpha de Cronbach de los instrumentos utilizados*

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach ^a	N de elementos
CBB	.877	.883	21
COPSOQ-ARG	.878	.892	30

Nota. ^a Basado en elementos estandarizados

Se calculó el coeficiente de confiabilidad por consistencia interna Alfa de Cronbach con el software de análisis estadístico obteniendo, según **Tabla 9**, para el Cuestionario Breve de Burnout y para el Cuestionario Psicosocial de Copenhague un coeficiente mayor a .870.

Tabla 10*Interpretación del coeficiente de confiabilidad por consistencia interna*

Rangos	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

Nota. De *Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa. Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos*, por C. R. Bolívar, 2013, p. 100. Copyright by DANAGA Training and Consulting.

Teniendo en cuenta la **Tabla 10**, puede aceptarse que ambos instrumentos tienen una magnitud muy alta de confiabilidad por consistencia interna.

Procedimiento

Para cada institución, se presentó por mesa de entrada un pedido de autorización dirigido al responsable de ella. En el caso de instituciones de mayor envergadura, la solicitud fue derivado al Consejo de Investigación y Docencia (CODEI) correspondiente.

Teniendo en cuenta que el cuestionario demográfico propuesto tiene 20 ítems, el CBB tiene 21 ítems y el COPSOQ-ARG tiene 30 ítems, resultan 71 datos por cada sujeto que respondiera, se diseñó un sistema de formularios web, al que cada profesional que aceptara participar ingresaría con un usuario y contraseña — ambos alfanuméricos para garantizar el anonimato — que se les entregaría en una tarjeta de presentación del trabajo (ver **Apéndice A**). El sistema web permitía aumentar y asegurar radicalmente la condición de anonimidad de la información y la información se almacenaba en un servidor de base de datos regulado bajo normas y acuerdos de confidencialidad y seguridad.

Se procedió a una primera instancia de recolección realizada sobre un CAPS de menor alcance, en la cual se pudo observar un bajo nivel de participación de profesionales que habían demostrado interés explícito. Se reflexionó sobre el factor tecnológico, y rápidamente se cambió el procedimiento hacia la distribución de los tres cuestionarios en formato papel como primera opción, quedando el sistema web como alternativa para usuarios que expresaran su preferencia.

Luego de obtenida la autorización firmada de las demás instituciones, se coordinó la recolección de información de acuerdo a las particularidades de cada institución respecto a organización y distribución del personal y al ritmo de trabajo. En algunos casos, se coordinó el procedimiento con un profesional designado (jefe de sector, director de programas, o referente), quien se encargaría de distribuir y recolectar los cuestionarios. En otros casos, se procedió directamente al encuentro con los profesionales en sus respectivas áreas, generándose la posibilidad de presentar y explicar los objetivos de la investigación de una manera más detallada.

Ante la necesidad de adaptar la modalidad del procedimiento a la realidad de cada institución, se fue invariante con el principio general de participación voluntaria y de anonimato de las respuestas. Es por ello que, al conjunto de los 3 cuestionarios en papel que cada profesional debía responder en caso de aceptar participar, se le diseñó una portada (ver **Apéndice A**), en la que se detallaron los objetivos del trabajo, la procedencia de los instrumentos y los principios éticos básicos de la investigación (información clara, precisa y adecuada).

Finalmente, el sistema web fue utilizado para la carga de los datos de cada cuestionario, ya que su interfaz amigable agilizó el tiempo que hubiera requerido hacerlo mediante el sistema de análisis estadístico. Ambas bases de datos, la del software de análisis como la del sistema web, fueron creadas acorde a las necesidades de éste trabajo, es por eso que, al existir correspondencia entre ambas, la importación de la información en el software de análisis estadístico se hizo directamente con una conexión al servidor de base de datos. Todo esto, no solo significó agilidad en el procesamiento de la información, sino que también, disminuyó la posibilidad de cometer errores en la carga de datos, ya que el modelo de flujo de la información fue pensado una sola vez para que todo funcionara en conexión y con coherencia, lo cual se reflejó en el buen funcionamiento de los instrumentos.

Análisis de datos

El plan de análisis de datos fue cuidadosamente diseñado para adaptarse a las características de la muestra y a los objetivos de la investigación, utilizando técnicas estadísticas apropiadas que aseguran la validez de los resultados. En coherencia con las hipótesis y objetivos propuestos, el análisis de los datos recolectados tuvo como objetivo calcular los niveles de burnout y los riesgos psicosociales, así como establecer relaciones entre estas variables y características demográficas, utilizando herramientas estadísticas apropiadas para los datos obtenidos.

Software utilizado.

Para el análisis de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 26, por su capacidad para manejar grandes volúmenes de datos y la disposición de una gran variedad de herramientas para el análisis estadístico, facilitando la organización y el procesamiento de la información recolectada. En él se construyó la base de datos adecuada con las variables correspondientes para el volcado de la información, cálculo de puntajes, obtención de los descriptivos y correlaciones.

Declaración de variables.

Las variables se estructuraron en una matriz de datos donde cada fila correspondía a un participante y cada columna a una variable. Este enfoque permitió estructurar el análisis de manera eficiente, mientras que el software proporcionó herramientas clave para la sistematización y el procesamiento de los 71 ítems recolectados para cada uno de los 84 participantes.

En la **Tabla F1** se describen los nombres, tipos y usos, de todas las variables declaradas en el software de análisis estadístico. Allí, puede observarse que las variables demográficas como edad, género, estado civil, entre otras, fueron codificadas como variables cualitativas nominales, mientras que otras, como la edad, tiempos de ejercicio de la profesión, antigüedad en la institución, etc., fueron codificadas como variables cuantitativas continuas o discretas (escalares), pero que luego, fueron recodificadas a tipos nominales u ordinales para facilitar la descripción de las mismas.

Las respuestas a cada ítem de los instrumentos Cuestionario Breve de Burnout (CBB) y COPSOQ-ARG se volcaron en variables codificadas como ordinales con valores que correspondían a los aceptados en cada ítem según las especificaciones de diseño de cada cuestionario. Por otro lado, los puntajes de las dimensiones de burnout y riesgos psicosociales se trataron en variables cuantitativas continuas (escalares, de razón), que luego fueron recodificadas a variables ordinales con valores (1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto) para facilitar el análisis descriptivo. Todo el proceso de cálculo de puntajes y recodificación, siguió las especificaciones de diseño de cada instrumento (ver *Técnicas de recolección*).

En el caso de las variables que correspondían a opciones del cuestionario demográfico que permitieran la entrada de texto por parte del participante, fueron tratadas manualmente, extrayendo categorías generales que se codificaron en variables nominales u ordinales según la necesidad.

Preparación de los datos.

Luego del diseño de la base de datos y de la declaración de las variables necesarias para el análisis, la matriz donde se volcaron los datos recolectados fue sometida a un proceso de limpieza y depuración.

El proceso se realizó bajo los siguientes criterios:

- verificación de los tipos de datos: se comprobó que cada casillero de la matriz (correspondiente a un ítem de un cuestionario), haya recibido el tipo de dato esperado.
- verificación de respuestas: sólo se aceptó como válida, la respuesta completa a los 3 cuestionarios. Por lo cual, se eliminó cualquier fila de la matriz, en la cual faltaran datos.

Tal como se describió en la sección *Procedimiento*, que la carga de los datos recolectados haya sido mediante un sistema de formularios web con una interfaz de usuario amigable, tanto en el caso del ingreso directo por parte del participante, o bien, por parte del investigador cuando algunos participantes decidieron la opción en papel, permitió reducir y evitar errores que pueden cometerse durante el ingreso de muchos datos.

Planificación y sistematización del análisis.

El análisis de datos fue diseñado de manera secuencial, comenzando con un análisis descriptivo de las variables demográficas, seguido de pruebas de normalidad y, finalmente, la aplicación de pruebas de correlación. El proceso fue sistematizado para reducir los posibles sesgos en la interpretación.

Luego de la preparación y la validación de la matriz de datos, el análisis estadístico tuvo la siguiente secuencia.

1) Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach.

Tal como se detalla en la sección Confiabilidad de los instrumentos, por haber obtenido valores aceptables de confiabilidad por coherencia interna en ambos cuestionarios, se continuó con el proceso.

2) Cálculo de puntajes.

Los puntajes de las dimensiones del CBB y COPSQ-ARG para cada sujeto de la muestra, se calcularon según las indicaciones de diseño de cada instrumento (ver *Técnicas de recolección*), y fueron almacenados en variables escalares (de razón).

3) Recodificación de puntajes.

Se recodificaron los puntajes obtenidos, en variables cardinales con valores 1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto, según las especificaciones de validación de cada instrumento.

4) *Análisis descriptivo.*

Los autores Flores-Ruiz, Miranda-Novales, & Villasís-Keeve (2017) indican que, “como parte del análisis global de los datos nunca debe omitirse la inclusión del análisis descriptivo de los datos” (pág. 367). Es por eso y por la naturaleza descriptiva del diseño de éste trabajo que, luego de calcular todos los puntajes, se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y de las dimensiones de burnout y riesgos psicosociales, mediante las herramientas disponibles en el software de análisis estadístico:

- a) cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana, moda) para variables demográficas escalares;
- b) cálculo de frecuencias y porcentajes de variables demográficas nominales u ordinales;
- c) cálculo de frecuencias y porcentajes de las variables cardinales de los puntajes de las dimensiones de los instrumentos CBB y COPSOQ-ARG, para describir la distribución de los niveles bajo, medio y alto en los sujetos de la muestra;
- d) cálculo de frecuencias y porcentajes mediante tablas de contingencia (o tablas cruzadas), de la distribución de los niveles bajo, medio y alto de cada dimensión de cada instrumento, en cada categoría de cada variable demográfica.

5) *Prueba de normalidad.*

Luego del análisis descriptivo, y antes de pasar al análisis inferencial, resulta necesario, elegir las pruebas que pueden aplicarse para dicho propósito. Existen dos grupos de pruebas, las paramétricas y las no paramétricas, a su vez, “un requisito indispensable para seleccionar una prueba paramétrica es la distribución de los datos; en este sentido, *solamente* [énfasis en el original] se debe utilizar este tipo de prueba cuando los datos muestran una distribución normal” (Flores-Ruiz y otros, 2017, pág. 367). Para conocer el tipo de distribución de los datos de una muestra, existen diferentes pruebas estadísticas, tales como Kolmogorov-Smirnov, ShapiroWilk. Entonces, saber si los datos obtenidos responden a una distribución normal o no. Para ello, se sometieron a prueba las variables correspondientes a ambos instrumentos, y dado que la muestra es mayor a 30 casos ($N = 84$), es apropiado elegir Kolmogorov-Smirnov.

De los resultados obtenidos en la **Tabla F2** se observa que, para la mayoría de variables correspondientes a sub-dimensiones y dimensiones del Cuestionario Breve de Burnout, se debió rechazar de manera altamente significativa ($p < .01$) que sus datos tuvieran una distribución normal, siendo la dimensión Antecedentes la única que presentó una distribución normal ($p > .05$).

Respecto al Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG), según la **Tabla F3**, de las variables correspondientes a Exigencias en el trabajo, Doble presencia, Confianza y Justicia laboral, de manera altamente significativa ($p < .01$), y de Organización del trabajo de manera significativa ($p < .05$), se debió rechazar que tuvieran una distribución normal, siendo Relaciones interpersonales e Inestabilidad en el trabajo, las únicas con una distribución normal ($p > .05$).

6) *Decisión sobre el uso de pruebas no paramétricas.*

Debido a que los resultados de la prueba de normalidad mostraron que gran parte de las variables cuantitativas no tienen una distribución normal de sus datos, se decidió el uso de pruebas no paramétricas.

7) *Análisis inferencial.*

En el análisis de correlación, “cuando alguna de las 2 variables por correlacionar no siguen una distribución normal, la prueba que corresponde es el coeficiente de correlación de Spearman (rho de Spearman)” (Flores-Ruiz y otros, 2017, pág. 369). Es por esto que, para analizar la relación entre los niveles de burnout y de riesgos psicosociales que resultaron de los profesionales que conformaron la muestra, tanto entre variables cuantitativas (continuas) y entre variables cualitativas ordinales, se utilizó la prueba correlación de Spearman.

Debe advertirse y tenerse en cuenta que, las variables demográficas género, estado civil, hijos, profesión, posgrado, institución a la que pertenece, sector de trabajo, relación laboral, turnos de trabajo, trabajar o ejercer la profesión también fuera de la institución, llevar trabajo de la institución a la casa, son del tipo cualitativas nominales y, por tanto, no tienen un ordenamiento. Esto implica que, al momento de analizar las relaciones de ellas con las variables de niveles de burnout y de riesgos psicosociales con la prueba de correlación de Spearman, solo se podrá tener en cuenta la existencia o no de relación indicado por el p valor, y la fuerza de la relación indicada por el valor del coeficiente, pero no se podrá analizar la dirección de la relación. En ese caso, se confirmará la existencia o no de relación y se analizará su dirección, mediante las pruebas de comparación de grupos independientes U de Mann-Whitney (cuando la variable nominal de agrupación tiene hasta 2 categorías) o la prueba de Kruskal-Wallis (cuando la variable nominal de agrupación tiene 3 o más categorías). En síntesis, para el análisis de relación entre variables demográficas del tipo cualitativas nominales y los niveles de burnout y riesgos psicosociales en variables cuantitativas continuas, se utiliza primero la prueba de Spearman para tener una idea de si existe alguna correlación entre estas dos variables, luego se utiliza las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis según corresponda, para comparar si existen diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones entre los diferentes grupos de la variable nominal.

Capítulo 4. Resultados

Información demográfica

A continuación, se describen variables que, junto a la información de la sección “Muestra”, completan la información demográfica de los sujetos que conformaron la muestra.

Tiempo que lleva ejerciendo su profesión

La mayor cantidad de profesionales que formaron parte de la muestra llevaban más de 10 y hasta 20 años ejerciendo su profesión (41.67%, n = 35). La cantidad de profesionales que ejercían su profesión hace más de 1 año y hasta 5 años (22.62%, n = 19), sumado a quienes lo hacían desde hace más de 5 años y hasta 10 años (26.19%, n = 22), constituyeron casi una mitad (48.81%, n = 41) del total de casos. Un 7.14% (n = 6) ejercía su profesión desde hace más de 20 años, mientras que sólo el 2.38% (n = 2) lo hacía desde hace menos de 1 año.

Tiempo que lleva trabajando en la misma institución (antigüedad)

La mayoría de profesionales que participaron, tenían más de 1 año y hasta 5 años de antigüedad (33.33%, n = 28) en la institución, siendo la menor cantidad aquellos con más de 20 años (4.76%, n = 4).

Tabla 11

Distribución de casos según la antigüedad en la institución

Antigüedad	Frecuencia	%
Menos de 1 año	15	17.86%
Más de 1 año y hasta 5 años	28	33.33%
Más de 5 años y hasta 10 años	19	22.62%
Más de 10 años y hasta de 20 años	18	21.43%
Más de 20 años	4	4.76%

Cantidad de horas semanales que trabaja en la institución

La **Tabla 12** muestra qué, en promedio, los profesionales trabajaban alrededor de 24 horas por semana. La cantidad de horas semanales que los sujetos de la muestra trabajaban en la institución, varía en un intervalo de un mínimo de 2 horas y un máximo de 55 horas. La mediana sugiere que la mitad de los profesionales trabajaban 20 horas o menos por semana, mientras que la otra mitad trabaja más de 20 horas, en efecto, el 36.9% (n = 31) trabaja 18 horas semanales, siendo éste el valor más respondido por los participantes, un 20.2% (n = 17) trabaja 35 hora semanales, un 15.5% (n = 13) trabaja 30 horas semanales, etc. Existe cierta variabilidad en las horas semanales trabajadas por los profesionales de la salud mental, con una distribución que se centra en torno a las 18-24 horas por semana.

Tabla 12*Descriptivos de la variable cantidad de horas semanales de trabajo*

Variable demográfica	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Cantidad de horas semanales	24	20	18	2	55

¿Tiene otro trabajo o ejerce su profesión también fuera de la institución?

Los profesionales que participaron de la muestra y que tienen un trabajo o ejercen su profesión también fuera de la institución, constituyeron la mayor parte de casos (73.81%, n = 62), sobre un 26.19% (n = 22) que no lo hace.

Cantidad de personas que atiende en una jornada laboral habitual en la institución

En una jornada laboral habitual, la mayor parte de los profesionales de la muestra atienden más de 5 y menos de 10 personas (44.05%, n = 37), mientras que un 39.29% (n = 33) atiende hasta 5 personas, y un 16.67% (n = 14) atiende más de 10 y menos de 50 personas. En la muestra, no hay profesionales que atiendan más de 50 personas en una jornada laboral habitual.

Cantidad de guardias que realiza al mes en la institución

En la **Tabla 13** muestra qué, la cantidad de guardias realizadas al mes por los participantes, constituyó un intervalo de 0 a 6 guardias. La mediana sugiere que la mitad del total de profesionales no realizaban guardias al mes, mientras que la moda indica que 0 guardias fue el valor más respondido; en efecto, los sujetos de la muestra que no realizan guardias representan el 73.8% (n = 62) sobre el total de casos; el 10.7% (n = 9) realizan 4 guardias al mes, otro 4.8% (n = 4) realiza 5 guardias, etc. El máximo de 6 guardias al mes representa el 1.2% (n = 1) sobre el total de casos.

Tabla 13*Descriptivos de la variable cantidad de guardias*

Variable demográfica	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Cantidad de guardias	.94	0	0	0	6

¿Tiene que realizar labores del trabajo en su casa?

La mayor parte de los profesionales de la muestra, conformada por el 71.43% (n = 60) de los casos, tenían que realizar labores del trabajo de la institución, en su casa, es decir, que tenían que realizar tareas que quedaban pendientes luego de la jornada laboral en la institución, mientras que un 28.57% (n = 24) no tenía que hacerlo.

La **Tabla 14** representa el porcentaje de profesionales sobre el total de casos en cada profesión, que debían y no debían realizar labores de su trabajo de la institución en su casa.

Los profesionales de Psicología representan, sobre el total de casos, el 48.81% (n = 41), del cual, el 70.73% (n = 29) de ellos tenían que realizar labores del trabajo en su casa, mientras que el 29.27% (n = 12) no necesitaba hacerlo.

Los profesionales de Psiquiatría representan, sobre el total de casos, el 10.71% (n = 9), del cual, el 88.89% (n = 8) tenía que realizar labores del trabajo de la institución en su casa, mientras que el 11.11% (n = 1) no tenía que hacerlo.

El 28.57% (n = 24) sobre el total de casos, eran profesionales de Trabajo Social, de los cuales, el 66.67% (n = 16) tenían que llevar trabajo que quedaba pendiente en la institución, a su casa, mientras que el 33.33% (n = 8) no tenía que hacerlo.

El 8.33% (n = 7) sobre el total de casos fueron profesionales de Psicopedagogía, de los cuales, el 71.43% (n = 5) tenía que realizar labores del trabajo de la institución en su casa, mientras que el restante 28.57% (n = 2) no tenía que hacerlo.

Los Acompañantes Terapéuticos representan el 2.38% (n = 2) sobre el total de casos. Uno de ellos tenía que llevar trabajo pendiente de la institución a su casa, mientras que el otro no.

Finalmente, el único Terapeuta Ocupacional que formó parte de la muestra, tenía que realizar labores del trabajo en su casa.

Tabla 14

Distribución de casos que realizan labores de su trabajo en su casa, por profesión

Profesiones	¿Tiene que llevar trabajo a la casa?			
	No		Sí	
Psicología	12	29.27%	29	70.73%
Psiquiatría	1	11.11%	8	88.89%
Trabajo Social	8	33.33%	16	66.67%
Psicopedagogía	2	28.57%	5	71.43%
Acompañamiento terapéutico	1	50.00%	1	50.00%
Terapeuta ocupacional	0	0.00%	1	100.00%

Niveles de Burnout

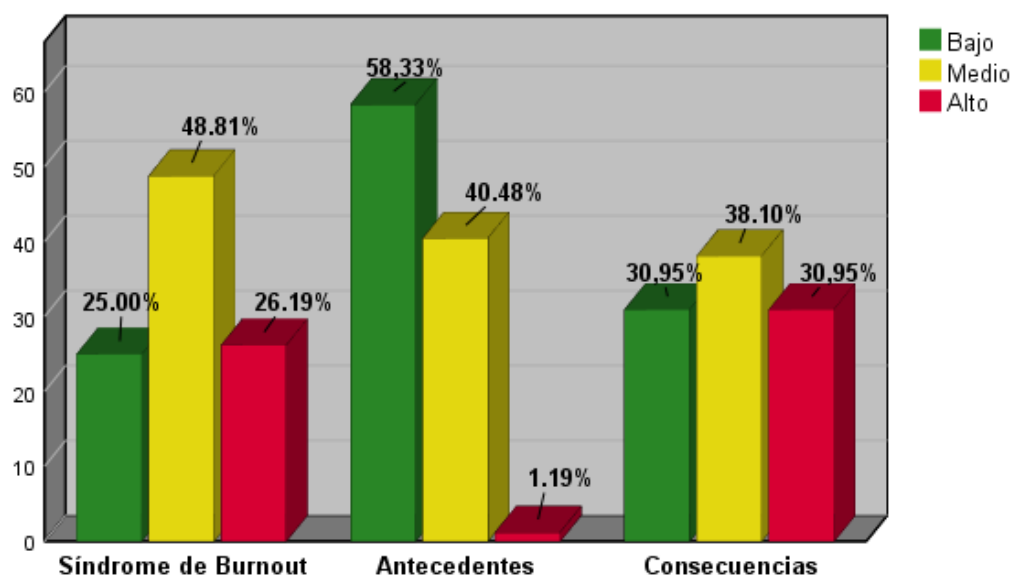
En la dimensión Síndrome de burnout del CBB, el nivel bajo representa el 25% (n = 21), el nivel medio el 48.81% (n = 41), el nivel alto el 26.19% (n = 22), sobre el total de casos (N = 84).

En la dimensión Antecedentes de burnout del CBB, el nivel bajo representa el 58.33% (n = 49), el nivel medio el 40.48% (n = 34), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), sobre el total de casos.

En la dimensión Consecuencias de burnout del CBB, el nivel bajo representa el 30.95% (n = 26), el nivel medio 38.10% (n = 32), el nivel alto 30.95% (n = 26), sobre el total de casos.

Figura 1

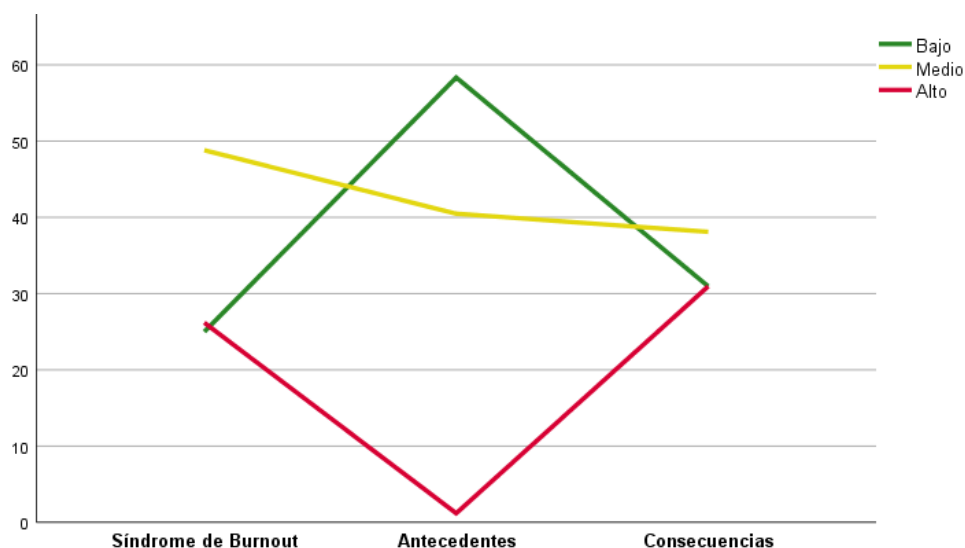
Distribución de frecuencias de los 3 niveles para las 3 dimensiones del CBB



La **Figura 2** permite observar qué, mientras en las dimensiones de Síndrome y Consecuencias de burnout hay cierto equilibrio de la distribución de frecuencias en los niveles bajos y altos, con preponderancia del nivel medio en ambos casos, la dimensión Antecedentes de burnout implica un quiebre de la tendencia de ambos niveles, lo que implica una caída abrupta de profesionales con niveles altos y un aumento de personas con niveles bajos en esa dimensión, resultando una figura geométrica formada por la tendencia de los niveles bajos y altos de las tres dimensiones.

Figura 2

Distribución de frecuencias (en líneas) de los 3 niveles para las 3 dimensiones del CBB



Con el fin de focalizar y limitar la extensión de la descripción de los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta que el CBB tiene como objetivo evaluar las dimensiones globales de Burnout, los resultados obtenidos en las sub-escalas del CBB, serán resumidas en la **Tabla 15**.

Tabla 15

Resultados en las sub-escalas del CBB

Sub-escalas	No afectado		Afectado		Altamente afectado	
	N	%	N	%	N	%
Cansancio emocional	61	72.62%	20	23.81%	3	3.57%
Despersonalización	25	29.76%	44	52.38%	15	17.86%
Realización personal	70	83.33%	10	11.90%	4	4.76%
Caract. de la tarea	63	75.00%	20	23.81%	1	1.19%
Organización	73	86.90%	10	11.90%	1	1.19%
Tedio	74	88.10%	8	9.52%	2	2.38%

Resaltan en importancia los niveles de afectación en Despersonalización, representando la mayor concentración de casos altamente afectados respecto de las otras sub-escalas, y más de la mitad de casos en nivel afectado. Luego, Cansancio emocional y la Característica de la tarea, representan casi la cuarta parte de casos en nivel afectado en cada una de esas sub-escalas.

Niveles de burnout y variables demográficas

Debido a la extensión que requiere una descripción detallada de los niveles de burnout (en los tres niveles de cada una de las tres dimensiones) cruzados con cada categoría de cada variable demográfica, y con el fin de no perder información relevante para la investigación, en ésta sección se informará para cada variable demográfica, la categoría a la que corresponde el mayor número de casos en nivel alto, para las tres dimensiones del CBB.

Respecto de la variable demográfica rangos de edad, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 26.19% ($n = 22$), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 54.55% ($n = 12$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 1.19% ($n = 1$), del cual, la categoría "Más de 40 años y hasta 50 años" con el 100% ($n = 1$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 30.95% ($n = 26$), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 53.85% ($n = 14$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica género, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 26.19% ($n = 22$), del cual, la categoría "Mujer" con el 95.45% ($n = 21$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 1.19% ($n = 1$), del cual, la categoría "Mujer" con el 100% ($n = 1$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 30.95% ($n = 26$), del cual, la categoría "Mujer" con el 84.62% ($n = 22$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica estado civil, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 26.19% ($n = 22$), del cual, la categoría "En pareja" con el 40.91% ($n = 9$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 1.19% ($n = 1$), del cual, la categoría "Soltero/a" con el 100% ($n = 1$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 30.95% ($n = 26$), del cual, la categoría "Soltero/a" con el 34.62% ($n = 9$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene hijos?, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 26.19% ($n = 22$), del cual, la categoría "No" con el 54.55% ($n = 12$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 1.19% ($n = 1$), del cual, la categoría "No" con el 100% ($n = 1$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos ($N = 84$), el nivel alto representa el 30.95% ($n = 26$), del cual, la categoría "No" con el 57.69% ($n = 15$) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica formación de posgrado, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Especialización" con el 59.09% (n = 13) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Ninguno" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Especialización" con el 69.23% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica sector o servicio de trabajo, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 68.18% (n = 15) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 50% (n = 13) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica relación laboral, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 63.64% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 42.31% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica tiempo de ejercicio de la profesión, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 45.45% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 42.31% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica antigüedad en la institución, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 45.45% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto

representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 42.31% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica turnos de trabajo, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 72.73% (n = 16) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 61.54% (n = 16) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene otro trabajo o ejerce su profesión también fuera de la institución?, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Sí" con el 68.18% (n = 15) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "No" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Sí" con el 80.77% (n = 21) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica cantidad de personas que atiende en una jornada laboral habitual, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 45.45% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Más de 10 y menos de 50 personas" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 46.15% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene que llevar trabajo a la casa?, para la dimensión Síndrome de burnout del CBB, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 26.19% (n = 22), del cual, la categoría "Sí" con el 81.82% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Antecedentes, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 1.19% (n = 1), del cual, la categoría "Sí" con el 100% (n = 1) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Consecuencias, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 30.95% (n = 26), del cual, la categoría "Sí" con el 76.92% (n = 20) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Niveles de burnout en cada Profesión

La estructura descriptiva de los tres niveles de las tres dimensiones globales de burnout para cada profesión, es la siguiente: frecuencias de casos de cada nivel en cada profesión en porcentajes absolutos (en relación al total de casos de la muestra), luego en porcentajes relativos al total de casos dentro de la profesión y, por último, en porcentajes relativos al total de casos en el nivel correspondiente.

A continuación, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Síndrome de Burnout, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 15.48% (n = 13) corresponde al nivel bajo, el 22.62% (n = 19) al nivel medio, y el 10.71% (n = 9) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 31.71% (n = 13), el nivel medio el 46.34% (n = 19) y el nivel alto el 21.95% (n = 9). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), del total en nivel medio (n = 41) y del total en nivel alto (n = 22), los de ésta profesión representan el 61.9% (n = 13), el 46.34% (n = 19) y el 40.91% (n = 9) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 3.57% (n = 3) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 11.11% (n = 1), el nivel medio el 55.56% (n = 5) y el nivel alto el 33.33% (n = 3). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), del total en nivel medio (n = 41) y del total en nivel alto (n = 22), los de ésta profesión representan el 4.76% (n = 1), el 12.2% (n = 5) y el 13.64% (n = 3) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 7.14% (n = 6) corresponde al nivel bajo, el 13.1% (n = 11) al nivel medio, y el 8.33% (n = 7) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 25% (n = 6), el nivel medio el 45.83% (n = 11) y el nivel alto el 29.17% (n = 7). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), del total en nivel medio (n = 41) y del total en nivel alto (n = 22), los de ésta profesión representan el 28.57% (n = 6), el 26.83% (n = 11) y el 31.82% (n = 7) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 71.43% (n = 5) y el nivel alto el 28.57% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), los de ésta categoría representan el 0% (n = 0), del total del nivel medio (n = 41), los de ésta categoría representan el 12.2% (n = 5) y del total de casos en nivel alto (n = 22), los de ésta categoría representan el 9.09% (n = 2).

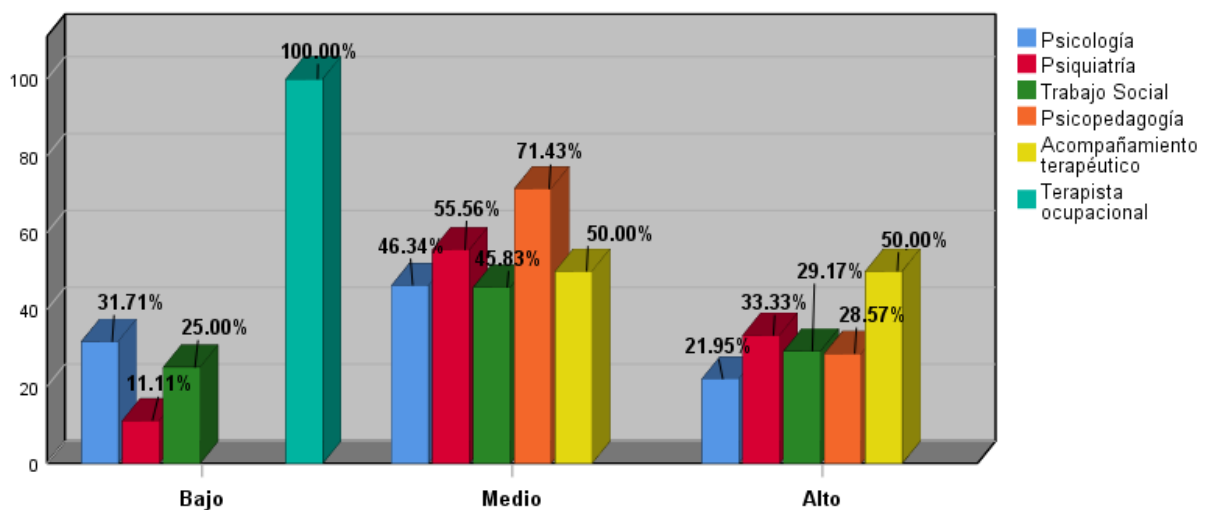
De los 2 profesionales de Acompañamiento Terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 50% (n = 1) y el nivel alto el 50% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), del total en nivel medio (n = 41) y del total en nivel alto (n = 22), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 2.44% (n = 1) y el 4.55% (n = 1) respectivamente.

Del único Terapeuta ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 100% (n = 1), el nivel medio representa el 0% (n = 0) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 21), del total en nivel medio (n = 41) y del total en nivel alto (n = 22), los de ésta profesión representan el 4.76% (n = 1), el 0% (n = 0) y el 0% (n = 0) respectivamente.

En la **Figura 3** se puede observar que, en la dimensión Síndrome de Burnout, la mayor parte de las profesiones tienen su mayor concentración de casos en el nivel medio, distribuyéndose el resto entre los niveles bajos y altos, excepto el único caso de Terapia Ocupacional que se ubica en el nivel bajo.

Figura 3

Niveles de Síndrome de burnout dentro de cada profesión



Se prosigue con la descripción de los resultados de los tres niveles para la dimensión Antecedentes de Burnout, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 33.33% (n = 28) corresponde al nivel bajo, el 15.48% (n = 13) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 68.29% (n = 28), el nivel medio el 31.71% (n = 13) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 57.14% (n = 28), el 38.24% (n = 13) y el 0% (n = 0) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 3.57% (n = 3) corresponde al nivel bajo, el 7.14% (n = 6) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 33.33% (n = 3), el nivel medio el 66.67% (n = 6) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 6.12% (n = 3), el 17.65% (n = 6) y el 0% (n = 0) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 15.48% (n = 13) corresponde al nivel bajo, el 11.9% (n = 10) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de

ésta profesión, el nivel bajo representa el 54.17% (n = 13), el nivel medio el 41.67% (n = 10) y el nivel alto el 4.17% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 26.53% (n = 13), el 29.41% (n = 10) y el 100% (n = 1) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 4.76% (n = 4) corresponde al nivel bajo, el 3.57% (n = 3) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 57.14% (n = 4), el nivel medio el 42.86% (n = 3) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 8.16% (n = 4), el 8.82% (n = 3) y el 0% (n = 0) respectivamente.

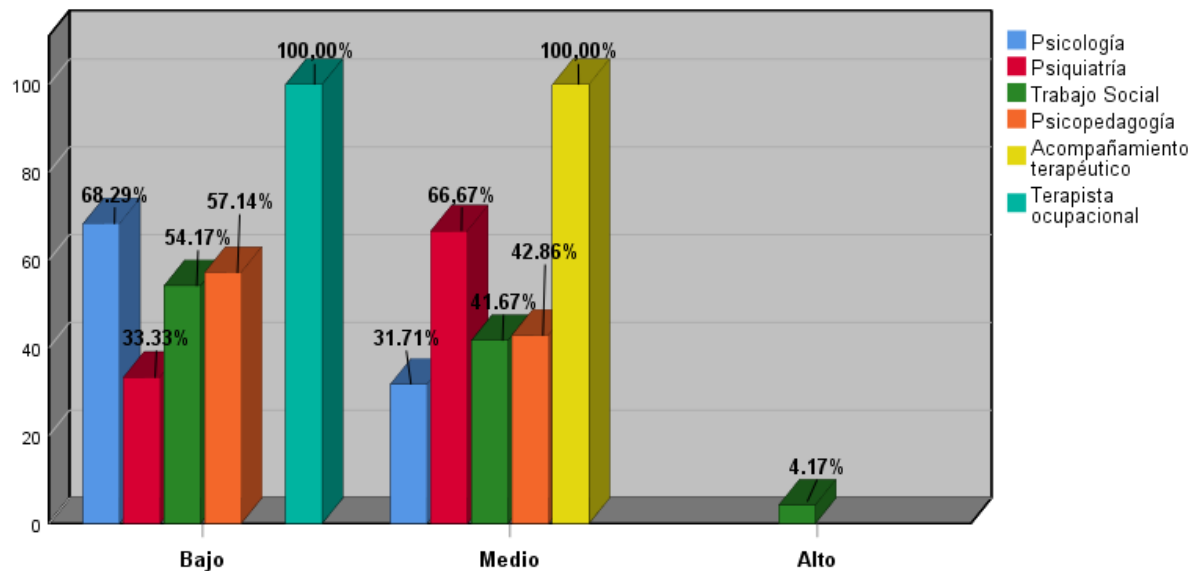
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 2.38% (n = 2) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 2) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 5.88% (n = 2) y el 0% (n = 0) respectivamente.

Del único Terapeuta ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 100% (n = 1), el nivel medio el 0% (n = 0) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 49), del total en nivel medio (n = 34) y del total en nivel alto (n = 1), los de ésta profesión representan el 2.04% (n = 1), el 0% (n = 0) y el 0% (n = 0) respectivamente.

La **Figura 4** muestra que, en la dimensión Antecedentes de Burnout, la mayor parte de las profesiones distribuyen sus casos entre los niveles bajo y medio, excepto Trabajo Social que tiene un porcentaje menor de casos también en nivel alto, y que, la mayor parte de profesiones tienen más de la mitad de sus casos en el nivel bajo, excepto Psiquiatría y Acompañamiento Terapéutico, que los tienen en el nivel medio.

Figura 4

Niveles de Antecedentes de burnout dentro de cada profesión



Finalmente, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Consecuencias de Burnout, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 16.67% (n = 14) corresponde al nivel bajo, el 20.24% (n = 17) al nivel medio, y el 11.9% (n = 10) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 34.15% (n = 14), el nivel medio el 41.46% (n = 17) y el nivel alto el 24.39% (n = 10). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 53.85% (n = 14), el 53.12% (n = 17) y el 38.46% (n = 10) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 2.38% (n = 2) al nivel medio, y el 5.95% (n = 5) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 22.22% (n = 2), el nivel medio el 22.22% (n = 2) y el nivel alto el 55.56% (n = 5). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 7.69% (n = 2), el 6.25% (n = 2) y el 19.23% (n = 5) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 8.33% (n = 7) corresponde al nivel bajo, el 9.52% (n = 8) al nivel medio, y el 10.71% (n = 9) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 29.17% (n = 7), el nivel medio el 33.33% (n = 8) y el nivel alto el 37.5% (n = 9). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 26.92% (n = 7), el 25% (n = 8) y el 34.62% (n = 9) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 3.57% (n = 3) corresponde al nivel bajo, el 2.38% (n = 2) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de

ésta profesión, el nivel bajo representa el 42.86% (n = 3), el nivel medio el 28.57% (n = 2) y el nivel alto el 28.57% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 11.54% (n = 3), el 6.25% (n = 2) y el 7.69% (n = 2) respectivamente.

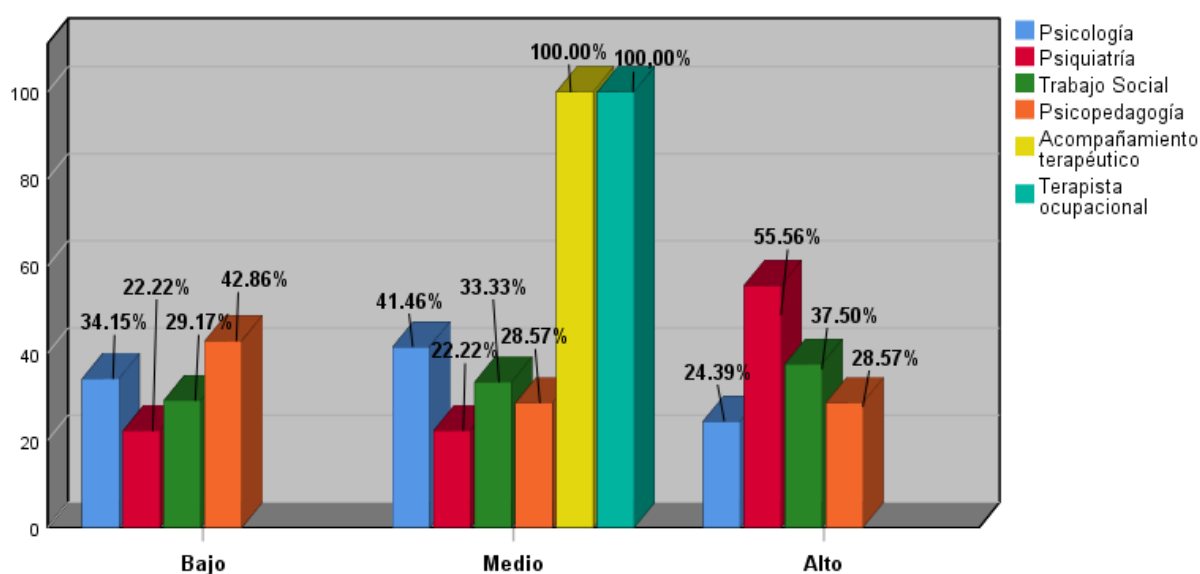
De los 2 profesionales de Acompañamiento Terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 2.38% (n = 2) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 2) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 6.25% (n = 2) y el 0% (n = 0) respectivamente.

Del único Terapeuta ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 1) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 26), del total en nivel medio (n = 32) y del total en nivel alto (n = 26), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 3.12% (n = 1) y el 0% (n = 0) respectivamente.

La **Figura 5** permite observar qué, la mayor parte de profesiones, distribuyen sus casos entre los tres niveles sin llegar a una concentración de la mitad de casos en ninguno, excepto Acompañamiento Terapéutico y Terapia Ocupacional que tienen todos sus casos en nivel medio, y Psiquiatría que tiene más de la mitad de sus profesionales en nivel alto.

Figura 5

Niveles de Consecuencias de burnout dentro de cada profesión



En la **Tabla F5** se sintetiza la distribución de niveles de Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de Burnout obtenidos para cada una de las profesiones, en porcentajes relativos a la cantidad de profesionales en cada una de ellas.

Niveles de riesgos psicosociales

En la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, el nivel bajo representa el 19.05% (n = 16), mientras que el nivel medio el 39.29% (n = 33), y el nivel alto el 41.67% (n = 35).

En la dimensión Doble presencia, el nivel bajo representa el 16.67% (n = 14), mientras que el nivel medio el 55.95% (n = 47), y el nivel alto el 27.38% (n = 23).

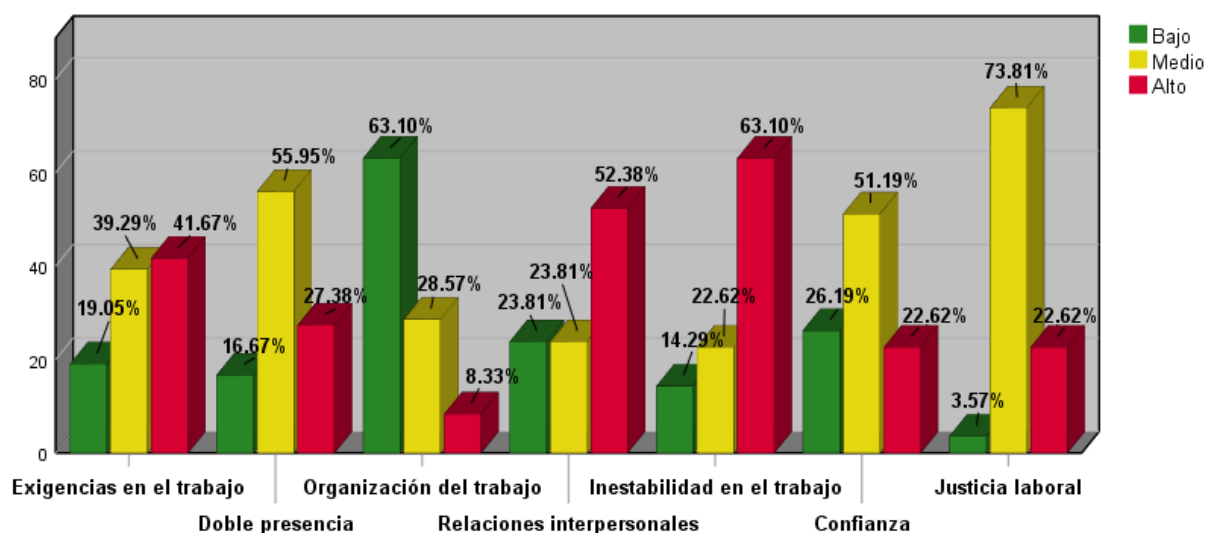
En la dimensión Organización del trabajo, el nivel bajo representa el 63.1% (n = 53), mientras que el nivel medio el 28.57% (n = 24), y el nivel alto el 8.33% (n = 7).

En la dimensión Relaciones interpersonales, el nivel bajo representa el 23.81% (n = 20), mientras que el nivel medio el 23.81% (n = 20), y el nivel alto el 52.38% (n = 44). En la dimensión Inestabilidad en el trabajo, el nivel bajo representa el 14.29% (n = 12), mientras que el nivel medio el 22.62% (n = 19), y el nivel alto el 63.10% (n = 53). Ambas dimensiones, concentran en sus niveles altos una frecuencia mayor (más del 50% de casos) a los niveles altos del resto de las dimensiones.

En la dimensión Confianza, el nivel bajo representa el 26.19% (n = 22), mientras que el nivel medio el 51.19% (n = 43), y el nivel alto el 22.62% (n = 19). En Justicia laboral, el nivel bajo representa el 3.57% (n = 3), mientras que el nivel medio el 73.81% (n = 62), y el nivel alto el 22.62% (n = 19). En ambas dimensiones, junto a Confianza, hay una preponderancia notable del nivel medio, con más del 50% de casos.

Figura 6

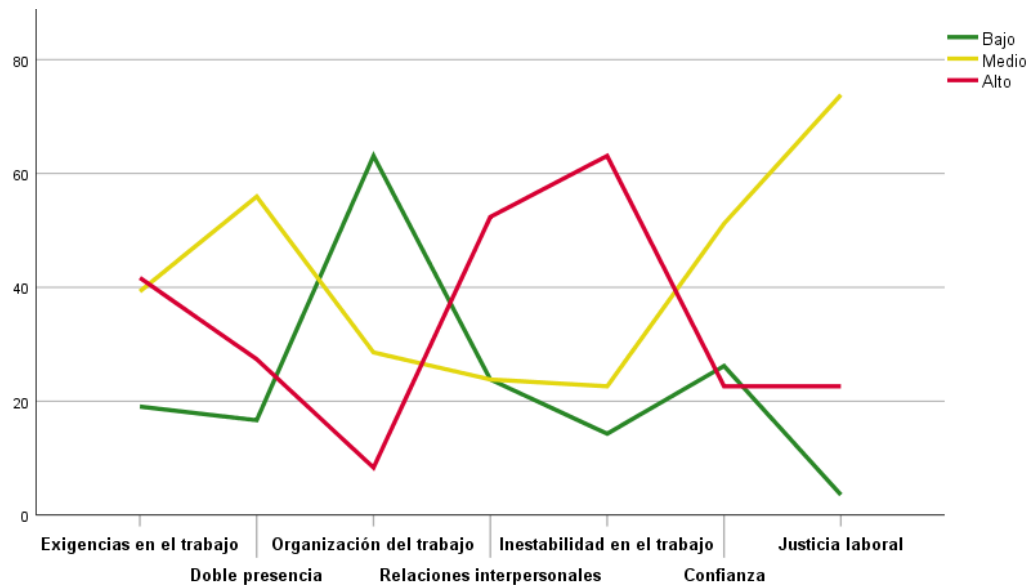
Distribución de frecuencias de los 3 niveles para las 7 dimensiones del COPSOQ-ARG



La **Figura 7** permite observar el cambio de tendencia en la dimensión Organización del trabajo, reduciendo la frecuencia de casos en nivel medio y concentrando más de la mitad de casos en nivel bajo; luego, otro cambio de tendencia en Relaciones interpersonales, con un aumento sostenido de casos en nivel alto hasta la dimensión Confianza, en la que hay otro cambio de tendencia, pero ahora en favor del nivel medio. Entonces, en las dimensiones en las que no hay preponderancia del nivel alto, domina el nivel medio, excepto en Organización del trabajo.

Figura 7

Distribución de frecuencias en líneas de los 3 niveles en el COPSOQ-ARG



Niveles de riesgos psicosociales y variables demográficas

Respecto de la variable demográfica rangos de edad, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 48.57% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 52.17% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 85.71% (n = 6) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 50% (n = 22) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 52.83% (n = 28) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 47.37% (n = 9) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 30 años y hasta 40 años" con el 57.89% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica género, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Mujer" con el 94.29% (n = 33) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Mujer" con el 91.3% (n = 21) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), siendo, la categoría "Mujer" con el 85.71% (n = 6) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Mujer" con el 93.18% (n = 41) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Mujer" con el 84.91% (n = 45) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Mujer" con el 94.74% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Mujer" con el 94.74% (n = 18) tiene la mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica estado civil, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Casado/a" con el 37.14% (n = 13) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "En pareja" con el 34.78% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Soltero/a" con el 57.14% (n = 4) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "En pareja" con el 36.36% (n = 16) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "En pareja" con el 33.96% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "En pareja" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "En pareja" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene hijos?, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Sí" con el 60% (n = 21) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Sí" con el 60.87% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel

alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "No" con el 71.43% (n = 5) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Sí" con el 52.27% (n = 23) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "No" con el 52.83% (n = 28) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sí" con el 57.89% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "No" con el 63.16% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica formación de posgrado, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Especialización" con el 51.43% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Especialización" con el 52.17% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Especialización" con el 42.86% (n = 3) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Especialización" con el 54.55% (n = 24) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Especialización" con el 50.94% (n = 27) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Ninguno" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Especialización" con el 73.68% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica sector o servicio de trabajo, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 57.14% (n = 20) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23) del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 52.17% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 42.86% (n = 3) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Servicio de Protección

de Derechos" con el 29.55% (n = 13) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 28.3% (n = 15) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Servicio de Protección de Derechos" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Consultorio" con el 26.32% (n = 5) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica relación laboral, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 48.57% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 43.48% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 57.14% (n = 4) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 38.64% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Suplencia" con el 49.06% (n = 26) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 57.89% (n = 11) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Planta permanente" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica tiempo de ejercicio de la profesión, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 42.86% (n = 15) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 52.17% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Más de 5 años y hasta 10 años" con el 42.86% (n = 3) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 43.18% (n = 19) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 33.96% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de

casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 36.84% (n = 7) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 10 años y hasta 20 años" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica antigüedad en la institución, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 37.14% (n = 13) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 34.78% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 57.14% (n = 4) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 31.82% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 32.08% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 1 año y hasta 5 años" con el 36.84% (n = 7) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 5 años y hasta 10 años" con el 36.84% (n = 7) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica turnos de trabajo, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 68.57% (n = 24) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 73.91% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 57.14% (n = 4) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 59.09% (n = 26) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 58.49% (n = 31) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sólo de mañana" con el 73.68% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de

casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Mañana y tarde" con el 52.63% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene otro trabajo o ejerce su profesión también fuera de la institución?, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Sí" con el 77.14% (n = 27) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Sí" con el 73.91% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Sí" con el 71.43% (n = 5) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Sí" con el 77.27% (n = 34) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Sí" con el 79.25% (n = 42) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sí" con el 73.68% (n = 14) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sí" con el 89.47% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica cantidad de personas que atiende en una jornada laboral habitual, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 60% (n = 21) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 43.48% (n = 10) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 57.14% (n = 4) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 47.73% (n = 21) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Hasta 5 personas" con el 45.28% (n = 24) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 63.16% (n = 12) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Más de 5 y menos de 10 personas" con el 42.11% (n = 8) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Respecto de la variable demográfica ¿tiene que llevar trabajo a la casa?, para la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 41.67% (n = 35), del cual, la categoría "Sí" con el 77.14% (n = 27) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Doble presencia, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 27.38% (n = 23), del cual, la categoría "Sí" con el 78.26% (n = 18) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Organización del trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 8.33% (n = 7), del cual, la categoría "Sí" con el 85.71% (n = 6) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Relaciones interpersonales, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 52.38% (n = 44), del cual, la categoría "Sí" con el 77.27% (n = 34) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 63.1% (n = 53), del cual, la categoría "Sí" con el 69.81% (n = 37) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Confianza, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sí" con el 78.95% (n = 15) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto. Para la dimensión Justicia laboral, sobre el total de casos (N = 84), el nivel alto representa el 22.62% (n = 19), del cual, la categoría "Sí" con el 89.47% (n = 17) es la que tiene mayor cantidad de casos del nivel alto.

Niveles de riesgos psicosociales en cada profesión

La estructura descriptiva de los resultados de los tres niveles de las siete dimensiones del COPSOQ-ARG para cada profesión, es la misma que la indicada al inicio de **Niveles de burnout en cada Profesión**.

A continuación, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Exigencias en el trabajo, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 16.67% (n = 14) corresponde al nivel bajo, el 14.29% (n = 12) al nivel medio, y el 17.86% (n = 15) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 34.15% (n = 14), el nivel medio el 29.27% (n = 12) y el nivel alto el 36.59% (n = 15). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 87.5% (n = 14), el 36.36% (n = 12) y el 42.86% (n = 15) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 8.33% (n = 7) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 77.78% (n = 7) y el nivel alto el 22.22% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 21.21% (n = 7) el 5.71% (n = 2) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 10.71% (n = 9) al nivel medio, y el 15.48% (n = 13) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 8.33% (n = 2), el nivel medio el 37.5% (n = 9) y el nivel alto el 54.17% (n = 13). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 12.5% (n = 2), el 27.27% (n = 9) y el 37.14% (n = 13) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 3.57% (n = 3) al nivel medio, y el 4.76% (n = 4) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 42.86% (n = 3) y el nivel alto el 57.14% (n = 4). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 9.09% (n = 3) y el 11.43% (n = 4).

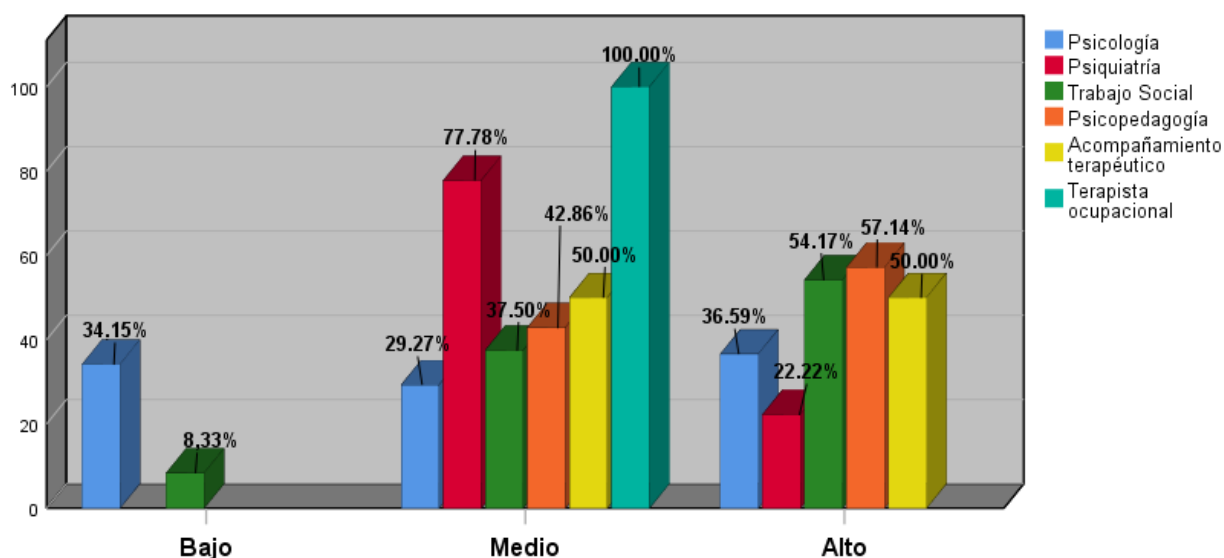
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 50% (n = 1) y el nivel alto el 50% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 3.03% (n = 1) y el 2.86% (n = 1) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 1) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 16), del total en nivel medio (n = 33) y del total de casos en nivel alto (n = 35), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 3.03% (n = 1) y el 0% (n = 0) respectivamente.

Por la **Figura 8** se puede pensar que, en la dimensión Exigencias en el trabajo, hay una gran concentración de casos en nivel medio y alto para todas las profesiones, de las cuales, Trabajo Social, Psicopedagogía y Acompañamiento Terapéutico, tienen la mitad o más de sus casos correspondientes, en nivel alto. La distribución de frecuencias de profesionales de Psicología parece más o menos equilibrada entre los tres niveles.

Figura 8

Niveles de riesgo psicosocial en Exigencias en el trabajo en cada profesión



Seguidamente, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Doble presencia, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 11.9% (n = 10) corresponde al nivel bajo, el 27.38% (n = 23) al nivel medio, y el 9.52% (n = 8) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 24.39% (n = 10), el nivel medio el 56.1% (n = 23) y el nivel alto el 19.51% (n = 8). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 71.43% (n = 10), el 48.94% (n = 23) y el 34.78% (n = 8) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 4.76% (n = 4) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 55.56% (n = 5) y el nivel alto el 44.44% (n = 4). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 10.64% (n = 5) y el 17.39% (n = 4) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 14.29% (n = 12) al nivel medio, y el 11.9% (n = 10) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 8.33% (n = 2), el nivel medio el 50% (n = 12) y el nivel alto el 41.67% (n = 10). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 14.29% (n = 2), el 25.53% (n = 12) y el 43.48% (n = 10) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 28.57% (n = 2), el nivel medio el 71.43% (n = 5) y el nivel alto el

0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 14.29% (n = 2), el 10.64% (n = 5) y el 0% (n = 0) respectivamente.

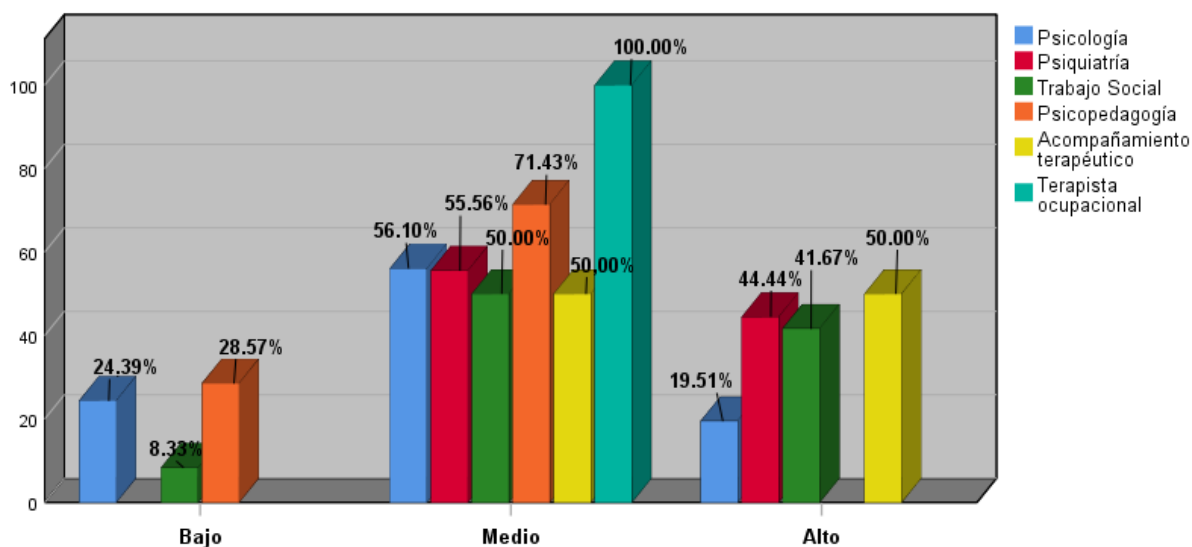
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 50% (n = 1) y el nivel alto el 50% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 2.13% (n = 1) y el 4.35% (n = 1) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 1) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 14), del total en nivel medio (n = 47) y del total en nivel alto (n = 23), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 2.13% (n = 1) y el 0% (n = 0) respectivamente.

Por la **Figura 9** se puede sintetizar que, en la dimensión Doble presencia, todas las profesiones tienen la mitad o más de sus casos correspondientes, en nivel medio.

Figura 9

Niveles de riesgo psicosocial en Doble presencia en cada profesión



A continuación, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Organización del trabajo, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 29.76% (n = 25) corresponde al nivel bajo, el 15.48% (n = 13) al nivel medio, y el 3.57% (n = 3) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 60.98% (n = 25), el nivel medio el 31.71% (n = 13) y el nivel alto el 7.32% (n = 3). Del total de casos en nivel bajo (n = 53), del total en nivel medio (n = 24) y del

total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 47.17% ($n = 25$), el 54.17% ($n = 13$) y el 42.86% ($n = 3$) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos ($N = 84$), el 3.57% ($n = 3$) corresponde al nivel bajo, el 5.95% ($n = 5$) al nivel medio, y el 1.19% ($n = 1$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 33.33% ($n = 3$), el nivel medio el 55.56% ($n = 5$) y el nivel alto el 11.11% ($n = 1$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 53$), del total en nivel medio ($n = 24$) y del total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 5.66% ($n = 3$), el 20.83% ($n = 5$) y el 14.29% ($n = 1$) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos ($N = 84$), el 21.43% ($n = 18$) corresponde al nivel bajo, el 5.95% ($n = 5$) al nivel medio, y el 1.19% ($n = 1$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 75% ($n = 18$), el nivel medio el 20.83% ($n = 5$) y el nivel alto el 4.17% ($n = 1$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 53$), del total en nivel medio ($n = 24$) y del total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 33.96% ($n = 18$), el 20.83% ($n = 5$) y el 14.29% ($n = 1$) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos ($N = 84$), el 5.95% ($n = 5$) corresponde al nivel bajo, el 1.19% ($n = 1$) al nivel medio, y el 1.19% ($n = 1$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 71.43% ($n = 5$), el nivel medio el 14.29% ($n = 1$) y el nivel alto el 14.29% ($n = 1$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 53$), del total en nivel medio ($n = 24$) y del total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 9.43% ($n = 5$), el 4.17% ($n = 1$) y el 14.29% ($n = 1$) respectivamente.

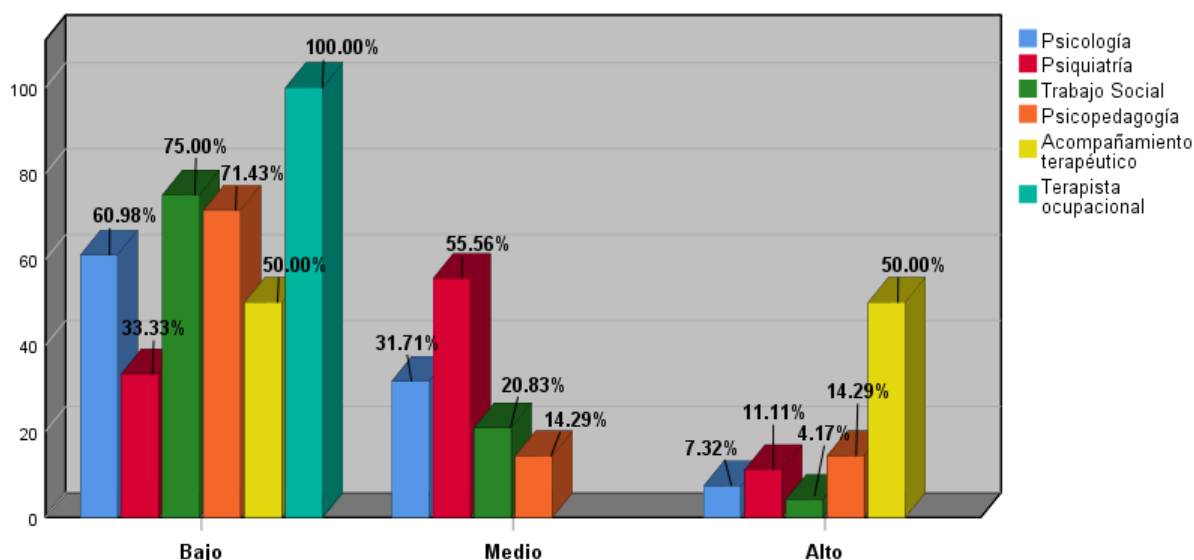
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos ($N = 84$), el 1.19% ($n = 1$) corresponde al nivel bajo, el 0% ($n = 0$) al nivel medio, y el 1.19% ($n = 1$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 50% ($n = 1$), el nivel medio el 0% ($n = 0$) y el nivel alto el 50% ($n = 1$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 53$), del total en nivel medio ($n = 24$) y del total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 1.89% ($n = 1$), el 0% ($n = 0$) y el 14.29% ($n = 1$) respectivamente.

Del único Terapeuta ocupacional, sobre el total de casos ($N = 84$), el 1.19% ($n = 1$) corresponde al nivel bajo, el 0% ($n = 0$) al nivel medio, y el 0% ($n = 0$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 100% ($n = 1$), el nivel medio el 0% ($n = 0$) y el nivel alto el 0% ($n = 0$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 53$), del total en nivel medio ($n = 24$) y del total en nivel alto ($n = 7$), los de ésta profesión representan el 1.89% ($n = 1$), el 0% ($n = 0$) y el 0% ($n = 0$) respectivamente.

En la **Figura 10** se puede observar qué, en la dimensión Organización del trabajo, casi todas las profesiones tienen la mitad o más de sus casos en nivel bajo, excepto Psiquiatría que los tiene en el nivel medio.

Figura 10

Niveles de riesgo psicosocial en Organización del trabajo en cada profesión



Ahora, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Relaciones interpersonales, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 14.29% (n = 12) corresponde al nivel bajo, el 9.52% (n = 8) al nivel medio, y el 25% (n = 21) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 29.27% (n = 12), el nivel medio el 19.51% (n = 8) y el nivel alto el 51.22% (n = 21). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 60% (n = 12), el 40% (n = 8) y el 47.73% (n = 21) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 3.57% (n = 3) al nivel medio, y el 5.95% (n = 5) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 11.11% (n = 1), el nivel medio el 33.33% (n = 3) y el nivel alto el 55.56% (n = 5). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 5% (n = 1), el 15% (n = 3) y el 11.36% (n = 5) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 5.95% (n = 5) corresponde al nivel bajo, el 9.52% (n = 8) al nivel medio, y el 13.1% (n = 11) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 20.83% (n = 5), el nivel medio el 33.33% (n = 8) y el nivel alto el 45.83% (n = 11). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 25% (n = 5), el 40% (n = 8) y el 25% (n = 11) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 5.95% (n = 5) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 28.57% (n = 2), el nivel medio el 0% (n = 0) y el nivel alto el

71.43% (n = 5). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 10% (n = 2), el 0% (n = 0) y el 11.36% (n = 5) respectivamente.

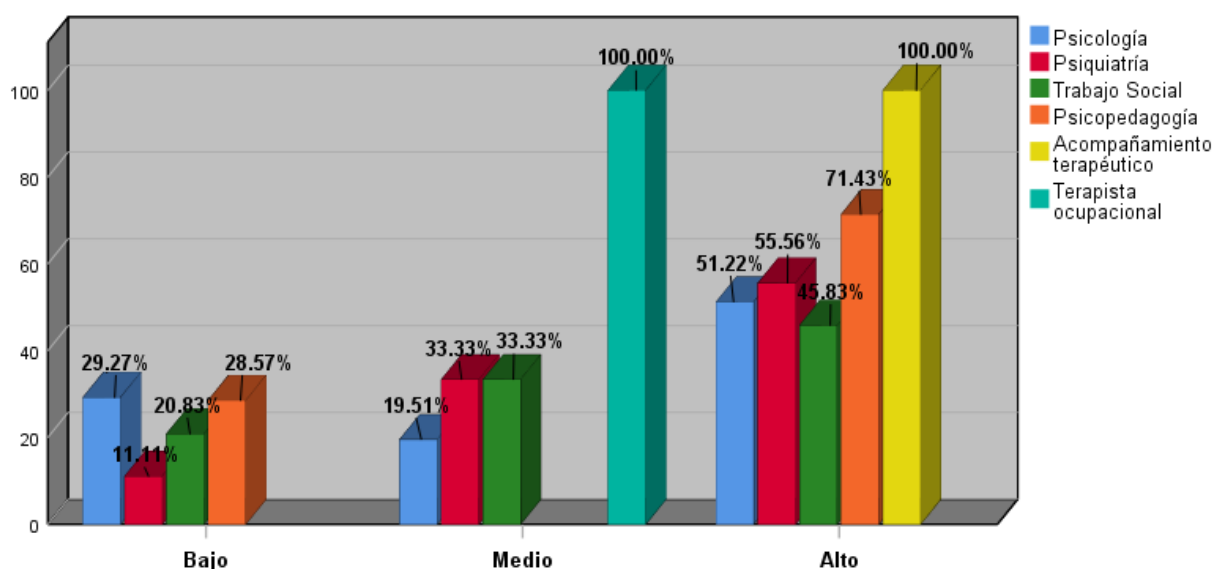
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 0% (n = 0) y el nivel alto el 100% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 0% (n = 0) y el 4.55% (n = 2) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 1) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 20), del total en nivel medio (n = 20) y del total en nivel alto (n = 44), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 5% (n = 1) y el 0% (n = 0) respectivamente.

En la **Figura 11** se observa qué, en la dimensión Relaciones interpersonales hay gran concentración de casos en nivel alto en la mayoría de las profesiones, excepto el único caso de la profesión Terapeuta Ocupacional, que se ubica en el nivel medio.

Figura 11

Niveles de riesgo psicosocial en Relaciones interpersonales en cada profesión



Se prosigue con la descripción los resultados de los tres niveles para la dimensión Inestabilidad en el trabajo, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 5.95% (n = 5) corresponde al nivel bajo, el 8.33% (n = 7) al nivel medio, y el 34.52% (n = 29) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 12.2% (n = 5), el nivel medio el 17.07% (n = 7) y el nivel alto

el 70.73% (n = 29). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 41.67% (n = 5), el 36.84% (n = 7) y el 54.72% (n = 29) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 2.38% (n = 2) al nivel medio, y el 5.95% (n = 5) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 22.22% (n = 2), el nivel medio el 22.22% (n = 2) y el nivel alto el 55.56% (n = 5). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 16.67% (n = 2), el 10.53% (n = 2) y el 9.43% (n = 5) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 3.57% (n = 3) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 19.05% (n = 16) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 12.5% (n = 3), el nivel medio el 20.83% (n = 5) y el nivel alto el 66.67% (n = 16). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 25% (n = 3), el 26.32% (n = 5) y el 30.19% (n = 16).

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 5.95% (n = 5) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 14.29% (n = 1), el nivel medio el 71.43% (n = 5) y el nivel alto el 14.29% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 8.33% (n = 1), el 26.32% (n = 5) y el 1.89% (n = 1) respectivamente.

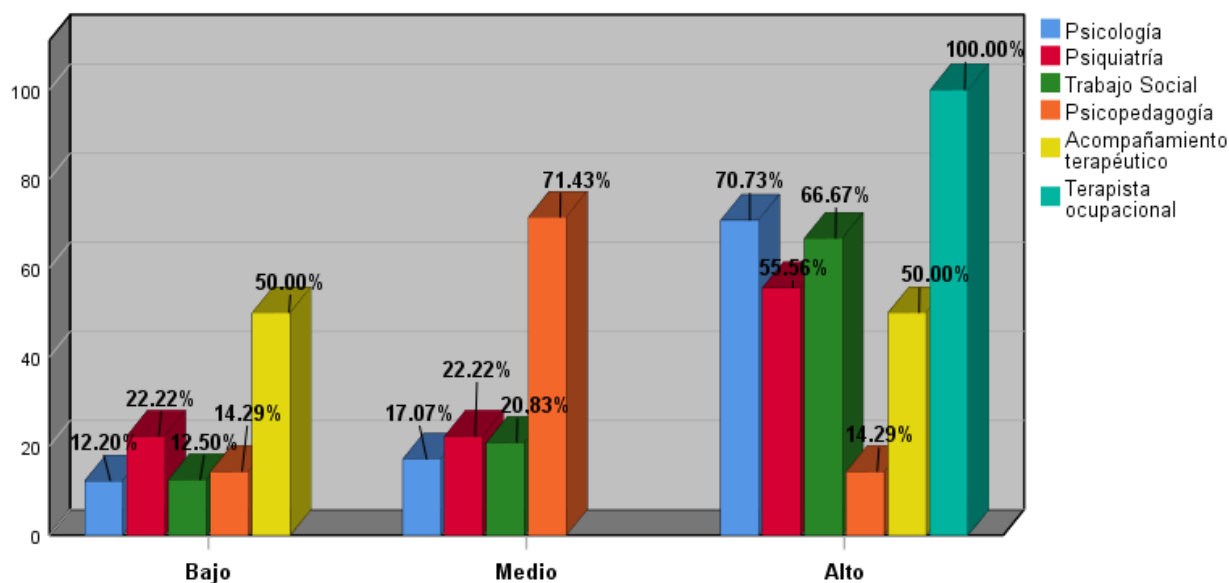
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 50% (n = 1), el nivel medio el 0% (n = 0) y el nivel alto el 50% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 8.33% (n = 1), el 0% (n = 0) y el 1.89% (n = 1) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 0% (n = 0) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 0% (n = 0) y el nivel alto el 100% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 12), del total en nivel medio (n = 19) y del total en nivel alto (n = 53), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 0% (n = 0) y el 1.89% (n = 1) respectivamente.

En la **Figura 12** se puede observar qué, en la dimensión Inestabilidad en el trabajo, casi todas las profesiones tienen la mitad o más de sus casos en nivel alto, excepto Psicopedagogía que los tiene en nivel medio.

Figura 12

Niveles de riesgo psicosocial en Inestabilidad en el trabajo en cada profesión



A continuación, se describen los resultados de los tres niveles para la dimensión Confianza, en cada profesión.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 16.67% (n = 14) corresponde al nivel bajo, el 23.81% (n = 20) al nivel medio, y el 8.33% (n = 7) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 34.15% (n = 14), el nivel medio el 48.78% (n = 20) y el nivel alto el 17.07% (n = 7). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 63.64% (n = 14), el 46.51% (n = 20) y el 36.84% (n = 7) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos (N = 84), el 1.19% (n = 1) corresponde al nivel bajo, el 7.14% (n = 6) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 11.11% (n = 1), el nivel medio el 66.67% (n = 6) y el nivel alto el 22.22% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 4.55% (n = 1), 13.95% (n = 6) y el 10.53% (n = 2) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos (N = 84), el 5.95% (n = 5) corresponde al nivel bajo, el 14.29% (n = 12) al nivel medio, y el 8.33% (n = 7) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 20.83% (n = 5), el nivel medio el 50% (n = 12) y el nivel alto el 29.17% (n = 7). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 22.73% (n = 5), el 27.91% (n = 12) y el 36.84% (n = 7) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos (N = 84), el 2.38% (n = 2) corresponde al nivel bajo, el 3.57% (n = 3) al nivel medio, y el 2.38% (n = 2) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 28.57% (n = 2), el nivel medio el 42.86% (n = 3) y el nivel

alto el 28.57% (n = 2). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 9.09% (n = 2), el 6.98% (n = 3) y el 10.53% (n = 2) respectivamente.

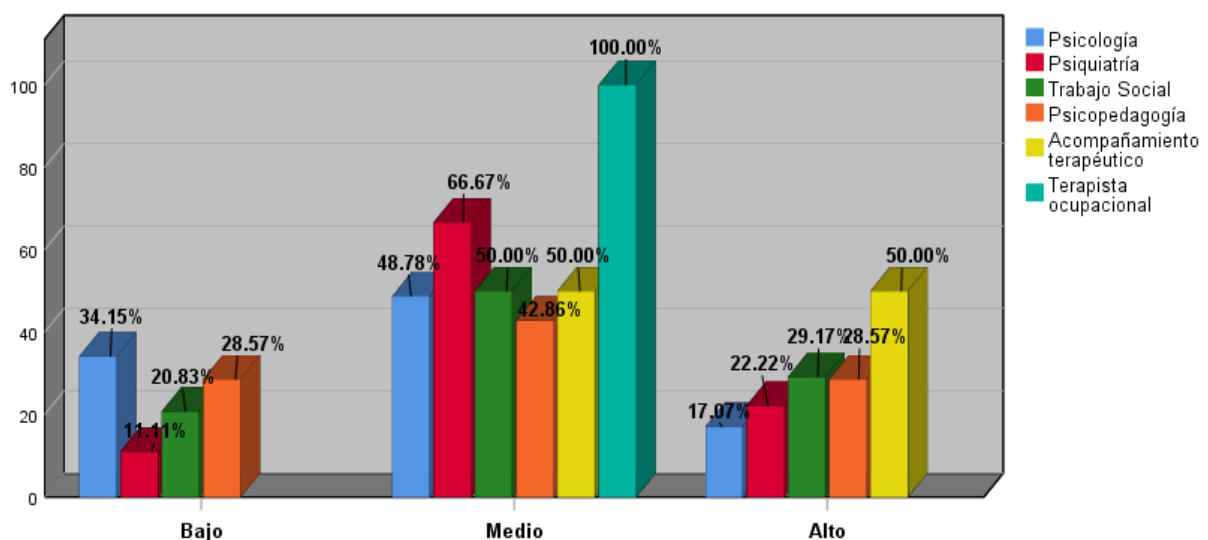
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 1.19% (n = 1) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 50% (n = 1) y el nivel alto el 50% (n = 1). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 2.33% (n = 1) y el 5.26% (n = 1) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos (N = 84), el 0% (n = 0) corresponde al nivel bajo, el 1.19% (n = 1) al nivel medio, y el 0% (n = 0) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% (n = 0), el nivel medio el 100% (n = 1) y el nivel alto el 0% (n = 0). Del total de casos en nivel bajo (n = 22), del total en nivel medio (n = 43) y del total en nivel alto (n = 19), los de ésta profesión representan el 0% (n = 0), el 2.33% (n = 1) y el 0% (n = 0) respectivamente.

En la **Figura 13** se observa que, en la dimensión Confianza, casi todas las profesiones tienen la mitad o más de sus casos en nivel medio, excepto Psicología y Psicopedagogía en las que se distribuyen entre los tres niveles.

Figura 13

Niveles de riesgo psicosocial en Confianza en cada profesión



Por último, en la dimensión Justicia laboral, respecto de los tres niveles en cada profesión, se obtuvieron los siguientes resultados.

De los 41 profesionales de Psicología, sobre el total de casos (N = 84), el 3.57% (n = 3) corresponde al nivel bajo, el 38.1% (n = 32) al nivel medio, y el 7.14% (n = 6) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 7.32% (n = 3), el nivel medio el 78.05% (n = 32) y el nivel alto el 14.63% (n = 6). Del total de casos en nivel bajo (n = 3), del total en nivel medio (n = 62) y del

total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 100% ($n = 3$), el 51.61% ($n = 32$) y el 31.58% ($n = 6$) respectivamente.

De los 9 profesionales de Psiquiatría, sobre el total de casos ($N = 84$), el 0% ($n = 0$) corresponde al nivel bajo, el 7.14% ($n = 6$) al nivel medio, y el 3.57% ($n = 3$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% ($n = 0$), el nivel medio el 66.67% ($n = 6$) y el nivel alto el 33.33% ($n = 3$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 3$), del total en nivel medio ($n = 62$) y del total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 0% ($n = 0$), el 9.68% ($n = 6$) y el 15.79% ($n = 3$) respectivamente.

De los 24 profesionales de Trabajo Social, sobre el total de casos ($N = 84$), el 0% ($n = 0$) corresponde al nivel bajo, el 20.24% ($n = 17$) al nivel medio, y el 8.33% ($n = 7$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% ($n = 0$), el nivel medio el 70.83% ($n = 17$) y el nivel alto el 29.17% ($n = 7$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 3$), del total en nivel medio ($n = 62$) y del total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 0% ($n = 0$), el 27.42% ($n = 17$) y el 36.84% ($n = 7$) respectivamente.

De los 7 profesionales de Psicopedagogía, sobre el total de casos ($N = 84$), el 0% ($n = 0$) corresponde al nivel bajo, el 4.76% ($n = 4$) al nivel medio, y el 3.57% ($n = 3$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% ($n = 0$), el nivel medio el 57.14% ($n = 4$) y el nivel alto el 42.86% ($n = 3$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 3$), del total en nivel medio ($n = 62$) y del total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 0% ($n = 0$), el 6.45% ($n = 4$) y el 15.79% ($n = 3$) respectivamente.

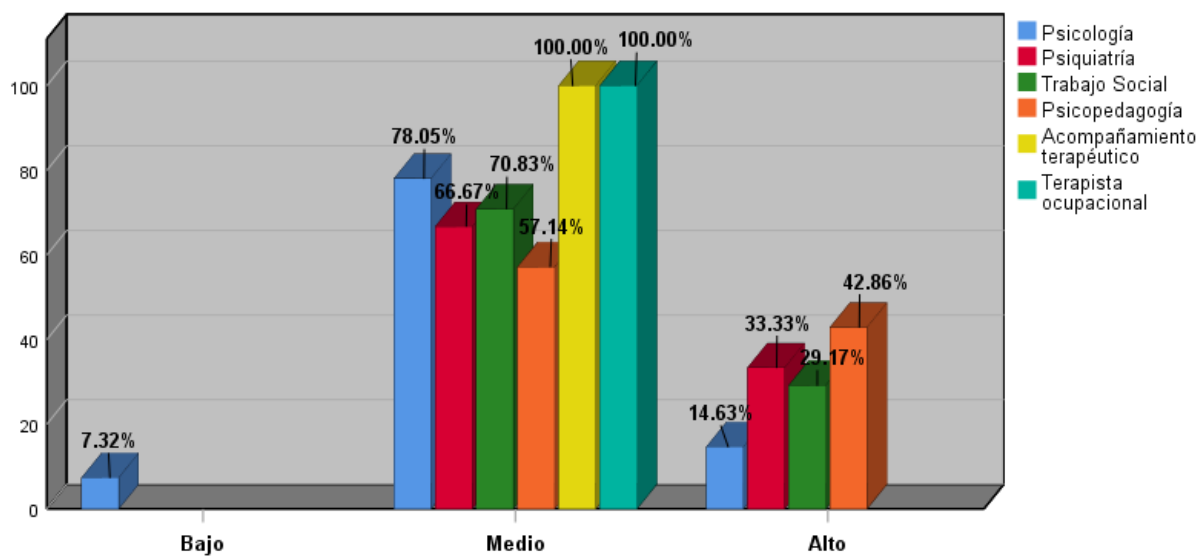
De los 2 profesionales de Acompañamiento terapéutico, sobre el total de casos ($N = 84$), el 0% ($n = 0$) corresponde al nivel bajo, el 2.38% ($n = 2$) al nivel medio, y el 0% ($n = 0$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% ($n = 0$), el nivel medio el 100% ($n = 2$) y el nivel alto el 0% ($n = 0$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 3$), del total en nivel medio ($n = 62$) y del total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 0% ($n = 0$), el 3.23% ($n = 2$) y el 0% ($n = 0$) respectivamente.

Del único Terapeuta Ocupacional, sobre el total de casos ($N = 84$), el 0% ($n = 0$) corresponde al nivel bajo, el 1.19% ($n = 1$) al nivel medio, y el 0% ($n = 0$) al nivel alto. Dentro de ésta profesión, el nivel bajo representa el 0% ($n = 0$), el nivel medio el 100% ($n = 1$) y el nivel alto el 0% ($n = 0$). Del total de casos en nivel bajo ($n = 3$), del total en nivel medio ($n = 62$) y del total en nivel alto ($n = 19$), los de ésta profesión representan el 0% ($n = 0$), el 1.61% ($n = 1$) y el 0% ($n = 0$) respectivamente.

En la **Figura 14** se observa que, en la dimensión Justicia laboral, todas las profesiones tienen la mitad o más de sus casos en nivel medio, completándose la distribución con casos en nivel alto, excepto Psicología, que es la única que tiene un porcentaje menor de casos también en nivel bajo.

Figura 14

Niveles de riesgo psicosocial en Justicia laboral en cada profesión



En la **Tabla F6** se sintetiza la distribución de los niveles de riesgos psicosociales en cada una de las profesiones, en porcentajes relativos a la cantidad de profesionales en cada una de ellas.

Resultados del análisis correlacional

Para éste proceso se ha utilizado la escala de interpretación del coeficiente de correlación de la **Tabla 16**, teniendo en cuenta las particularidades de cada interpretación de acuerdo a los tipos de variables.

Tabla 16

Interpretación del coeficiente de correlación

Coeficiente	Interpretación
-0.90	Correlación negativa muy fuerte.
-0.75	Correlación negativa considerable.
-0.50	Correlación negativa media.
-0.25	Correlación negativa débil.
-0.10	Correlación negativa muy débil.
0.00	No existe correlación alguna entre las variables.
0.10	Correlación positiva muy débil.
0.25	Correlación positiva débil.
0.50	Correlación positiva media.
0.75	Correlación positiva considerable.
0.90	Correlación positiva muy fuerte.
1.00	Correlación positiva perfecta

Nota. La tabla ha sido construida con información extraída de *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, por R. Hernández-Sampieri y C.P Mendoza Torres, 2018, p. 346. Copyright by MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.

Variables demográficas y niveles de burnout

Los resultados de las pruebas de correlación de Spearman pueden consultarse en la **Tabla F7**.

La edad, el género, el estado civil, la profesión, la formación de posgrado, el tiempo que lleva ejerciendo la profesión, el tiempo que lleva trabajando en la misma institución (antigüedad), los turnos de trabajo, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, tener que llevar trabajo a la casa, resultaron no tener relación con ninguna de las tres dimensiones: Síndrome de burnout ($p > .05$), Antecedentes ($p > .05$) y Consecuencias ($p > .05$).

La relación laboral mostró tener relación muy significativa débil con la dimensión Síndrome de burnout ($p < .005$, $r = -.352$), mientras que no tuvo relación con Antecedentes ($p > .05$) ni con Consecuencias ($p > .05$). La prueba de Kruskal-Wallis, según se observa en la **Tabla F9**, indica una diferencia significativa ($p < .05$) de rangos de niveles de Síndrome entre las categorías de relación

laboral. Mostrando mayores niveles en profesionales en planta permanente, luego les siguen aquellos que cubren una suplencia. Otras categorías, como contrato, interinato, etc. presentan menores niveles de burnout, pero no hay un patrón lineal claro entre las categorías laborales. En éste caso, la correlación de Spearman sugiere una tendencia global, pero la relación no es estrictamente lineal, sino que hay fluctuaciones en los niveles de burnout dependiendo del tipo de relación laboral.

La cantidad de horas semanales de trabajo tiene relación muy significativa, positiva débil con las dimensiones Síndrome de burnout ($p < .005$, $r = .311$) y Consecuencias ($p < .001$, $r = .377$), mientras que, con la dimensión Antecedentes, no mostró relación ($p > .05$). La cantidad de personas que atienden en una jornada laboral habitual en la institución, tuvo relación significativa, positiva, débil con la dimensión Síndrome de burnout ($p < .05$, $r = .264$) y con Consecuencias ($p < .05$, $r = .257$), mientras que, con la dimensión Antecedentes, tiene una relación muy significativa, positiva, débil ($p < .01$, $r = .288$). La cantidad de guardias que realizan al mes, sólo mostró relación con la dimensión Antecedentes de burnout, siendo significativa, negativa, débil ($p < .05$, $r = -.223$).

Tabla 17

Resumen de relaciones entre variables demográficas y burnout

Variables demográficas	Dimensiones de Burnout		
	Síndrome	Antecedentes	Consecuencias
Edad	NO	NO	NO
Género	NO	NO	NO
Estado civil	NO	NO	NO
¿Tiene hijos?	NO	NO	NO
Profesión	NO	NO	NO
Posgrado	NO	NO	NO
Relación laboral	MSND	NO	NO
Tiempo de ejercicio de la profesión	NO	NO	NO
Antigüedad en la institución	NO	NO	NO
Turnos de trabajo	NO	NO	NO
Cantidad de horas que trabaja	MSPD	NO	MSPD
¿Tiene otro trabajo?	NO	NO	NO
Cantidad de personas que atiende	SPD	MSPD	SPD
Cantidad de guardias	NO	SND	NO
¿Lleva trabajo a la casa?	NO	NO	NO

Nota. Para reducir el tamaño de la tabla, se utilizaron las siguientes siglas para los distintos tipos de relaciones: SPD (significativa, positiva, débil), MSPD (muy significativa, positiva, débil), SND (significativa, negativa, débil) y NO (no existe relación).

Variables demográficas y niveles de riesgos psicosociales

Los resultados de las pruebas de correlación de Spearman pueden consultarse en la **Tabla F10**.

Entre la edad y las dimensiones de riesgo psicosocial Exigencias en el trabajo, Doble presencia, Organización del trabajo, Relaciones interpersonales y Justicia laboral, no existió relación ($p > .05$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo mostró relación significativa, negativa media ($p < .05$, $r = -.263$) y con Confianza tuvo relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .235$).

El género no tuvo relación ($p > .05$) con las dimensiones Doble presencia, Organización del trabajo, Relaciones interpersonales, Inestabilidad en el trabajo, Confianza y Justicia laboral. Con la dimensión Exigencias en el trabajo existió relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .232$), la prueba de Kruskal-Wallis también mostró diferencia significativa ($p < .05$) de niveles de riesgo entre las categorías de género, observando en la **Tabla F12** mayores niveles en profesionales mujeres.

Entre el estado civil y las dimensiones de riesgo psicosocial Exigencias en el trabajo, Doble presencia, Organización del trabajo, Inestabilidad en el trabajo, Confianza, Justicia laboral, no existió relación ($p > .05$). Con Relaciones interpersonales existió relación significativa, negativa, débil ($p < .05$, $r = -0.224$), observando en la **Tabla F14** una diferencia significativa ($p < .05$) de niveles altos de riesgo, en profesionales solteros o que están en pareja, y bajos en separados o divorciados.

Tener o no hijos, mostró no tener relación ($p > .05$) con ninguna dimensión del COPSOQ-ARG.

La profesión mostró relación sólo con la dimensión Exigencias en el trabajo, significativa, positiva débil ($p < .05$, $r = .25$), mientras que con el resto de las dimensiones no tiene relación ($p > .05$). Sin embargo, la prueba de Kruskal-Wallis, según **Tabla F15** no mostró diferencia significativa de niveles entre categorías de profesiones en ninguna dimensión.

La formación de posgrado, no mostró relación con ninguna dimensión de riesgo psicosocial.

El tipo de relación laboral mostró tener relación significativa negativa muy débil ($p < .05$, $r = -.221$) con la dimensión Exigencias en el trabajo. La prueba de Kruskal-Wallis, mostro mayores niveles de riesgo en profesionales en planta permanente o en los que cubrían suplencias. Con Inestabilidad en el trabajo mostró relación significativa positiva débil ($p < .05$, $r = .270$), observándose mayores niveles de riesgo en relación laboral por contratos, suplencias y residencias. Con la dimensión Confianza tuvo relación muy significativa negativa débil ($p < .01$, $r = -.200$), encontrándose mayores niveles de riesgo en profesionales en planta permanente. Con el resto de las dimensiones, no se encontraron relaciones ($p > .05$).

Entre el tiempo de ejercicio de la profesión y las dimensiones de riesgo: Exigencias en el trabajo, Doble presencia, Organización del trabajo y Relaciones interpersonales y Justicia laboral, no existió relación ($p > .05$). Mientras que, con la dimensión Inestabilidad en el trabajo hubo relación muy significativa, negativa media ($p < .01$, $r = -.3$). Con la dimensión Confianza existió relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .236$).

Entre la variable demográfica antigüedad en la institución y las dimensiones de riesgo psicosocial: Exigencias en el trabajo, Doble presencia, Organización del trabajo, Relaciones interpersonales y Justicia laboral, no existió relación ($p > .05$). Mientras que, con la dimensión

Inestabilidad en el trabajo existió relación significativa, negativa débil ($p < .05$, $r = -.254$) y con la dimensión Confianza existió relación muy significativa, positiva débil ($p < .005$, $r = .322$).

El turno de trabajo mostró relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .249$) con la dimensión Justicia laboral. Mientras que, con el resto de dimensiones no tuvo relación ($p > .05$). Sin embargo, según **Tabla F17**, hay diferencias significativas ($p < .05$) de niveles de riesgo entre categorías de turnos de trabajo, sólo para la dimensión Exigencias en el trabajo, siendo mayor el riesgo en los que trabajan solo de mañana.

Entre la cantidad de horas semanales que trabajaban en la institución y la dimensión Exigencias en el trabajo, existió relación muy significativa, positiva débil ($p < .002$, $r = .367$), y con Doble presencia tiene relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .247$). Con la dimensión Organización del trabajo, Relaciones interpersonales, Inestabilidad en el trabajo, Confianza y Justicia laboral, no tuvo relación ($p > .05$).

Tener otro trabajo o ejercer la profesión también fuera de la institución, no tuvo relación con ninguna dimensión de riesgo psicosocial ($p > .05$).

Entre la cantidad de personas que atendían en una jornada laboral habitual y la dimensión Exigencias en el trabajo, existió relación significativa, positiva débil ($p < .05$, $r = .276$). Con la dimensión Doble presencia no existió relación ($p > .05$). Con la dimensión Organización del trabajo existió relación significativa, positiva débil ($p < .05$, $r = .25$). Con la dimensión Relaciones interpersonales existió relación muy significativa, positiva débil ($p < .005$, $r = .314$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo existió relación significativa, negativa, muy débil ($p < .05$, $r = -.227$). Con la dimensión Confianza existió relación muy significativa, positiva débil ($p < .001$, $r = .43$). Con la dimensión Justicia laboral existió relación significativa, positiva débil ($p < .05$, $r = .269$).

La cantidad de guardias realizadas en un mes, mostró relación significativa, negativa débil ($p < .05$, $r = -.262$) con la dimensión Confianza, mientras que, con el resto de las dimensiones no tuvo relación ($p > .05$).

Tener que llevar trabajo a la casa, mostró no tener relación con ninguna dimensión de riesgo psicosocial ($p > .05$).

Tabla 18*Resumen de relaciones entre variables demográficas y riesgos psicosociales*

Variables demográficas	Dimensiones de riesgos psicosociales						
	ET	DP	OT	RI	IT	CONF.	JL
Edad	NO	NO	NO	NO	SNM	SPMD	NO
Género	SPMD	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Estado civil	NO	NO	NO	SND	NO	NO	NO
¿Tiene hijos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Profesión	SPD	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Formación de posgrado	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Relación laboral	SNMD	NO	NO	NO	SPD	MSND	NO
Tiempo de ejercicio de la profesión	NO	NO	NO	NO	MSNM	SPMD	NO
Antigüedad en la institución	NO	NO	NO	NO	SND	MSPD	NO
Turnos de trabajo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SPMD
Cantidad de horas que trabaja	MSPD	SPMD	NO	NO	NO	NO	NO
¿Tiene otro trabajo?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cantidad de personas que atiende	SPD	NO	SPD	MSPD	SNMD	MSPD	SPD
Cantidad de guardias	NO	NO	NO	NO	NO	SND	NO
¿Lleva trabajo a la casa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Nota. Para reducir el tamaño de la tabla, se utilizaron las siguientes siglas para los distintos tipos de relaciones: SNM (significativa, negativa, media), SPMD (significativa, positiva, muy débil), MSNM (muy significativa, negativa, media), MSND (muy significativa, negativa débil), SND (significativa, negativa, débil), MSPD (muy significativa, positiva, débil), SPD (significativa, positiva, débil), SNMD (significativa, negativa, muy débil) y NO (no existe relación).

Niveles de burnout y riesgos psicosociales

Entre la sub-dimensión Cansancio emocional del CBB y la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG existió relación muy significativa, positiva media ($p < .001$, $r = .578$); tiene relación muy significativa, positiva, débil con las dimensiones Doble presencia ($p < .001$, $r = .422$), Organización del trabajo ($p < .005$, $r = .346$), Relaciones interpersonales ($p < .001$, $r = .466$), Confianza ($p < .005$, $r = .348$) y con Justicia laboral ($p < .001$, $r = .507$). Con Inestabilidad en el trabajo no existió relación ($p > .05$).

La sub-dimensión Despersonalización del CBB tiene relación muy significativa, positiva, débil, con la dimensión Exigencias en el trabajo ($p < .001$, $r = .389$) y Doble presencia ($p < .01$, $r = .283$). Con las dimensiones Organización del trabajo, Relaciones interpersonales, Inestabilidad en el trabajo y Confianza no tiene relación ($p > .05$). Pero con la dimensión Justicia laboral tiene relación significativa, positiva muy débil ($p < .05$, $r = .218$).

Entre la sub-dimensión Realización personal del CBB y la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG existió relación muy significativa, positiva media ($p < .001$, $r = .569$). Tiene relación muy significativa, positiva, débil con las dimensiones Doble presencia débil ($p < .001$, $r = .403$), Organización del trabajo ($p < .001$, $r = .407$), Relaciones interpersonales ($p < .001$, $r = .483$), Confianza ($p < .001$, $r = .454$), Justicia laboral ($p < .001$, $r = .413$). Con Inestabilidad en el trabajo existió relación muy significativa, negativa débil ($p < .005$, $r = -.312$).

La sub-dimensión Características de la tarea del CBB tiene relación muy significativa, positiva, débil con las dimensiones del COPSOQ-ARG: Exigencias en el trabajo ($p < .001$, $r = .437$), Confianza ($p < .01$, $r = .3$) y Justicia laboral ($p < .005$, $r = .338$). Tiene relación significativa, positiva, débil con Organización del trabajo ($p < .05$, $r = .217$) y Relaciones interpersonales ($p < .05$, $r = .259$). Con las dimensiones Doble presencia e Inestabilidad en el trabajo no existió relación ($p > .05$).

Entre la sub-dimensión Organización del CBB y la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG no existió relación ($p > .05$). Con la dimensión Doble presencia existió relación significativa, positiva débil ($p < .05$, $r = .267$). Tiene relación muy significativa, positiva débil con Organización del trabajo ($p < .001$, $r = .373$), Relaciones interpersonales ($p < .001$, $r = .639$), Confianza ($p < .001$, $r = .483$) y Justicia laboral ($p < .001$, $r = .358$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo no existió relación ($p > .05$).

La sub-dimensión Tedio del CBB tiene relación muy significativa, positiva, débil con las dimensiones Exigencias en el trabajo ($p < .001$, $r = .437$), Doble presencia ($p < .005$, $r = .343$), Organización del trabajo ($p < .001$, $r = .484$), Relaciones interpersonales ($p < .005$, $r = .364$), Confianza ($p < .01$, $r = .3$) y Justicia laboral ($p < .005$, $r = .356$), del COPSOQ-ARG. Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo no existió relación ($p > .05$).

En la **Tabla 19** se resumen los resultados de las pruebas de correlación hasta aquí descriptos.

Tabla 19*Relaciones entre subdimensiones de Síndrome de burnout y riesgos psicosociales*

Dimensiones de riesgos psicosociales	Sub-dimensiones de Síndrome de Burnout					
	Cansancio emocional	Desperson alización	Realización personal	Caract. de la tarea	Organización	Tedio
Exigencias en el trabajo	MSPM	MSPD	MSPM	MSPD	NO	MSPD
Doble presencia	MSPD	MSPD	MSPD	NO	SPD	MSPD
Organización del trabajo	MSPD	NO	MSPD	MSPMD	MSPD	MSPD
Relaciones interpersonales	MSPD	NO	MSPD	SPD	MSPM	MSPD
Inestabilidad en el trabajo	NO	NO	MSNM	NO	NO	NO
Confianza	MSPD	NO	MSPD	MSPD	MSPD	MSPD
Justicia laboral	MSPM	MSPMD	MSPD	MSPD	MSPD	MSPD

Nota. Para facilitar la organización de la tabla, se utilizaron las siglas SPD (relación significativa, positiva, débil), MSPM (relación muy significativa, positiva, media), MSPD (relación muy significativa, positiva, débil), MSPMD (relación muy significativa, positiva, muy débil), MSNM (relación muy significativa, negativa, media), y NO (no existe relación).

En total son 42 pruebas de correlación (6 sub-dimensiones del CBB por 7 dimensiones del COPSOQ-ARG), de las cuales 28 resultaron relaciones muy significativas ($p < .01$), 4 significativas ($p < .05$), y 10 nulas ($p > .05$). De las 28 relaciones muy significativas, 23 son positivas débiles, 4 positivas media y 1 negativa media. Es decir, el 66.67% de las pruebas resultaron relaciones muy significativas, de las cuales, el 82.14% son muy significativas débiles, éstas representan el 54.76% de relaciones sobre el total de las 42 pruebas.

Entre la dimensión Síndrome de burnout del CBB y la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG existió relación muy significativa, positiva media ($p < .001$, $r = .660$). También tiene relación muy significativa, positiva pero débil con las dimensiones Doble presencia ($p < .001$, $r = .448$), Organización del trabajo ($p < .005$, $r = .320$), Relaciones interpersonales ($p < .001$, $r = .477$), Confianza ($p < .001$, $r = .409$), Justicia laboral ($p < .001$, $r = .483$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo no existió relación ($p > .05$).

La dimensión Antecedentes del CBB tiene relación muy significativa, positiva débil con las dimensiones Exigencias en el trabajo ($p < .001$, $r = .495$), Doble presencia ($p < .001$, $r = .338$), Organización del trabajo ($p < .001$, $r = .494$) del COPSOQ-ARG. Tiene relación muy significativa,

positiva media con las dimensiones Relaciones interpersonales ($p < .001$, $r = .577$), Confianza ($p < .001$, $r = .501$) y Justicia laboral ($p < .001$, $r = .520$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo no tiene relación ($p > .05$).

Entre la dimensión Consecuencias del CBB y la dimensión Exigencias en el trabajo del COPSOQ-ARG existió relación muy significativa, positiva media ($p < .001$, $r = .586$). Tiene relación muy significativa, positiva débil con las dimensiones Doble presencia ($p < .001$, $r = .381$), Organización del trabajo ($p < .005$, $r = .371$), Relaciones interpersonales ($p < .005$, $r = .332$), Confianza ($p < .01$, $r = .285$) y Justicia laboral ($p < .001$, $r = .423$). Con la dimensión Inestabilidad en el trabajo no tiene relación ($p > .05$).

En la **Tabla 20** se resumen los resultados de las pruebas de correlación descriptos.

Tabla 20

Relaciones entre dimensiones de Burnout y de riesgos psicosociales

Dimensiones de riesgos psicosociales	Dimensiones de Burnout		
	Síndrome	Antecedentes	Consecuencias
Exigencias en el trabajo	MSPM	MSPD	MSPM
Doble presencia	MSPD	MSPD	MSPD
Organización del trabajo	MSPD	MSPD	MSPD
Relaciones interpersonales	MSPD	MSPM	MSPD
Inestabilidad en el trabajo	NO	NO	NO
Confianza	MSPD	MSPM	MSPD
Justicia laboral	MSPD	MSPM	MSPD

Nota. Para reducir el tamaño de la tabla, se utilizaron las siglas MSPD (relación muy significativa, positiva, débil), MSPM (relación muy significativa, positiva, media) y NO (no existe relación).

Resumiendo, en total son 21 pruebas de correlación (3 dimensiones del CBB por 7 dimensiones del COPSOQ-ARG), de las cuales 18 resultaron relaciones muy significativas, y 3 resultaron nulas. De esas 18 relaciones muy significativas, el 72.22% son positivas débiles (representando el 61.90% del total de 21 pruebas) y el 27.78% restante son relaciones positivas, pero con magnitud media. Las 3 relaciones nulas corresponden a la dimensión de riesgo psicosocial de Inestabilidad en el trabajo con las dimensiones de Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de Burnout.

Capítulo 5. Discusión

En cuanto a los niveles de Síndrome de burnout sobre el total de casos (ver **Figura 1**), los resultados de éste trabajo se aproximan a los de Rivera Delgado (1997), quien obtuvo que el 25% de la población reportaba niveles bajos de afectación, el 50% presentaba niveles moderados (48.81% en éste trabajo) y otro 25% se localizaba dentro del nivel alto de afectación por Burnout, mostrándose, un leve corrimiento de la distribución de casos hacia el nivel alto (26.19% en la muestra de éste trabajo).

De manera similar a Zaldúa y otros (2000) quienes obtienen en sus resultados mayores porcentajes en Despersonalización del Burnout, en éste trabajo, según la **Tabla 15**, representa la mayor concentración de casos con alta afectación en términos absolutos respecto de las otras sub-escalas, y según la **Tabla F4**, la mayor cantidad esos casos corresponde a profesionales de Psicología. Esto podría indicar que, en esos profesionales, posiblemente existan actitudes distantes y frías hacia otras personas (compañeros, personas atendidas o asistidas, etc.), también pueden mostrar irritabilidad en aumento y una pérdida de motivación, producto de la Despersonalización. Por otro lado, el Cansancio Emocional, en su nivel no afectado, concentra el 72.62% del total de profesionales. Entonces, teniendo en cuenta la mayor cantidad de casos afectados por Despersonalización y la mayor cantidad de casos no afectados por Cansancio Emocional, y por lo dicho de los Modelos conceptuales del Síndrome de burnout en la Perspectiva teórica, siguiendo el modelo de Golembiewski y otros (1986) citado en Moreno Jiménez y otros (1991), podemos pensar que, los profesionales que conformaron la muestra de éste estudio, se encuentran en una fase inicial del Síndrome de Burnout, donde el 17.86% de los profesionales al estar altamente afectado en la dimensión Despersonalización, indican la posibilidad de que, en ellos, se produzca la evolución hacia la fase de falta de Realización Personal. Esto es congruente con los indicadores de la dimensión global de Síndrome de Burnout, donde puede pensarse una tendencia del 48.81% ($n = 41$) de profesionales en nivel medio, que podrían evolucionar al nivel alto, que ya concentra al 26.19% ($n = 22$). Por otro lado, la Despersonalización mostró relación muy significativa, positiva débil, con las dimensiones de riesgos psicosociales Exigencias en el trabajo ($p < .001$, $r = .389$) Doble presencia ($p < .01$, $r = .283$), lo cual puede entenderse con el 99% de confianza como que, no necesariamente aumentos del nivel de riesgo de esas dimensiones implican aumento de afectación en Despersonalización. Aunque la magnitud de la relación sea débil, es muy significativa y los resultados indican preponderancia de los niveles de riesgo medios y altos en ambas dimensiones, que se reflejan en los niveles de afectación en Despersonalización, y la debilidad se muestra en la diferencia de concentración de casos en niveles medios y altos en ambas dimensiones frente a los niveles de afectación en Despersonalización.

Teniendo en cuenta que la Despersonalización se manifiesta, en parte, en los vínculos con los otros, puede resultar interesante pensar su relación con la dimensión Relaciones interpersonales de riesgo psicosocial. Como puede observarse en la **Figura 6**, y como ya se dijo, los niveles de riesgo en ésta dimensión implican un cambio de tendencia respecto de las otras, concentrando el nivel alto de riesgo al 52.38% ($n = 44$) de profesionales sobre el total de casos. Sin embargo, no mostró relación con los niveles de Despersonalización. Esto quiere decir que, los cambios en los niveles de riesgo psicosocial

en Relaciones interpersonales, que evalúa la posibilidad de disponer información adecuada que permita realizar el trabajo de manera eficaz, la claridad de rol y conflictos de rol, calidad de liderazgo, apoyo por parte de sus pares, apoyo por parte de superiores, sentimiento de grupo, no implicarán cambios en los niveles de Despersonalización como parte del proceso de Burnout, que evalúa el nivel de los efectos que el estrés del trabajo tiene en el vínculo del profesional con sus clientes y compañeros. Sin embargo, los niveles de riesgo en la dimensión Relaciones interpersonales sí mostró relación muy significativa, positiva, débil con los niveles de Cansancio Emocional ($p < .001$, $r = .466$) y con Realización Personal ($p < .001$, $r = .483$) y, lo que es coherente, con la dimensión global de Síndrome de burnout ($p < .001$, $r = .477$). Estas relaciones indican que, aumentos de niveles de riesgo en la dimensión Relaciones interpersonales pueden implicar aumentos en Cansancio Emocional y en dificultad para la Realización Personal y, por lo tanto, producir Burnout. Entonces podemos considerar los aspectos evaluados por la esa dimensión, como posibles Antecedentes de Burnout. Esto se confirma por la relación muy significativa, positiva media ($p < .001$, $r = .577$) que mostró la dimensión Relaciones interpersonales con Antecedentes de Burnout. Según Gil-Monte (2002) las tensiones y conflictos prolongados en las relaciones de los profesionales con los usuarios y con los compañeros, aumentan los niveles del síndrome en esos trabajadores (p. 27).

De manera contraria a Zaldúa y otros (2000), que además encuentran altas puntuaciones en Manifestaciones del Burnout, en éste trabajo, según la **Figura 1**, esa dimensión tiene una distribución relativamente equilibrada, con preponderancia del nivel medio, lo cual también contrasta con el hallazgo de Cialzeta (2013), en donde el 84%, de profesionales estuvo críticamente afectado por las consecuencias de Burnout, resultando aquí sólo el 38.10% del total de casos.

A diferencia de Casari y otros (2015), quienes encuentran que la prevalencia de indicadores de burnout obtenidos es baja y los trabajadores sociales son los profesionales que se encontrarían en mayor riesgo de padecerlo, en el presente estudio, la mayor concentración de casos en la dimensión Síndrome de burnout se ubica en el nivel medio, 48.81% ($n = 41$), y el nivel alto representa el 26.19% ($n = 22$). De ese total de casos en nivel medio, Trabajo Social representa el 26.83% ($n = 11$) y Psicología el 46.34% ($n = 19$); del total de casos en nivel alto en esa dimensión, Trabajo Social representa el 31.82% ($n = 7$) y Psicología el 40.91% ($n = 9$). Por lo tanto, en éste trabajo, no serían los trabajadores sociales sino los psicólogos lo más afectados en niveles medio y alto por el Síndrome de Burnout. Sin embargo, debido al diseño de la investigación, es necesario tener en cuenta los porcentajes relativos dentro de cada profesión: en Trabajo Social, los casos en nivel medio representan el 45.83% ($n = 11$) y el nivel alto el 29.17% ($n = 7$) y en Psicología, los casos en nivel medio representan el 46.34% ($n = 19$) y en el nivel alto el 21.95% ($n = 9$). Desde éste punto de vista, ambas profesiones están cercanas en su distribución de casos en niveles medios y altos.

Sánchez (2015) encuentra una mayor prevalencia de síndrome de burnout en trabajadores sociales y psicólogos con edad entre 45 y 49 años y 30 y 34 años, mientras que aquí resultó que, la mayor cantidad de casos en nivel alto en la dimensión Síndrome de Burnout, está conformada por

profesionales con más de 30 años y hasta 40 años que representan el 54.55% ($n = 12$), y aquellos de 40 y hasta 50 años, el 27.3% de casos en ese nivel de esa dimensión.

En comparación con la investigación de Vissicchio & Diez (2018), sus hallazgos del nivel de afectación del síndrome de burnout y de Antecedentes del burnout similares para el total de trabajadores, 40% medio-alto y 30% alto respectivamente, se acercan a los resultados en la muestra de éste estudio, representando aquí el nivel medio de síndrome de burnout el 48.81% del total de profesionales. Sin embargo, en la dimensión Antecedentes, el resultado es notablemente diferente: solo un caso se ubica en el nivel alto de esa dimensión, en tanto el nivel medio concentra el 40.48% ($n = 34$) de profesionales, y el nivel bajo predomina con el 58.33% ($n = 49$) de profesionales. Respecto de las Consecuencias de Burnout, los resultados difieren aproximadamente, en torno a la mitad: allí, el 65% padece las consecuencias del burnout a nivel físico, psíquico y social, mientras que aquí la distribución es equilibrada entre los tres niveles, bajo (30.95%), medio (38.10%) y alto (30.95%). De manera contraria al Cansancio Emocional propiciado por las condiciones de trabajo descritas en ese trabajo, aquí se obtuvo más de la mitad de profesionales en nivel no afectados por el Cansancio Emocional.

Por otra parte, las autoras ubican los niveles de burnout resultantes, en un contexto general de sustracción de recursos del sistema público de salud como ser, precarizaciones en las condiciones de contratación, falta de recursos para enfrentar la demanda de los usuarios, etc. En el presente trabajo, se hallaron más de la mitad (63.10%, $n = 53$) de profesionales en nivel alto de riesgo en la dimensión Inestabilidad en el trabajo. Sin embargo, ésta dimensión no mostró relación ni con Cansancio Emocional, ni con Despersonalización del Burnout, pero con Realización Personal mostró tener una relación muy significativa negativa débil ($p < .005$, $r = -.312$). Cabe recordar que el 83.33% ($n = 70$) de los profesionales resultaron no afectados en dificultad para la Realización Personal.

Que la relación entre ambas variables sea muy significativa, indica con el 99% de confianza, que no se debe al azar; mientras que el coeficiente negativo débil, permite pensar que no siempre un aumento del nivel de riesgo en la dimensión Inestabilidad en el trabajo implica una disminución en el nivel de afectación en dificultad para la Realización Personal en el trabajo (o viceversa) propia del Burnout. Pero, aunque sea débil, la relación existe y es muy significativa, y posiblemente, una interpretación adecuada al contexto de éste trabajo pueda ser que, el aumento del nivel de riesgo en Inestabilidad en el trabajo implica que los profesionales afectados, al enfrentarse a la inseguridad en el empleo, a la flexibilización laboral en la institución en la que trabajan, y a la preocupación por el futuro en relación al mercado de trabajo (precariedad laboral, empleo estable), los haga reafirmar la valoración por su empleo en la institución y su desempeño en él, lo cual puede producir una disminución del nivel de afectación en la dificultad de sentir Realización Personal en su trabajo. Sin embargo, al no cambiar las condiciones del entorno laboral, es posible que los sentimientos de Realización Personal como modo de afrontar una situación de amenaza de la estabilidad laboral, dejen de ser efectivos, y el proceso de burnout continúe desde elevados niveles de afectación en Despersonalización, hacia elevados niveles de afectación en la dificultad para la Realización Personal y finalmente elevado nivel de Cansancio Emocional.

En el trabajo de Polacov y otros (2021), los casos con alto riesgo de Burnout, resultaron asociados a variables como: ser soltero ($p < 0.009$), trabajar más de 60 horas ($p < 0.001$), tener entre 20 y 29 años ($p < 0.0005$), tener menos de cinco años de profesión ($p < 0.0002$); tener hijos ($p < 0.006$). Mientras que, en éste trabajo, estado civil, edad, antigüedad en la profesión y la situación de tener o no hijos no están relaciones ($p > .05$) ni con Síndrome, ni con Antecedentes, ni con Consecuencias de Burnout, sin embargo, la cantidad de horas semanales de trabajo tiene relación muy significativa, positiva débil con las dimensiones Síndrome de burnout ($p < .005$, $r = .311$) y Consecuencias de burnout ($p < .001$, $r = .377$), mientras que, con Antecedentes de burnout no tiene relación ($p > .05$).

A nivel local, en una de las instituciones que formaron parte también de la muestra de éste trabajo, pero con la salvedad de la diferencia del instrumento utilizado, Navarro (2012) encuentra alto nivel de Burnout en Trabajadores Sociales y Psicólogos y que el nivel superior es más frecuente. Haciendo una desagregación de los datos de éste estudio para la institución específica, se obtiene una muestra de 25 profesionales, donde el 56% ($n = 14$) son psicólogos, el 36% ($n = 9$) trabajadores sociales y el 8% ($n = 2$) de psicopedagogía. De allí se obtiene que, del total de psicólogos, el 64.29% ($n = 9$) y del total de trabajadores sociales, el 66.67% ($n = 6$), es decir, más de la mitad del total de profesionales de cada profesión, presentan nivel alto en Síndrome de Burnout. Por lo tanto, se puede pensar que la tendencia de un síndrome de burnout alto frecuente en profesionales de esa institución, se ha mantenido.

Con las reflexiones realizadas hasta aquí y con el antecedente de los profesionales de la institución local recién contrastada, en los resultados obtenidos se puede pesquisar una tendencia del burnout vinculada más a las profesiones asistenciales que a la huella dejada por la crisis de la pandemia y sus consecuencias sobre las instituciones y profesionales de salud, tal como se problematizó al inicio (ver Capítulo 1). Haciendo una pausa en la característica transversal de éste trabajo, se puede pensar que, posiblemente la pandemia haya tenido consecuencias en las instituciones y profesionales que conformaron la muestra de éste trabajo y, que probablemente, luego de la salida del contexto de pandemia, los niveles de burnout hayan retornado a los valores recién descritos y contrastados, propios de condiciones en el entorno de trabajo que no han cambiado. Esto, no quiere decir que esos valores de burnout sean inherentes a profesionales de la salud, sino que, las instituciones y profesionales que brindan asistencia a personas son susceptibles de sufrir burnout en determinadas condiciones de trabajo como actúan como factores del síndrome, y es por ello que el problema merece una atención particular. Esto es lo que en parte justificó el desarrollo de éste trabajo.

Capítulo 6. Conclusiones

Mediante el desarrollo de éste trabajo se pudieron conocer los niveles de síndrome de burnout y de exposición a riesgos psicosociales de trabajadores de la salud mental de instituciones públicas en la ciudad de Paraná y Paraná Campaña, lo que permitió cumplir el objetivo general de analizar las condiciones laborales actuales y sus consecuencias en la salud de esos profesionales, a través del análisis y descripción de los niveles obtenidos.

Los resultados mostraron que, en la dimensión Síndrome de burnout, más del 70% de los profesionales se distribuyen en niveles medio y alto, lo que sugiere que la exposición al síndrome de burnout es significativa para la mayoría de los profesionales. En la dimensión Antecedentes de burnout, la mayoría reporta niveles bajos, lo que podría indicar un menor riesgo de desarrollar el síndrome en etapas iniciales, mientras que, en Consecuencias de burnout, los tres niveles están equilibrados.

Respecto de las sub-escalas de la dimensión Síndrome de burnout, la Despersonalización representa la mayor concentración de casos con alta afectación. Por otro lado, el Cansancio Emocional, en su nivel no afectado, concentra el 72.62% del total de profesionales (de toda la muestra). Según se reflexionó en la Discusión, ésta situación se pudo interpretar como un proceso de burnout en sus etapas iniciales, en donde la Despersonalización es la primera herramienta con la cual el profesional hace frente al estrés laboral sostenido.

En cuanto a los niveles de exposición a riesgos psicosociales, se puede concluir que las dimensiones Exigencias en el trabajo, Relaciones interpersonales e Inestabilidad en el trabajo, concentran en su rango rojo la mayor parte de profesionales, lo que puede reflejar una carga laboral significativa y un entorno demandante, con tensiones en el ambiente de trabajo y falta de estabilidad laboral. Estas condiciones podrían estar influyendo negativamente en la salud mental de los trabajadores.

De ésta manera se puede rechazar, en parte, la hipótesis general de ésta investigación, según la cual, las condiciones laborales de estos profesionales de la salud mental se caracterizan por una exposición moderada a riesgos psicosociales y niveles de burnout que no repercuten en la salud de los trabajadores, debido a que un porcentaje significativo enfrenta niveles altos de burnout y de exposición a riesgos psicosociales, lo que sugiere que las condiciones actuales no son del todo favorables para preservar la salud mental de los trabajadores en este ámbito. Teniendo en cuenta que, según GESAL (2021), el COPSOQ es “un instrumento internacional diseñado para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en los centros de trabajo” (p. 4), y que “pone en el centro de su interés preventivo la exposición colectiva” (p. 9), se concluye la necesidad de una estrategia de intervención en ambas dimensiones de riesgo psicosocial sobre los lugares de trabajo de los profesionales que conformaron la muestra, siendo que el rango rojo indica “puntajes que podrían considerarse como una exposición a factores psicosociales que **debe ser reducida** [resaltado en el origen]” (p. 32). También se encontró que, las dimensiones Doble presencia, Confianza y Justicia laboral, concentraron más de la mitad de profesionales (sobre el total de casos) en sus niveles amarillos que, según GESAL (2021), indican “puntajes donde la intervención no es prioritaria pero **es necesario un monitoreo frecuente** [resaltado en el origen]” (p. 32).

Que la Organización del trabajo, haya sido la única dimensión que concentró en su rango verde más de la mitad de profesionales (63.1%), sugiere condiciones laborales que permiten autonomía para decidir sobre aspectos del trabajo (pausas, ritmo, horario), permiten el desarrollo del trabajador, generan sentido de trabajo por su valor e importancia, sentimiento de autorrealización del trabajador, compromiso con la tarea. Esta organización favorable del trabajo podría actuar como un amortiguador frente a los niveles elevados de exposición en otras dimensiones de riesgos psicosociales.

La hipótesis que establece que los niveles de Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de Burnout en la mayoría de los casos, estarán dentro del rango bajo en profesionales de psicopedagogía y terapia ocupacional, rango medio en los de psicología y psiquiatría, y alto en los de trabajo social y acompañamiento terapéutico, se cumple en parte para casi todas las profesiones: para psicopedagogía en las dimensiones Antecedentes y Consecuencias de burnout, para terapia ocupacional en Síndrome y Antecedentes de Burnout, para psicología Síndrome y Consecuencias, para psiquiatría en Síndrome y Antecedentes y para Trabajo Social sólo se confirma en la dimensión Consecuencias de Burnout. Para acompañante terapéutico no se confirma, debido a que en la dimensión Síndrome, una mitad de casos se ubica en nivel medio y la otra mitad en nivel alto, y en Antecedentes y Consecuencias de burnout, la totalidad de casos se ubican en nivel medio.

La siguiente hipótesis, según la cual, los niveles de las dimensiones de exposición a riesgos psicosociales en la mayoría de los casos estarán, en profesionales de psiquiatría, psicopedagogía y terapia ocupacional dentro del rango verde (bajo), en los de psicología en rango amarillo (medio) y en los de trabajo social y acompañamiento terapéutico en rango rojo (alto), se rechaza completamente para psiquiatría, y se confirma en parte para psicopedagogía y terapia ocupacional (solo en la dimensión Organización del trabajo), psicología (en Doble Presencia, Confianza, Justicia laboral), trabajo social (Exigencias en el trabajo, Relaciones interpersonales e Inestabilidad en el trabajo), y en acompañante terapéutico (sólo en la dimensión Relaciones interpersonales).

La hipótesis que establece que las variables demográficas edad, género, estado civil, tener o no hijos, profesión, formación de posgrado, relación laboral, tiempo que lleva ejerciendo la profesión, tiempo que lleva trabajando en la misma institución, los turnos de trabajo, la cantidad de horas semanales de trabajo, tener otro trabajo o ejercer su profesión también fuera de la institución, la cantidad de personas que atienden diariamente en una jornada laboral habitual en la institución, cantidad de guardias que realizan al mes, están relacionadas de manera muy significativa y con fuerza media, a los niveles de las tres dimensiones globales de burnout, se debe rechazar completamente, debido a que todas las relaciones resultantes fueron débiles. Un resultado curioso fue que, la cantidad de guardias que esos profesionales realizan al mes, mostró relación significativa negativa débil con la dimensión Antecedentes de burnout. Esto puede indicar que, los profesionales de la salud mental que realizan más guardias, podrían tener más experiencia y habilidades para lidiar con el estrés y la presión laboral, lo que les permitiría reducir el efecto potencial de una guardia como antecedente de burnout.

La hipótesis que plantea relaciones muy significativas y de fuerza media también con las dimensiones de riesgos psicosociales, puede aceptarse parcialmente, ya que, de todas las relaciones sólo

dos son de fuerza media. La edad mostró tener relación significativa negativa media con el riesgo en Inestabilidad laboral. El tiempo de ejercicio de la profesión, mostró relación muy significativa negativa media también con Inestabilidad en el trabajo. Ambas, además tuvieron relación significativa positiva muy débil con la dimensión Confianza. Si bien otras variables, como el género, el estado civil, la profesión y la antigüedad en la institución, los turnos de trabajo, la cantidad de horas semanales trabajadas, cantidad de personas que atiende en una jornada laboral habitual y la cantidad de guardias que realiza, también mostraron relaciones significativas o muy significativas con algunas dimensiones de riesgos psicosociales, fueron más débiles y no alcanzan la magnitud planteada en la hipótesis.

La hipótesis que establece que existe relación muy significativa y fuerte entre los niveles de burnout y los niveles de exposición a riesgos psicosociales debe rechazarse para la muestra de éste estudio, debido a que se encontraron 18 relaciones muy significativas positivas, de las cuales, el 72.22% son débiles y el 27.78% restante tienen magnitud media, y no se encontró ninguna relación fuerte.

Finalmente, de las relaciones halladas, se considera importante mencionar qué, aumentos del nivel de riesgo en Relaciones interpersonales pueden implicar, en relación de fuerza media, aumentos del nivel de afectación en Antecedentes de burnout. Esto permite reafirmar la importancia del abordaje y de la prevención de los riesgos psicosociales, en tanto que, pueden tener efectos como antecedentes de burnout en los trabajadores de la salud mental que conformaron la muestra.

Los niveles de riesgo en Inestabilidad en el trabajo, no mostraron influir en ninguna de las tres variables globales de burnout, pero sí se encontró que, de manera muy significativa, débilmente sus aumentos pueden reducir los niveles de afectación en la dificultad para la Realización personal. En las reflexiones realizadas en la **Discusión**, pudo pensarse que, esa relación puede deberse a una tendencia en los profesionales de la salud mental que conformaron la muestra, a reafirmar la valoración por su trabajo frente a la amenaza que implica la inestabilidad laboral, tanto en su faceta de flexibilidad interna (cambios no deseados vinculados a la flexibilidad laboral), como en relación al mercado de trabajo (precariedad laboral, empleo estable), etc. Aunque ese mecanismo pueda ser una manera de enfrentar tal situación de amenaza, posiblemente, luego de un tiempo sin mediar intervención que la revierta, los profesionales comiencen a sentir cada vez más la dificultad para la Realización personal en esas condiciones, y el desarrollo del síndrome de burnout continúe su progreso.

Aunque el análisis de relaciones estadísticas realizado en éste trabajo no incluyó pruebas de causalidad, mediante las interpretaciones de los resultados hallados, se puede concluir que , disminuyendo niveles elevados de exposición a riesgos psicosociales, podría producirse una disminución de niveles elevados de afectación en Síndrome, Antecedentes y Consecuencias de burnout en los profesionales de ésta muestra, lo cual permite ratificar lo dicho por (Neffa, 2015), que el burnout es una consecuencia de los riesgos psicosociales en el trabajo (p. 319), con la reserva de que, la mayoría de las relaciones entre las dimensiones de ambas variables, mostraron ser muy significativas, pero débiles.

Limitaciones y recomendaciones

Desde el aspecto metodológico, la decisión en el diseño intencional, no probabilístico de la muestra, implica ciertas limitaciones en la posibilidad de generalizar los resultados a la población de trabajadores de la salud mental. Se recomienda abordar la propuesta de éste trabajo mediante un muestreo probabilístico, que permita profundizar el análisis y generalizar el conocimiento obtenido, hacia la población. Cómo se expuso en la sección Metodología, éste trabajo adoptó un diseño descriptivo, apropiado para la introducción al estudio de un fenómeno, o para la actualización del mismo. Es por eso qué, se recomienda también, abordar ésta temática desde un diseño mixto (cualitativo), incluyendo en la recolección de información y en el análisis, las experiencias de los propios profesionales, lo cual permitiría avanzar en la exploración de los fenómenos abordados.

Dado que éste trabajo se justificó, en parte, por la intención de ocuparse de la salud de los profesionales de la salud mental, indagando sobre las consecuencias de las condiciones y medio ambiente de trabajo en ellos, la principal recomendación es que, las autoridades de cada una de las instituciones que formaron parte de la muestra de éste trabajo, sean presidentes, directores, coordinadores, etc., decidan destinar los recursos (humanos – profesionales – y materiales) necesarios para diseñar y concretar estrategias de intervención, orientadas a reducir los niveles altos de afectación en las dimensiones de burnout y de riesgos psicosociales descriptos.

Desde el campo específico de la profesión, como futuro psicólogo, para poder sugerir modelos o estrategias de intervención, se necesita profundizar la recolección de información vinculada a la diversidad de aspectos que inciden en los niveles altos de cada una de las dimensiones de riesgos psicosociales, debido a que cada dimensión, evalúa aspectos distintos de las condiciones y medio ambiente de trabajo, y por tanto, disminuir los niveles elevados requerirá estrategias de intervención diseñadas para cada dimensión específica. Por otro lado, esa profundización del conocimiento que se necesita para poder elaborar estrategias de intervención, tiene que estar particularizada en los sectores de cada institución. Uno de los aportes de éste trabajo es que, la desagregación de la información obtenida, permite saber, en cada sector de cada institución, cómo están funcionando esos indicadores. Sin embargo, como ya se dijo, se codificaron categorías generales de sectores de trabajo, para proteger la condición de anonimidad de la participación de los profesionales. A nivel metodológico, aquello es congruente con la recomendación de avanzar hacia un diseño mixto que integre un enfoque cualitativo. A nivel profesional implicaría, utilizar la información estadística obtenida, para avanzar y profundizar un proceso de diagnóstico en cada uno de los sectores correspondientes de cada institución, que permita detectar los elementos de las condiciones y medio ambiente de trabajo que necesitan articularse y modificarse para reducir los niveles elevados de cada una de las dimensiones.

Se valora también, la posibilidad de producir y potenciar políticas de prevención que permitan sostener en el tiempo, ambientes saludables de trabajo, reafirmando lo dicho por GESAL (2021), según quien, “es la colaboración entre instituciones públicas el camino a recorrer para la ampliación de derechos laborales y la cooperación entre nosotras/os, sus trabajadores/as, la garantía para superar todos los obstáculos que se presentan” (p. 8).

Referencias

- Beron, G. A. (2022, Agosto). El Síndrome del quemado o Burnout. Buenos Aires, Argentina: Trabajo preparado para su presentación en el Primer Congreso Bonaerense de Derecho del Trabajo. Desafíos para potenciar y expandir la tutela laboral. 18, 19 y 20 de agosto de 2022 – Mar del Plata. Recuperado el Noviembre 10, 2022, de <https://www.trabajo.gba.gov.ar/paneles-y-ponencias/tramitacion-administrativa/beron.pdf>
- Bolívar, C. R. (2013). *Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa. Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos*. Houston, Texas: USA. Recuperado el Enero 12, 2024.
- Casari, L. M., Boetto, F. C., & Daher, C. (2015). Síndrome de Burn Out en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Recuperado el 16 de Junio de 2022, de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/40286>
- Cialzeta, J. R. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Corrientes, Argentina. Recuperado el 5 de Junio de 2022, de http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf
- CIE-11. (2023). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO). Recuperado el 5 de Noviembre de 2023, de <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#129180281>
- Comité Mixto OIT/OMS. (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*. Recuperado el Noviembre 10, 2023, de https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_span.pdf
- Flores-Ruiz, E., Miranda-Navales, M., & Villasís-Keeve, M. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial. *Revista alergia México*, 64(3), 364-370. <https://doi.org/https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.304>
- Forbes Digital. (25 de Noviembre de 2021). *El 80% de los argentinos sufre el síndrome de “burnout”*. Argentina: Forbes Argentina. Recuperado el 15 de Marzo de 2022, de <https://www.forbesargentina.com/today/el-80-argentinos-sufre-sindrome-burnout-n10263>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*(30), 159-165.
- Gil-Monte, P. (2002). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería*. Universidad de Valencia.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(2), 237-241. Recuperado el Octubre 21, 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342012000200012&script=sci_abstract
- Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral. (2021). Manual del método COPSOQ-ARG para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Versión corta. Avellanda, Argentina: UNDAV. Recuperado el Diciembre 10, 2022, de <https://www.relatsargentina.com/documentos/RA.1-SST/RELATS.A.SST.Manual.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- Maslach, C. (1976). *Burned-out*. *Human behavior*, 5,16-22.

- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *The Maslach Burnout Inventory. Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. En G. Sanders y J. Suls, (eds), *Social Psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Ministerio de Salud de Entre Ríos. (2021). Efectores del primer nivel de atención con recurso en salud mental - Paraná. Paraná, Entre Ríos, Argentina. Recuperado el 10 de Marzo de 2023, de https://drive.google.com/drive/folders/1XW_Wkl6zFIVbeCrg9BFdaXqdG4gtT7zU
- Moreno Jiménez, B., & Báez León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid.
<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales,+formas,+consecuencias,+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>
- Moreno Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A., & Miralles, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2), pp. 185-207.
https://www.researchgate.net/publication/242591710_La_evaluacion_del_Burnout_Problemas_y_alternativas_El_CBB_como_evaluacion_de_los_elementos_del_proceso
- Moreno Jiménez, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buéla-Casal, & V. Caballo. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., & Oliver, C. (1989). *El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales; adaptación y nuevas versiones (C.B.B)*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Navarro, J. M. (2012). *Síndrome de Burnout y modos de afrontamientos en trabajadores sociales y psicólogos*. Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos - Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Paraná. Recuperado el Julio 28, 2023.
- Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET. Recuperado el Abril 14, 2023, de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/136665>
- Neffa, J. C. (2019). Conceptualizaciones y enfoques teóricos para abordar los RPST. In J. C. Neffa, A. Pujol, & N. I. Bartolini, *Cuadernos TAS: Trabajo, actividad y subjetividad: escritos entre pares 2018*. Argentina: Casal Pujol. Recuperado el Marzo 15, 2023, de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/118050>
- OIT. (22 de Junio de 1981). *C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155)*. Recuperado el 21 de Octubre de 2024, de https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155
- OIT. (1986). 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, Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo N° 56*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- OIT. (2019). *R206 - Recomendación sobre la violencia y el acoso*. Recuperado el 25 de Agosto de 2023, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R206
- OIT. (28 de Septiembre de 2022). *La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 5 de Octubre de

- 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>
- OMS. (17 de Septiembre de 2020). *Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes*. Recuperado el 16 de Junio de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- OMS. (7 de Noviembre de 2022). *Salud ocupacional: los trabajadores de la salud*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- OMS. (17 de Junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado el 21 de Octubre de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Polacov, S., Barrionuevo Battistini, I., Barroso, G., Cravero, B., D'Alessandro, T., Einer Allende, G., . . . Gobbi, C. A. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(4), 371-375. Recuperado el 12 de Junio de 2022, de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28749/36272>
- Rivera Delgado, A. (1997). *Presencia del síndrome de Burnout médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado el 20 de Mayo de 2022, de <http://132.248.9.195/pdbis/249737/249737.pdf>
- Sánchez, G. R. (2015). *Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)*. Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Posgrado en Ciencias de la salud, Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 15 de Marzo de 2022, de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884822/2015_sanchez_monografia_desdaste_profesional.pdf
- Sierra Hernaiz, E. (2021). Delimitación del concepto de riesgo psicosocial en el trabajo. *Foro: Revista de Derecho*(35), 7-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.32719/26312484.2021.35.1>
- SRT. (2022). Factores y riesgos psicosociales del trabajo. Argentina. Recuperado el 15 de Octubre de 2022, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_factores_y_riesgos_psicosociales_2.pdf
- Vissicchio, F., & Diez, M. (2018). *Condiciones y medio ambiente de trabajo y burnout: la salud de los trabajadores del primer nivel de atención en salud que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1._informe_final_-_flores_vissicchio_manuelita_diez.pdf
- Zaldúa, G., Lodieu, M., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172. Recuperado el 10 de Mayo de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219406>
- Zelaschi, M. C., Cornelio, C., Reif, L., & Amable, M. (2021). Validación de un cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo en población trabajadora argentina (COPSOQII-ISTAS21). *Revista De Psicología*, 20(2), 2–17. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe084>

Apéndice A. Posición ética en el análisis estadístico

La investigación estadística en ciencias humanas desempeña un papel fundamental en la comprensión de la sociedad y el comportamiento humano. Sin embargo, en la búsqueda de patrones y tendencias, es crucial no perder de vista el valor intrínseco de cada persona más allá de su representación en porcentajes y frecuencias. Este posicionamiento ético implica reconocer la dignidad de cada persona humana involucrada en el proceso de investigación. Un aspecto ético fundamental en investigación estadística es la interpretación y presentación responsable de los resultados, evitando la tentación de generalizar o estereotipar a partir de los datos, ignorando la singularidad, diversidad y complejidad de la experiencia humana. Es por eso que, debido a la naturaleza de éste trabajando, en el cual la muestra está conformada por sujetos que pertenecen a distintas instituciones en distintas zonas de trabajo, se considera necesario explicitar el posicionamiento desde el cual se realizará la interpretación de los datos obtenidos. En contexto de ésta investigación se considera necesario destacar los siguientes aspectos.

Primero, es importante aclarar que éste trabajo no representa un proceso de diagnóstico clínico del Síndrome de Burnout. Deberá ser pues, un profesional de la Psicología quien, mediante una consulta apropiada, en caso de ser requerida, determine la presencia o no del Síndrome. Éste trabajo no busca caracterizar rasgos individuales o características personales de los profesionales participantes, sino, poder conocer a través de los niveles de ambas variables, el estado actual de la situación de salud de ellos, que puede verse afectada por las condiciones de trabajo.

Segundo, sobre la distribución de casos en los niveles tanto de burnout como de riesgos psicosociales. En éste trabajo, será suficiente al menos un sujeto en nivel alto de cualquiera de las dimensiones de algunos de los instrumentos utilizados, para considerar la necesidad de una estrategia de abordaje.

Tercero, debido al diseño no probabilístico de la muestra y a la diversidad de las características demográficas de los casos, se tendrá particular cuidado en la interpretación de las frecuencias en porcentajes absolutos y relativos. Tomando como ejemplo los casos de la profesión Acompañamiento Terapéutico que formaron parte de la muestra de éste trabajo, no parece ser lo mismo decir, que el 1.19% ($n = 1$) de los profesionales están en nivel alto de la dimensión Síndrome de Burnout, a decir que, el 50% ($n = 1$) lo está. Ambos casos son equivalentes, en tanto que se refieren a 1 de los 2 casos de esa profesión, pero el primer porcentaje es sobre el total de casos en toda la muestra ($N = 84$), y el segundo porcentaje es sobre el total de profesionales en esa profesión, es decir, 2. Sin embargo, en la interpretación, el poco peso nominal del primero en relación al segundo porcentaje, puede hacer parecer “menos grave” la situación descripta, y el trabajo derivaría al lector o la expresión misma de los resultados, a una interpretación injusta (sesgada) de los resultados.

La investigación estadística en ciencias humana implica no solo seguir los principios éticos fundamentales, como el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos, sino también adoptar una perspectiva más amplia que reconozca la importancia de cada persona más allá de las cifras y porcentajes. Al hacerlo, podemos garantizar que la investigación estadística contribuya de manera significativa al bienestar humano y al entendimiento genuino de nuestra sociedad.

Apéndice B. Tarjetas y portada de cuestionarios

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Niveles de Burnout y de exposición a riesgos psicosociales de
trabajadores de la salud mental de instituciones públicas en
Paraná y Paraná Campaña.*

Estudiante: Exequiel Roldán
Equipo de dirección: Paula Putallaz y Jennifer Zenklusen

El objetivo de la investigación es conocer los niveles de Burnout y de exposición a riesgos psicosociales de psicólogos/as, psiquiatras y trabajadores/as sociales que trabajan en instituciones públicas. Para ello, cada uno de los profesionales deberá **completar tres** cuestionarios digitales:

- Cuestionario demográfico
- Cuestionario Breve de Burnout
- Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG)

El Cuestionario Breve de Burnout evalúa índices de estrés en el ambiente laboral, mientras que, el Cuestionario Psicosocial de Copenhague es un instrumento internacional diseñado para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en los centros de trabajo.

La participación de los trabajadores es **voluntaria** y **nadie podrá ser obligado** a participar. La información brindada es **anónima** y será utilizada con fines estrictamente investigativos.

Recordar: se deben **completar los tres cuestionarios**, para generar una respuesta completa.

Dirección web:

Usuario:

Contraseña:

Fecha:

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Niveles de Burnout y de exposición a riesgos psicosociales de trabajadores de la salud mental de instituciones públicas en Paraná y Paraná Campaña.

Estudiante: Exequiel Roldán
Equipo de dirección: Paula Putallaz y Jennifer Zenklusen

Consentimiento informado

El objetivo de ésta investigación es conocer los niveles de Burnout y de exposición a riesgos psicosociales de trabajadores de la salud mental que trabajan en instituciones públicas.

Para ello, cada profesional deberá **completar tres** cuestionarios:

- Cuestionario demográfico
- Cuestionario Breve de Burnout
- Cuestionario Psicosocial de Copenhague

El Cuestionario Breve de Burnout evalúa índices de estrés en el ambiente laboral, aquí se utiliza la versión validada en Cuba por Rivera Delgado (1997). El Cuestionario Psicosocial de Copenhague es un instrumento internacional diseñado para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en los centros de trabajo, aquí se utiliza la adaptación realizada por la Red Argentina de Investigación y Desarrollo del COPSOQ-ARG (Zelaschi y otros, 2021).

La participación de los trabajadores es **voluntaria** y **nadie podrá ser obligado** a participar. La información brindada es **anónima** y será utilizada con fines estrictamente investigativos.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información de la persona que participa, la devolución de los cuestionarios respondidos se hará al propio estudiante en persona.

Recordar: se deben **completar los tres cuestionarios**, para generar una respuesta completa.

Apéndice C. Cuestionario demográfico

Cuestionario de datos demográficos Complete la información requerida Seleccione UNA SOLA opción en cada ítem, excepto que se indique otra cosa
1. Edad: ____ años 2. Género: • Hombre • Mujer • Otro 3. Estado civil: • Soltero/a • En pareja • Casado/a • Separado/a • Divorciado/a • Viudo/a 4. ¿Tiene hijos? • No • Sí 5. Su profesión: • Psicología • Psiquiatría • Trabajo Social 6. Estudios realizados de posgrado: • Especialización • Maestría • Doctorado • Otros, ¿cuáles? _____ • Ninguno 7. Sector o servicio en el que trabaja en la institución: _____ 8. Relación laboral:

- Contrato
- Planta permanente
- Otra

9. Tiempo que lleva ejerciendo la profesión: ____

10. Tiempo que lleva trabajando en la misma institución (antigüedad): ____

11. Turno/s en el/los que trabaja (puede seleccionar MAS DE UNO):

- Mañana
- Tarde
- Noche

12. Cantidad de horas semanales que trabaja en la Institución: ____

13. ¿Tiene otro trabajo o ejerce su profesión también fuera de la institución?

- No
- Sí

14. Cantidad de personas que atiende diariamente en una jornada laboral habitual en la Institución:

- Hasta 5 personas
- Más de 5 y menos 10 personas
- Más de 10 y menos de 50 personas
- Más de 50 personas

15. Cantidad de guardias que realiza al mes en la Institución: ____

16. ¿Tiene que realizar labores del trabajo en su casa?

- No
- Sí

17. Al momento de responder éste cuestionario, usted, ¿se encuentra de licencia laboral?

- No
- Sí

18. ¿Ha estado de licencia laboral dentro del corriente mes al momento de responder éste cuestionario?

- No
- Sí

Apéndice D. Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ-ARG)

Dimensión: Exigencias en el trabajo

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna Vez	Nunca
1. no puede terminar sus tareas laborales?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
2. se retrasa en la entrega de su trabajo?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
3. tiene que trabajar muy rápido?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
4. el ritmo de trabajo es alto todo el día?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
5. en su trabajo tiene que atender problemas de otros? (que no sean compañeros ni jefes)	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
6. su trabajo es emocionalmente desgastador?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0

Dimensión: Doble presencia

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna Vez	Nunca
7. hay momentos en los que necesitaría estar "en su trabajo y en casa a la vez"?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0

Dimensión: Organización del trabajo

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
8. usted puede incidir/influir sobre las decisiones que afectan su trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100

9. su trabajo le permite aprender cosas nuevas?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
10. su trabajo le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
11. tienen sentido sus tareas?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
12. puede decidir cuándo hace un descanso/pausa?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100

Dimensión: Relaciones interpersonales en su lugar de trabajo

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna Vez	Nunca
13. en su trabajo se le informa con suficiente antelación las decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
14. recibe toda la información que necesita para realizar bien su trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
15. le son transmitidos claramente los objetivos de trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
16. se le exigen cosas contradictorias/ opuestas en el trabajo?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
17. tiene que realizar tareas que a su criterio deberían hacerse de otra manera?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
18. su jefatura planifica bien el trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
19. su jefatura resuelve bien los conflictos?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
20. recibe ayuda y apoyo de sus compañerxs de trabajo en la realización de sus tareas?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
21. recibe ayuda y apoyo de su jefatura inmediata en la realización de su trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
22. tiene un buen ambiente con sus compañerxs de trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
23. su trabajo es valorado por sus superiores, dirección, gerencia o dueñxs?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100

Dimensión: Inestabilidad en el trabajo

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna Vez	Nunca
24. está preocupado/a por si le despiden o no le renuevan el contrato?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0

25. está preocupadx por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en caso que se quedara desempleado?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0
26. está preocupado/a por si le trasladan a otro centro de trabajo, unidad, departamento o sección, contra su voluntad?	☐ 100	☐ 75	☐ 50	☐ 25	☐ 0

Dimensión: Confianza

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
27. la dirección, gerencia o dueñx confía en que lxs trabajadores hagan bien su trabajo?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
28. se puede confiar en la información que viene de la dirección, gerencia o dueñxs?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100

Dimensión: Justicia laboral

¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
29. se solucionan los conflictos de una manera justa?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100
30. se distribuyen las tareas de una forma justa?	☐ 0	☐ 25	☐ 50	☐ 75	☐ 100

Apéndice E. Cuestionario Breve de Burnout

Cuestionario C.B.B. Instrucciones.

Estimado Especialista:

A continuación le formulamos una serie de preguntas para que exprese su respuesta rodeando con un círculo o marcando con una cruz, la opción deseada.

Cada pregunta puede responderse en una escala de 1 a 5, donde:

1. Corresponde a: en ninguna ocasión.
2. Corresponde a: raramente o poco.
3. Corresponde a: algunas veces o algo.
4. Corresponde a: frecuentemente o bastante.
5. Corresponde a: siempre o mucho.

	En ninguna ocasión	Raramente o poco	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre
1.- En general estoy más bien harto de mi trabajo.	1	2	3	4	5
2.- Me siento identificado con mi trabajo.	1	2	3	4	5
3.- Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.	1	2	3	4	5
4.- Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.	1	2	3	4	5
5.- Desde el punto de vista personal, mi trabajo profesional no me motiva lo suficiente en la actualidad.	1	2	3	4	5
6.- Mi trabajo actual carece de interés.	1	2	3	4	5
7.- Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.	1	2	3	4	5
8.- Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.	1	2	3	4	5
9.- Las relaciones humanas que establezco en el trabajo me resultan satisfactorias.	1	2	3	4	5
10.- Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.	1	2	3	4	5
11.- Las personas a quien tengo que atender, reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.	1	2	3	4	5
12.- Mi interés por el desarrollo profesional es escaso actualmente.	1	2	3	4	5
13.- Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud (dolor de cabeza, insomnio, pérdida de apetito, etc.)	1	2	3	4	5
14.- Mi trabajo es muy repetitivo.	1	2	3	4	5
15.- Me siento estresado por mi trabajo.	1	2	3	4	5
16.- Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo.	1	2	3	4	5
17.- El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.	1	2	3	4	5
18.- Procuro no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo.	1	2	3	4	5
19.- El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiera deseado.	1	2	3	4	5
20.- Mi trabajo me resulta muy aburrido.	1	2	3	4	5
21.- Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.	1	2	3	4	5

Apéndice F. Gráficos y tablas

Tabla F1

Definición de variables en SPSS

Variables en SPSS	Tipo de variable	Descripción
ID	Escalar (de razón)	Identificador de respuesta de cada sujeto.
DM_edad	Escalar (de razón)	Cuestionario demográfico: ítem 1.
DM_genero	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 2. Valores: 1 = Hombre, 2 = Mujer, 3 = Otro.
DM_estado_civil	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 3. Valores: 1 = Soltero/a, 2 = En pareja, 3 = Casado/a, 4 = Separado/a, 5 = Divorciado/a
DM_hijos	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 4. Valores: 0 = No, 1 = Sí.
DM_profesion	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 5. Valores: 1 = Psicología, 2 = Psiquiatría, 3 = Trabajo social, 4 = Psicopedagogía, 5 = Acompañante terapéutico, 6 = Terapeuta ocupacional.
DM_posgrado	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 6. Valores: 1 = Especialización, 2 = Maestría, 3 = Doctorado, 4 = Otros, 5 = Ninguno.
DM_posgrado_otros	Cadena (texto)	Cuestionario demográfico: ítem 6, opción Otros, ¿Cuáles?
DM_institucion*	Nominal	Institución desde la que respondió Valores: 1 = CRR Dr. Gerardo Domagk, 7 = Casa del Joven, 8 = CRR Dr. Ramon Carrillo, 15 = CAPSM Mercedes De Giusto, 18 = CAPSM Centro Huella, 26 = CAPS Santa Lucía, 32 = CAPS Colonia Avellaneda, 33 = CAPS Cristina Lescham - Aldea Maria Luisa, 34 = CAPS Samuel Margasin - San Benito, 37 = CAPS Luis Gianotti - Oro Verde, 39 =

Variables en SPSS	Tipo de variable	Descripción
		CAPS Sauce Montrull, 40 = CAPS Tte. 1º Ibañez - Villa Urquiza, 45 = Hospital Escuela de Salud Mental, 46 = COPNAF.
DM_sector	Cadena (texto)	Cuestionario demográfico: ítem 7.
DM_sit_contractual	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 8. Valores: 1 = Contrato, 2 = Planta permanente, 3 = Otra
DM_sit_contractual_otra	Cadena (texto)	Cuestionario demográfico: ítem 8, opción Otra.
DM_tiempo_prof	Cadena (texto)	Cuestionario demográfico: ítem 9.
DM_tiempo_prof_rec**	Escalar (de razón)	Recodificación numérica de DM_tiempo_prof
DM_tiempo_inst	Cadena (texto)	Cuestionario demográfico: ítem 10.
DM_tiempo_inst_rec**	Escalar (de razón)	Recodificación numérica de DM_tiempo_inst
DM_turno_mañana	Nominal	
DM_turno_tarde	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 11. Valores: 0 = No, 1 = Sí.
DM_turno_noche	Nominal	
DM_horas_semanales	Escalar (de razón)	Cuestionario demográfico: ítem 12.
DM_trabajo_afuera	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 13. Valores: 0 = No, 1 = Sí.
DM_pers_at_jornada	Ordinal	Cuestionario demográfico: ítem 14. Valores: 1 = Hasta 5 personas, 2 = Más de 5 y menos 10 personas, 3 = Más de 10 y menos de 50 personas, 4 = Más de 50 personas.
DM_guardias_mes	Escalar (de razón)	Cuestionario demográfico: ítem 15.
DM_trabajo_casa	Nominal	Cuestionario demográfico: ítem 16.
DM_licencia_a***	Nominal	Cuestionario demográfico: ítems 17 y 18
DM_licencia_b***	Nominal	Valores: 0 = No, 1 = Sí.
BO_p1 hasta BO_p21	Ordinal	Cuestionario CBB: ítems 1 a 21. Valores: ver cuestionario.

Variables en SPSS	Tipo de variable	Descripción
RPS_p1 hasta RPS_p30	Ordinal	Cuestionario COPSOQ-ARG: ítems 1 a 30.
BO_Puntaje_subvar_cansancio_emocional	Escalar (de razón)	Variable para el cálculo de puntaje de la subdimensión de Burnout correspondiente.
BO_Puntaje_subvar_despersonalizacion	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_subvar_realizacion_personal	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_subvar_caracteristicas_tarea	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_subvar_organizacion	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_subvar_tedio	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_var_sindrome_burnout	Escalar (de razón)	Variable para el cálculo de puntaje de la dimensión de Burnout correspondiente.
BO_Puntaje_var_antecedentes	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Puntaje_var_consecuencias	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_Categ_sindrome_burnout	Ordinal	Recodificación de las 3 variables anteriores, en valores: 1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto, calculado según especificaciones de validación del instrumento.
BO_Categ_antec	Ordinal	
BO_Categ_consec	Ordinal	
RPS_Puntaje_Dim_1 Hasta RPS_Puntaje_Dim_7	Escalar (de razón)	Variable para el cálculo de puntaje de la dimensión de Riesgo correspondiente.
RPS_Categ_Dim_1 Hasta RPS_Categ_Dim_7	Ordinal	Recodificación de las 7 variables anteriores, en valores: 1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto, calculado según especificaciones de validación del instrumento.

Variables en SPSS	Tipo de variable	Descripción
Zona_institucion	Nominal	Zona de la institución de cada respuesta. Valores: 1 = Paraná, 2 = Paraná Campaña.
DM_tiempo_prof_rec_nominal	Ordinal	Recodifica la variable DM_tiempo_prof_rec. Valores: 1 = Menos de 1 año, 2 = Más de 1 año y hasta 5 años, 3 = Más de 5 años y hasta 10 años, 4 = Más de 10 años y hasta de 20 años, 5 = Más de 20 años.
DM_tiempo_inst_rec_nominal	Ordinal	Recodifica la variable DM_tiempo_inst_rec Valores: iguales al anterior.
DM_edad_rec	Ordinal	Recodifica la variable DM_edad. Valores: 1 = Hasta 25 años, 2 = Más de 25 años y hasta 30 años, 3 = Más de 30 años y hasta 40 años, 4 = Más de 40 años y hasta 50 años, 5 = Más de 50 años.
DM_sit_contractual_total****	Nominal	Recodifica las variables DM_sit_contractual y DM_sit_contractual_otra. Valores: 1 = Contrato, 2 = Planta permanente, 3 = Interinato, 4 = Suplencia, 5 = Residencia, 6 = Guardias, 7 = Beca, 8 = No especifica.
DM_sector_rec*****	Nominal	Recodifica la variable DM_sector. Valores: 1 = Admisión, 2 = Área de servicio social, 3 = Asistencia, 4 = Consultorio, 5 = Guardia, 6 = Hospital de día, 7 = Sala de internación, 8 = Servicio de protección de derechos, 9 = Sin dato.
DM_turnos_trabajo_rec	Nominal	Recodifica las variables de los 3 turnos. Valores: 1 = Sólo de noche, 2 = Sólo de tarde, 3 = Tarde y noche, 4 = Sólo de mañana, 5 = Mañana y noche, 6 = Mañana y tarde, 7 = Mañana, tarde y noche.
BO_cansancio_emocional_media	Escalar (de razón)	Cálculo de subdimensiones de Burnout mediante el cálculo de medias.

Variables en SPSS	Tipo de variable	Descripción
BO_desperson lizacion_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_realizacion_ personal_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_caract_ tarea_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_org_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_tedio_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_consecuencias_media	Escalar (de razón)	Igual que lo anterior.
BO_cansan_emoc_categ	Ordinal	Recodificación de niveles de Burnout para las subdimensiones correspondientes Valores: 1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto
BO_desperson_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.
BO_real_personal_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.
BO_caract_tarea_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.
BO_organizacion_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.
BO_tedio_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.
BO_consecuencias_categ	Ordinal	Igual que lo anterior.

* Ésta variable fue completada por el investigador durante el proceso de muestreo, para asegurar la coherencia y confiabilidad de la información. Los valores que faltan, son instituciones sin respuesta.

** Ambas variables fueron recodificadas de la siguiente manera: debido a que la mayor cantidad de respuestas fueron en años, y una menor cantidad, en meses, se decidió recodificar las respuestas en meses a años, dividiendo el valor por 12.

*** Si bien, la selección de los sujetos de la muestra se realizó bajos los criterios de inclusión/exclusión descriptos, con estas dos variables respondidas por los participantes, se podía confirmar o no, la coherencia con lo selección coordinada.

**** La recodificación se realizó de manera manual, agrupando las diferentes respuestas en ese ítem.

Tabla F2*Prueba de normalidad para dimensiones y sub-dimensiones del CBB*

Sub-dimensiones de Burnout	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cansancio emocional	.128	84	.002	.967	84	.030
Despersonalización	.125	84	.002	.976	84	.112
Realización personal	.160	84	.000	.885	84	.000
Caract. de la tarea	.119	84	.005	.970	84	.044
Organización	.176	84	.000	.945	84	.001
Tedio	.177	84	.000	.907	84	.000
Síndrome de Burnout	.128	84	.002	.954	84	.004
Antecedentes	.089	84	.100	.986	84	.527
Consecuencias	.160	84	.000	.962	84	.014

Tabla F3*Prueba de normalidad para dimensiones del COPSOQ-ARG*

Dimensiones de riesgos psicosociales	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Exigencias en el trabajo	.119	84	.005	.983	84	.330
Doble presencia	.239	84	.000	.876	84	.000
Organización del trabajo	.104	84	.026	.936	84	.000
Relaciones interpersonales	.059	84	.200*	.983	84	.339
Inestabilidad en el trabajo	.084	84	.200*	.957	84	.007
Confianza	.227	84	.000	.918	84	.000
Justicia laboral	.232	84	.000	.932	84	.000

Figura F1

Recuento de respuestas por opciones del CBB

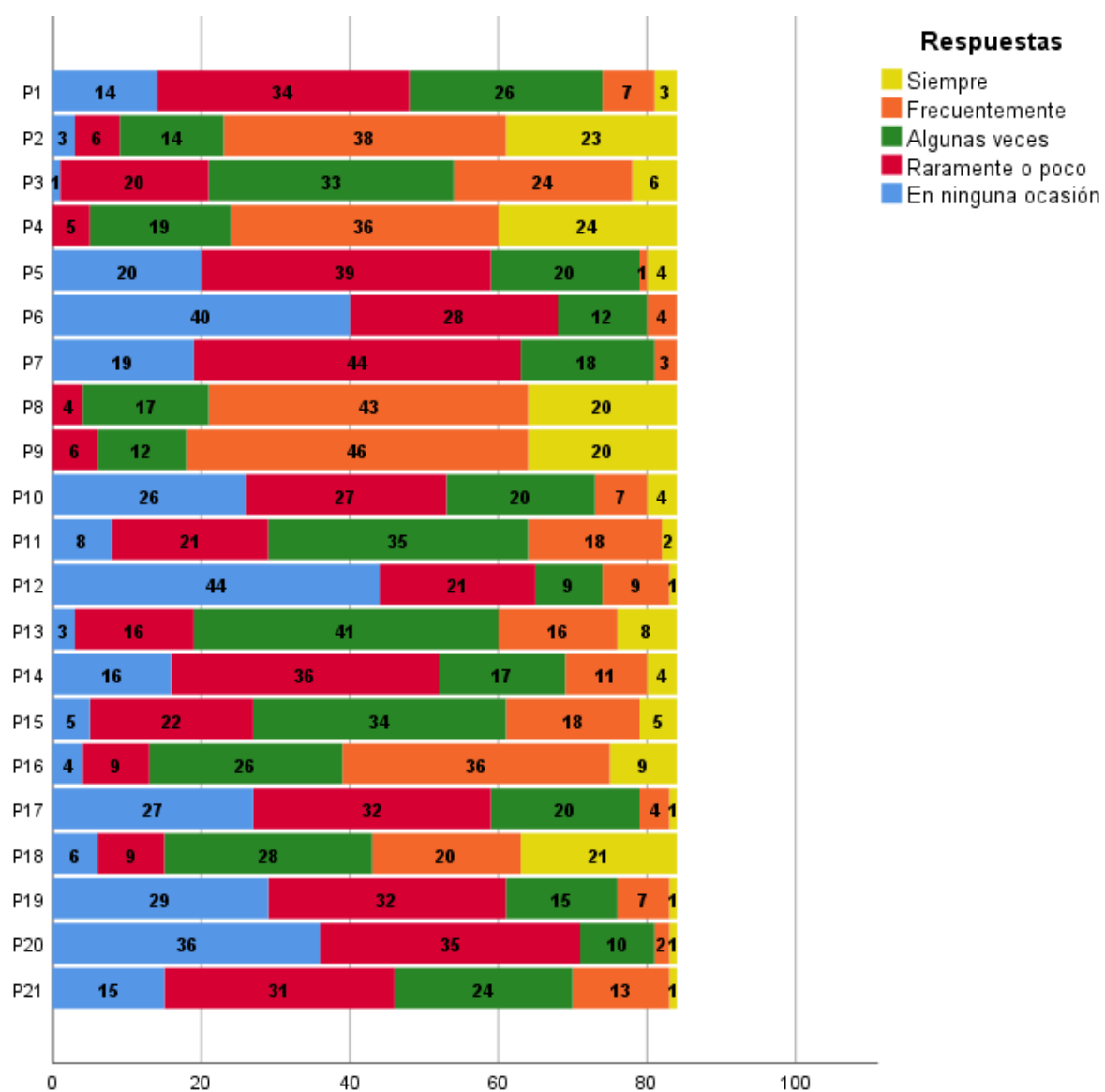


Figura F2

Recuento de respuestas por opciones del COPSOQ-ARG

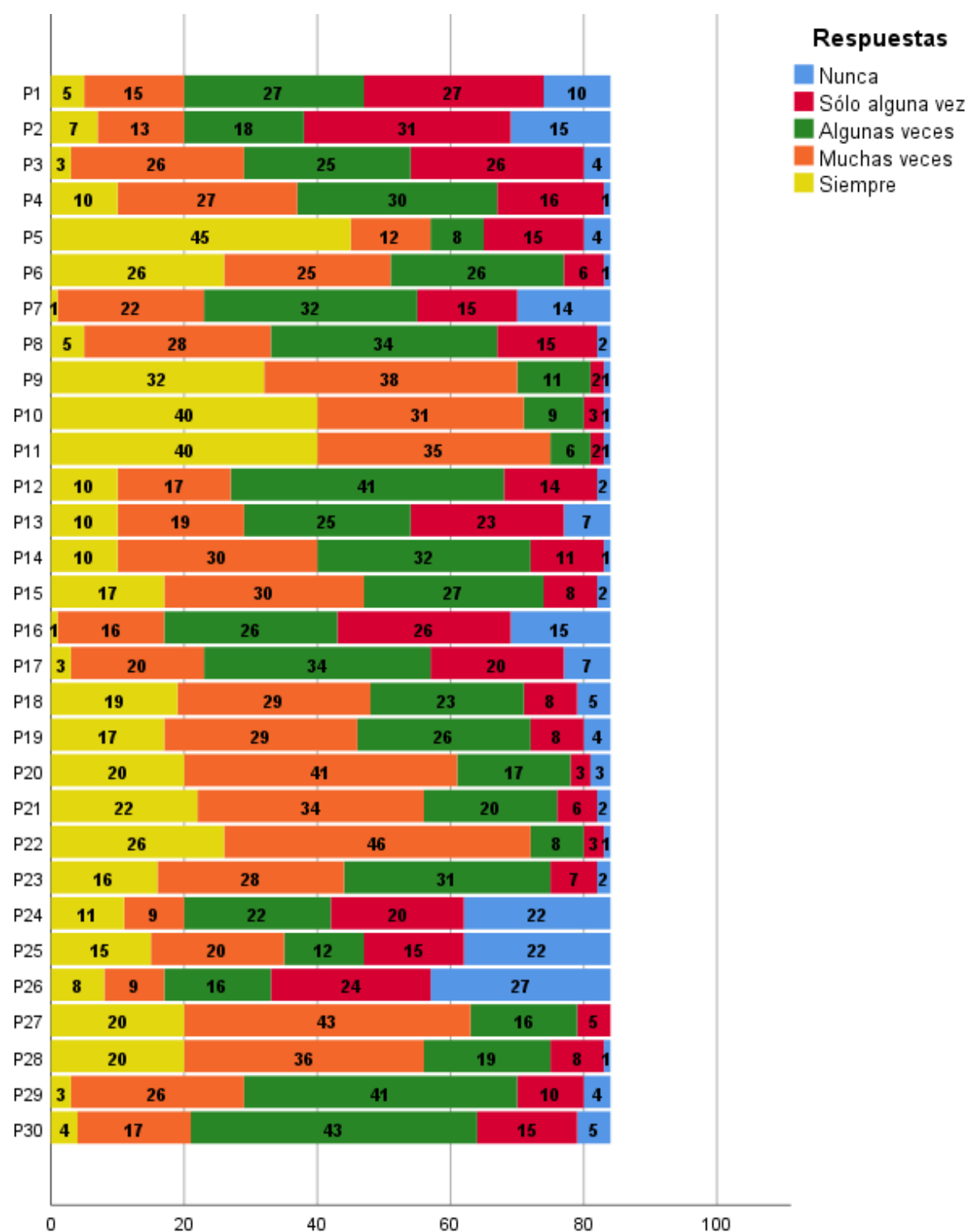


Tabla F4*Distribución de la Despersonalización entre las profesiones*

		Despersonalización			Total
		No afectado	Afectado	Altamente afectado	
Psicología	Recuento	12	18	11	41
	% dentro de Despersonalización	48.0%	40.9%	73.3%	48.8%
	% del total	14.3%	21.4%	13.1%	48.8%
Psiquiatría	Recuento	1	7	1	9
	% dentro de Despersonalización	4.0%	15.9%	6.7%	10.7%
	% del total	1.2%	8.3%	1.2%	10.7%
Trabajo Social	Recuento	7	14	3	24
	% dentro de Despersonalización	28.0%	31.8%	20.0%	28.6%
	% del total	8.3%	16.7%	3.6%	28.6%
Psicopedagogía	Recuento	4	3	0	7
	% dentro de Despersonalización	16.0%	6.8%	0.0%	8.3%
	% del total	4.8%	3.6%	0.0%	8.3%
Acompañamiento terapéutico	Recuento	1	1	0	2
	% dentro de Despersonalización	4.0%	2.3%	0.0%	2.4%
	% del total	1.2%	1.2%	0.0%	2.4%
Terapeuta ocupacional	Recuento	0	1	0	1
	% dentro de Despersonalización	0.0%	2.3%	0.0%	1.2%
	% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
Total	Recuento	25	44	15	84
	% dentro de Despersonalización	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	29.8%	52.4%	17.9%	100.0%

Tabla F5*Distribución de niveles de burnout relativos a cada profesión*

Profesiones	Niveles	Síndrome	Antecedentes	Consecuencias
Psicología	Bajo	31.71%	68.29%	34.15%
	Medio	46.34%	31.71%	41.46%
	Alto	21.95%	0.00%	24.39%
Psiquiatría	Bajo	11.11%	33.33%	22.22%
	Medio	55.56%	66.67%	22.22%
	Alto	33.33%	0.00%	55.56%
Trabajo Social	Bajo	25.00%	54.17%	29.17%
	Medio	45.83%	41.67%	33.33%
	Alto	29.17%	4.17%	37.50%
Psicopedagogía	Bajo	0.00%	57.14%	42.86%
	Medio	71.43%	42.86%	28.57%
	Alto	28.57%	0.00%	28.57%
Acompañamiento terapéutico	Bajo	0.00%	0.00%	0.00%
	Medio	50.00%	100.00%	100.00%
	Alto	50.00%	0.00%	0.00%
Terapeuta ocupacional	Bajo	100.00%	100.00%	0.00%
	Medio	0.00%	0.00%	100.00%
	Alto	0.00%	0.00%	0.00%

Tabla F6*Distribución de niveles de riesgos psicosociales relativos a cada profesión*

		ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
1	B	34.15%	24.39%	60.98%	29.27%	12.20%	34.15%	7.32%
	M	29.27%	56.10%	31.71%	19.51%	17.07%	48.78%	78.05%
	A	36.59%	19.51%	7.32%	51.22%	70.73%	17.07%	14.63%
2	B	0.00%	0.00%	33.33%	11.11%	22.22%	11.11%	0.00%
	M	77.78%	55.56%	55.56%	33.33%	22.22%	66.67%	66.67%
	A	22.22%	44.44%	11.11%	55.56%	55.56%	22.22%	33.33%
3	B	8.33%	8.33%	75.00%	20.83%	12.50%	20.83%	0.00%
	M	37.50%	50.00%	20.83%	33.33%	20.83%	50.00%	70.83%
	A	54.17%	41.67%	4.17%	45.83%	66.67%	29.17%	29.17%
4	B	0.00%	28.57%	71.43%	28.57%	14.29%	28.57%	0.00%
	M	42.86%	71.43%	14.29%	0.00%	71.43%	42.86%	57.14%
	A	57.14%	0.00%	14.29%	71.43%	14.29%	28.57%	42.86%
5	B	0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	50.00%	0.00%	0.00%
	M	50.00%	50.00%	0.00%	0.00%	0.00%	50.00%	100.00%
	A	50.00%	50.00%	50.00%	100.00%	50.00%	50.00%	0.00%
6	B	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	M	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	A	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%

Nota. Por necesidad de espacio: 1 = Psicología, 2 = Psiquiatría, 3 = Trabajo social, 4 = Psicopedagogía, 5 = Acompañamiento terapéutico, 6 = Terapia ocupacional.

Tabla F7*Pruebas de Spearman entre variables demográficas y dimensiones de burnout*

		Síndrome de		
		Burnout	Antecedentes	Consecuencias
Edad	Coeficiente de correlación	.037	.139	-.113
	Sig. (bilateral)	.738	.206	.308
	N	84	84	84
Género	Coeficiente de correlación	.207	.135	-.063
	Sig. (bilateral)	.059	.220	.568
	N	84	84	84
Estado civil	Coeficiente de correlación	-.037	.027	-.202
	Sig. (bilateral)	.740	.805	.065
	N	84	84	84
¿Tiene hijos?	Coeficiente de correlación	-.083	-.044	-.076
	Sig. (bilateral)	.452	.692	.492
	N	84	84	84
Profesión	Coeficiente de correlación	.172	.198	.056
	Sig. (bilateral)	.118	.071	.612
	N	84	84	84
Posgrados	Coeficiente de correlación	-.155	-.163	-.141
	Sig. (bilateral)	.159	.139	.202
	N	84	84	84
Relación laboral	Coeficiente de correlación	-.352**	-.148	-.103
	Sig. (bilateral)	.001	.180	.352
	N	84	84	84
Tiempo de ejercicio de la profesión	Coeficiente de correlación	.010	.084	-.194
	Sig. (bilateral)	.925	.448	.078
	N	84	84	84

		Síndrome de		
		Burnout	Antecedentes	Consecuencias
Antigüedad en la institución	Coeficiente de correlación	.120	.151	.012
	Sig. (bilateral)	.278	.172	.917
	N	84	84	84
Turnos de trabajo	Coeficiente de correlación	-.092	-.012	-.007
	Sig. (bilateral)	.406	.916	.947
	N	84	84	84
Cantidad de horas semanales que trabaja en la institución	Coeficiente de correlación	.311**	.082	.377**
	Sig. (bilateral)	.004	.457	.000
	N	84	84	84
Cantidad de personas que atiende en una jornada laboral habitual	Coeficiente de correlación	.264*	.288**	.257*
	Sig. (bilateral)	.015	.008	.018
	N	84	84	84
Cantidad de guardias realizadas en un mes	Coeficiente de correlación	-.116	-.223*	.001
	Sig. (bilateral)	.293	.041	.992
	N	84	84	84

Tabla F8*Prueba de Kruskal Wallis en dimensiones de burnout agrupadas por relación laboral*

	Síndrome de Burnout	Antecedentes	Consecuencias
H de Kruskal-Wallis	17.192	8.273	3.164
gl	7	7	7
Sig. asintótica	.016	.309	.869

Tabla F9*Rangos de niveles de burnout agrupados por relación laboral*

Dimensiones de burnout	Relación laboral	N	Rango promedio
Síndrome de burnout	Contrato	6	37.92
	Planta permanente	26	56.85
	Interinato	5	35.60
	Suplencia	32	40.30
	Residencia	5	33.30
	Guardias	2	28.00
	Beca	3	19.17
	No especifica	5	23.40
	Total	84	

Tabla F10*Pruebas de Spearman entre variables demográficas y riesgos psicosociales*

		ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
Edad	Coef.	.196	.092	-.050	.104	-.263*	.235*	-.025
	Sig.	.074	.406	.652	.345	.016	.032	.823
	N	84	84	84	84	84	84	84
Género	Coef.	.232*	.173	.061	.116	.066	.153	.142
	Sig.	.034	.116	.583	.294	.549	.165	.197
	N	84	84	84	84	84	84	84
Estado civil	Coef.	-.068	-.087	-.040	-.224*	-.069	-.094	-.195
	Sig.	.539	.430	.717	.040	.533	.394	.076
	N	84	84	84	84	84	84	84
¿Tiene hijos?	Coef.	.103	.150	.045	-.070	-.132	.041	-.205
	Sig.	.351	.172	.687	.528	.230	.713	.062
	N	84	84	84	84	84	84	84
Profesión	Coef.	.250*	.170	.003	.151	-.133	.178	.194
	Sig.	.022	.121	.979	.172	.227	.105	.077
	N	84	84	84	84	84	84	84
Formación de Posgrado	Coef.	.029	-.005	.035	.011	.211	.153	-.145
	Sig.	.790	.961	.752	.918	.054	.165	.187
	N	84	84	84	84	84	84	84
Relación laboral	Coef.	-.221*	-.101	-.044	-.181	.270*	-.346**	-.200
	Sig.	.043	.362	.692	.100	.013	.001	.068
	N	84	84	84	84	84	84	84
Tiempo de ejercicio de la profesión	Coef.	.115	.095	-.077	.101	-.300**	.236*	.097
	Sig.	.296	.390	.488	.361	.006	.031	.381
	N	84	84	84	84	84	84	84
Antigüedad en la institución	Coef.	.131	.182	-.065	.177	-.254*	.322**	.166
	Sig.	.235	.097	.554	.108	.020	.003	.131
	N	84	84	84	84	84	84	84
Turnos de trabajo	Coef.	-.203	-.093	.011	.121	-.014	-.086	.249*
	Sig.	.064	.400	.920	.274	.900	.439	.023
	N	84	84	84	84	84	84	84

		ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
Cantidad de horas	Coef.	.367**	.247*	.018	-.021	-.031	.039	-.015
semanales que trabaja	Sig.	.001	.023	.871	.847	.777	.726	.892
en la institución	N	84	84	84	84	84	84	84
¿Tiene otro trabajo o	Coef.	.003	-.098	.151	.026	.121	.124	.047
ejerce su profesión	Sig.	.980	.375	.169	.813	.272	.259	.669
también fuera de la								
institución?	N	84	84	84	84	84	84	84
Cantidad de personas	Coef.	.276*	.197	.250*	.314**	-.227*	.430**	.269*
que atiende en una	Sig.	.011	.073	.022	.004	.038	.000	.013
jornada laboral								
habitual	N	84	84	84	84	84	84	84
Cantidad de guardias	Coef.	.010	-.005	-.122	-.168	.118	-.251*	-.151
realizadas en un mes	Sig.	.925	.963	.267	.127	.286	.021	.169
	N	84	84	84	84	84	84	84
¿Tiene que llevar	Coef.	-.022	.085	.113	.191	-.140	.214	.151
trabajo a la casa?	Sig.	.844	.444	.304	.082	.205	.050	.171
	N	84	84	84	84	84	84	84

Tabla F11*Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por género*

	ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
H de							
Kruskal-	4.451	2.482	.307	1.114	.365	1.937	1.680
Wallis							
gl	1	1	1	1	1	1	1
Sig.							
asintótica	.035	.115	.580	.291	.546	.164	.195

Nota. La variable de agrupación Género, tiene 3 categorías, pero solo hubo respuestas de 2.

Tabla F12*Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por género*

Dimensión de riesgo psicosocial	Género	N	Rango promedio
Exigencias en el trabajo	Hombre	12	28.79
	Mujer	72	44.78
	Total	84	

Tabla F13*Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por estado civil*

	ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
H de							
Kruskal-	1.478	1.065	2.819	10.584	2.357	1.080	7.932
Wallis							
gl	4	4	4	4	4	4	4
Sig.							
asintótica	.831	.900	.589	.032	.670	.897	.094

Tabla F14*Rangos de niveles en Relaciones interpersonales agrupados por estado civil*

Dimensión de riesgo psicosocial	Estado civil	N	Rango promedio
Relaciones interpersonales	Soltero/a	24	46.83
	En pareja	29	45.12
	Casado/a	23	43.74
	Separado/a	4	11.88
	Divorciado/a	4	21.00
Total		84	

Tabla F15*Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por profesión*

	ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
H de Kruskal-Wallis	6.940	8.513	8.094	5.651	6.453	3.698	3.233
gl	5	5	5	5	5	5	5
Sig. asintótica	.225	.130	.151	.342	.265	.594	.664

Tabla F16*Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por profesión*

Dimensión de riesgo psicosocial	Profesión	N	Rango promedio
Exigencias en el trabajo	Psicología	41	36.82
	Psiquiatría	9	39.67
	Trabajo Social	24	49.69
	Psicopedagogía	7	55.14
	Acompañamiento terapéutico	2	49.25
	Terapista ocupacional	1	26.50
	Total	84	

Tabla F17*Prueba de Kruskal Wallis en riesgos psicosociales agrupados por turnos de trabajo*

	ET	DP	OT	RI	IT	CO	JL
H de							
Kruskal-	8.015	6.635	2.431	2.187	3.500	3.625	5.208
Wallis							
gl	3	3	3	3	3	3	3
Sig.							
asintótica	.046	.084	.488	.535	.321	.305	.157

Tabla F18*Rangos de niveles en Exigencias en el trabajo agrupados por turnos de trabajo*

Dimensión de riesgo psicosocial	Turnos de trabajo	N	Rango promedio
Exigencias en el trabajo	Sólo de tarde	1	13.50
	Sólo de mañana	49	48.13
	Mañana y tarde	29	33.57
	Mañana, tarde y noche	5	44.90
	Total	84	

Tabla F19*Coefficiente de Spearman entre el COPSOQ-ARG y sub-dimensiones del CBB*

		CE	DE	RP	CT	OR	T
ET	Coef.	.578**	.389**	.569**	.437**	.184	.437**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.094	.000
	N	84	84	84	84	84	84
DP	Coef.	.422**	.283**	.403**	.208	.267*	.343**
	Sig.	.000	.009	.000	.057	.014	.001
	N	84	84	84	84	84	84
OT	Coef.	.346**	.034	.407**	.217*	.373**	.484**
	Sig.	.001	.758	.000	.047	.000	.000
	N	84	84	84	84	84	84
RI	Coef.	.466**	.156	.483**	.259*	.639**	.364**
	Sig.	.000	.155	.000	.017	.000	.001
	N	84	84	84	84	84	84
IT	Coef.	-.155	.168	-.312**	-.087	-.090	-.112
	Sig.	.159	.126	.004	.431	.415	.311
	N	84	84	84	84	84	84
CO	Coef.	.348**	.089	.454**	.300**	.483**	.300**
	Sig.	.001	.420	.000	.006	.000	.006
	N	84	84	84	84	84	84
JL	Coef.	.507**	.218*	.413**	.338**	.358**	.356**
	Sig.	.000	.046	.000	.002	.001	.001
	N	84	84	84	84	84	84

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

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

Tabla F20*Coefficiente de Spearman entre dimensiones del COPSOQ-ARG y del CBB*

		SB	AN	CON
ET	Coef.	.660**	.495**	.586**
	Sig.	.000	.000	.000
	N	84	84	84
DP	Coef.	.448**	.338**	.381**
	Sig.	.000	.002	.000
	N	84	84	84
OT	Coef.	.320**	.494**	.371**
	Sig.	.003	.000	.001
	N	84	84	84
RI	Coef.	.477**	.577**	.332**
	Sig.	.000	.000	.002
	N	84	84	84
IT	Coef.	-.145	-.156	-.035
	Sig.	.188	.157	.753
	N	84	84	84
CO	Coef.	.409**	.501**	.285**
	Sig.	.000	.000	.009
	N	84	84	84
JL	Coef.	.483**	.520**	.423**
	Sig.	.000	.000	.000
	N	84	84	84

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

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