

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
ESCUELA DE CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD
DE VIDA

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU
RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA DEL PERSONAL
JUDICIAL QUE LABORA EN LOS JUZGADOS
ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA DOMÉSTICA DE COSTA
RICA.

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magíster Scientiae

Victoria Oviedo Soto

Campus Presbítero Benjamín Núñez
Heredia, Costa Rica

2012

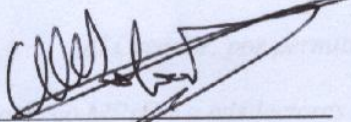
**EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS
ESTILOS DE VIDA DEL PERSONAL JUDICIAL QUE LABORA EN LOS JUZGADOS
ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA DOMÉSTICA DE COSTA RICA.**

Victoria Oviedo Soto

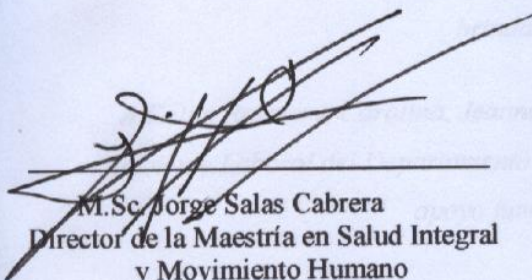
Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

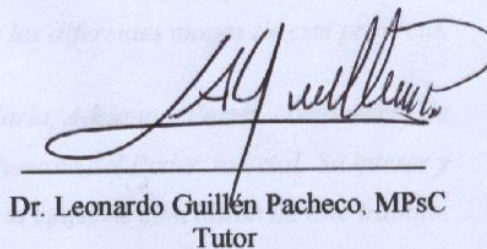
Miembros del Tribunal Examinador



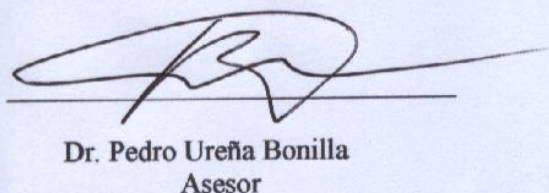
Dr. Willy Soto Acosta
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante



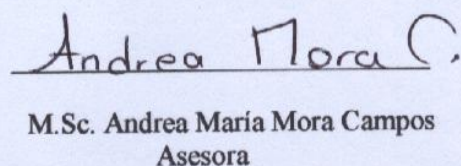
M.Sc. Jorge Salas Cabrera
Director de la Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano



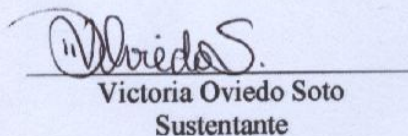
Dr. Leonardo Guillén Pacheco, MPSc
Tutor



Dr. Pedro Ureña Bonilla
Asesor



M.Sc. Andrea María Mora Campos
Asesora



Victoria Oviedo Soto
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Postgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Postgrado de la

Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

AGRADECIMIENTOS

Al Creador, por permitirme alcanzar una meta más.

A mi tutor, Dr. Leonardo Guillén Pacheco MPsC y a mis lectores M.Sc. Andrea Mora Campos y Dr. Pedro Ureña Bonilla, por el acompañamiento brindado en este proyecto. Ha sido un honor contar con la guía de profesionales destacados y con gran calidad humana.

A Flory Ivette Campos M. y Ana Luisa Esquivel M. porque siempre estuvieron allí para brindarme apoyo en las diferentes etapas de este proyecto.

A Katia, Rosmery, Carolina, Jeannette, Javier, Karla, Adriana y Parris, compañeros de Ambiente Laboral del Departamento de Gestión Humana del Poder Judicial. Su interés y apoyo fueron vitales en la etapa de conclusión de este trabajo.

A todos (as) los (las) compañeros (as) de los Juzgados de Violencia Doméstica, por su tiempo y disposición a colaborar.

DEDICATORIAS

A Gabriel, por tu interés en que concluyera este proyecto con éxito. Gracias por tu paciencia, hijo mío. Yo también te amo “hasta el infinito y más allá...”

A Mariliz y Lucía, porque sus oraciones fueron escuchadas y me dieron la fuerza para concluir esta etapa con satisfacción. Las amo titas, ¡son una bendición cada día de mi vida!

A Willy, porque este logro fue gracias a su apoyo.

A mis papás, José Luis y Elsa, porque mis logros son sus logros y mis preocupaciones son las tuyas. En verdad Dios me demostró cuánto me ama al darme un par de seres humanos increíbles como padres.

ÍNDICE

Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Descriptores.....	xii

Capítulo I

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	2
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Conceptos clave.....	8

Capítulo II

Marco conceptual.....	10
Conceptualización de burnout.....	14
Diferencia con otros conceptos.....	16
Dimensiones y fases del burnout.....	18
Desencadenantes y variables facilitadoras del burnout.....	19
Manifestaciones clínicas del burnout.....	23
Consecuencias del burnout.....	26
El burnout en personas que trabajan con violencia.....	27
Modelos teóricos explicativos del burnout.....	29

Instrumentos de medición del burnout.....	32
Estrategias de intervención para la prevención y el tratamiento del burnout.....	35
Concepto de estilos de vida.....	36
Dimensiones del estilo de vida y salud.....	38
Capítulo III	
Metodología.....	41
Tipo de estudio.....	41
Sujetos.....	41
Instrumentos.....	40
Procedimientos.....	53
Análisis estadístico de los datos.....	54
Capítulo IV	
Resultados.....	55
Capítulo V	
Discusión.....	67
Capítulo VI	
Conclusiones.....	75
Capítulo VI	
Recomendaciones.....	79
Referencias.....	81
Anexos.....	88

Índice de tablas

Tabla 1. Diferencias entre el estrés y el burnout.....	17
Tabla 2. Modelos teóricos del origen del burnout.....	31
Tabla 3. Tiempo laborado en el Poder Judicial.....	45
Tabla 4. Tiempo laborado en el Juzgado.....	46
Tabla 5. Puntuaciones de las dimensiones del MBI.....	49
Tabla 6. Resumen de las dimensiones del MBI según sus ítems y valores.....	50
Tabla 7. Valoración de ítems del Cuestionario en cuanto a las prácticas del estilo de vida.....	52
Tabla 8. Rangos de calificación del Cuestionario de prácticas del estilo de vida.....	53
Tabla 9. Promedios, desviaciones estándar y calificación de las dimensiones del MBI...	55
Tabla 10. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según sexo.....	56
Tabla 11. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según edad.....	56
Tabla 12. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según estado civil.....	57
Tabla 13. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según nivel educativo.....	58
Tabla 14. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según tiempo de laborar en el Poder Judicial.....	59
Tabla 15. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según tiempo de laborar en el Juzgado.....	60
Tabla 16. Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según condición laboral.....	60
Tabla 17. Promedios y desviaciones estándar y clasificación de las dimensiones del estilo de vida.....	61
Tabla 18. Matriz de correlaciones de Pearson de las dimensiones del síndrome de burnout y del estilo de vida.....	62
Tabla 19. Percepciones del personal encuestado que labora en violencia doméstica acerca del apoyo institucional que podrían recibir.....	65

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra según sexo.....	43
Figura 2. Distribución de la muestra según edad.....	43
Figura 3. Distribución de la muestra según estado civil	44
Figura 4. Distribución de la muestra según nivel educativo.....	45
Figura 5. Distribución de la muestra según condición laboral.....	46
Figura 6. Distribución de la muestra según puesto.....	47
Figura 7. Promedios de los puntajes de la dimensión DP según estado civil.....	57
Figura 8. Diagrama de dispersión del índice de SBO y el índice de estilos de vida.....	64

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el síndrome de burnout (SBO) y los estilos de vida del personal que labora en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica. Se contó con una muestra de 85 trabajadores (as) judiciales -66 mujeres y 19 hombres- que tenían al menos un año en el juzgado y tenían contacto con personas usuarias. Se les aplicó un cuestionario que incluyó datos sociodemográficos, el Inventario Burnout de Maslach (MBI), que evalúa tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), así como el Cuestionario de prácticas estilo de vida de Arrivillaga, Gómez y Salazar que incluyó seis dimensiones: condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño. Se indagó en el instrumento, la percepción del personal respecto a las políticas de apoyo institucional que podrían recibir. Se encontró que la dimensión CE tuvo un valor medio de $21,8 \pm 12,21$ puntos, la DP de $6,27 \pm 5,93$ puntos y la RP de $41,65 \pm 6,21$ puntos, ubicándose el promedio de las dos primeras dimensiones en un nivel medio y la RP (variable inversa) en un nivel alto. Pese a que hubo una tendencia a que los varones reportaran mayor CE, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuando la presencia del SBO y las variables sexo, edad, nivel educativo, tiempo de laborar en el Poder Judicial, tiempo de trabajar en el juzgado y condición laboral. Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil y la dimensión DP hallándose que los sujetos solteros, en unión libre o separados en comparación con los divorciados, tendrían más actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias de su trabajo debido al endurecimiento afectivo. Igualmente ocurre con las personas separadas, en comparación con las casadas. Respecto a las dimensiones que evalúan el estilo de vida, se observó que cuatro de las seis variables (condición, actividad física y deporte, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios y sueño), se ubicaron en la categoría “poco saludable”. La principal deficiencia se presentó en las prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas las cuales se ubicaron en la categoría “no saludable”. Solamente la práctica de recreación y manejo del tiempo libre, en promedio, se ubicó en la categoría “saludable”. Al correlacionar las dimensiones del MBI se encontró relación: positiva y estadísticamente significativa entre las dimensiones CE y DP ($r= 0.431$, $p= 0.000038$), inversa entre CE y RP ($r=$

0.314, $p= 0.003$) e inversa entre DP y RP ($r= -0.488$, $p= 0.000002$). Las correlaciones entre las dimensiones de prácticas del estilo de vida indicaron relación baja, positiva y estadísticamente significativa entre condición, actividad física y deporte y la RP ($r= 0.226$, $p= 0.038$) y una correlación moderada y estadísticamente significativa entre condición, actividad física y deporte y manejo del tiempo libre. Por último, se elaboró un índice de burnout y otro de estilo de vida y no hubo relación entre ellos ($r= -0.09$, $p= 0.42$). Se concluye que el personal que labora en los Juzgados de Violencia Doméstica presentó niveles medios de CE y DP y alto nivel de RP. Además, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el SBO y las variables sociodemográficas, pero sí hubo entre DP y el estado civil. Con respecto al estilo de vida, en la muestra estudiada predominaron las prácticas poco saludables, siendo una excepción el manejo del tiempo libre y la recreación, la cual destacó como una práctica saludable. Asimismo, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resultó una práctica “no saludable”. Hubo asociación entre CE y DP, CE y RP, DP y RP. Los hallazgos mostraron una correlación positiva entre la práctica de actividad física y deporte, la RP y la recreación y manejo del tiempo libre. Finalmente, no hubo relación entre el SBO y el estilo de vida en la muestra estudiada.

Descriptores

Síndrome de burnout

Estilos de vida

Personal judicial

Juzgados Especializados en Violencia Doméstica

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

La literatura médico-epidemiológica contemporánea presenta un gran volumen de publicaciones sobre el efecto de los estilos de vida y la modernidad en la explicación etiológica de las enfermedades y su distribución en las diferentes poblaciones (Goldbaum, 2003).

Desde la publicación de los primeros trabajos de Canon y Seyle en los años treinta, la investigación ha aportado numerosas evidencias sobre la relación (etiológica en muchos casos y como factor pronóstico de la evolución de enfermedades) entre el estrés y trastornos de salud diversos como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos de base inmunitaria, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicos, el dolor de espalda y los trastornos neuromusculares, trastornos menores de la salud mental, conductas sociales y relacionadas con la salud (hábito de fumar, consumo de drogas, sedentarismo, participación social) y el absentismo laboral por motivos de salud (Consejo General del Poder Judicial, 2005).

El síndrome de burnout -en adelante SBO- es una modalidad de estrés laboral que padecen, de manera especial, ciertos profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas con las que media habitualmente una relación de ayuda (personal sanitario, docente, asistentes sociales, abogados, personal de organizaciones asistenciales, etc.). En este sentido, el personal judicial que labora en Juzgados Especializados en Violencia Doméstica de Costa Rica, se constituye en una población vulnerable a padecer este síndrome, el cual en función de los efectos que produce, puede definirse como una pérdida progresiva de energía y motivación debido a la frustración por los resultados del trabajo realizado; desencadenándose ante la imposibilidad de alcanzar o satisfacer las expectativas de la actividad laboral (Consejo General del Poder Judicial, 2005).

Quienes trabajan en el campo de la violencia doméstica desarrollan un alto grado de compromiso emocional con la tarea, lo cual es positivo y funcional cuando los

elementos del contexto (alta demanda de la persona usuaria, condiciones físicas y sociales del trabajo) y las condiciones personales (elevada autoexigencia, baja tolerancia a la frustración, etc.) no suman factores de riesgo (Corsi, 1999).

La necesidad de estudiar el SBO se aúna a la necesidad de investigar los procesos de estrés laboral, en tanto actualmente las organizaciones deben preocuparse más por la salud integral (física, emocional, mental, etc.) de sus colaboradores (as), ya que ello incidirá en la eficacia de la misma organización (número de incapacidades, absentismo, rotación, entre otros), de ahí el compromiso organizacional para ofrecer espacios preventivos y terapéuticos para abordar esta problemática.

Considerando lo anterior, surge la siguiente interrogante:

¿Se relacionan los estilos de vida del personal judicial que labora en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica con el Síndrome de Burnout?

Justificación:

Es indudable que el trabajo es una parte esencial de la vida del ser humano que influye en su salud y en su calidad de vida, de hecho, Levi y Levi (2000) plantean que esta influencia puede ser positiva o negativa. El trabajo puede aportar objetivos y sentido a la vida y dar estructura y contenido a la vida cotidiana. Además, puede ofrecer respeto, reconocimiento, soporte social y recompensa económica. El dinero, aun siendo importante, no cura ni previene el burnout, excepto cuando se lo considera la única medida de éxito personal. Un ambiente de trabajo saludable y “salutogénico” sería aquel en que las demandas laborales son óptimas (y no máximas) cuando las personas trabajadoras cuentan con un grado razonable de autonomía y cuando el “clima laboral” es amigable y acogedor (Schwartzmann, 2004).

Schwartzmann (2004) plantea que, por el contrario, cuando las condiciones son las opuestas y, sobre todo, si se mantienen crónicamente, las probabilidades de desencadenar o acelerar el curso de enfermedades pre-existentes son muy altas. Los mecanismos que pueden afectar la salud son mediados por la respuesta al estrés en diversos niveles: respuesta emocional (ansiedad, depresión, hipocondría, alienación), reacciones a nivel cognitivo (disminución de la concentración y de la memoria, dificultad para aprender cosas nuevas, ser creativo y tomar decisiones), adopción de

ciertas conductas de riesgo para mitigar el estrés (alcohol, tabaco, drogas, comportamientos destructivos hacia sí mismo y hacia los demás, rechazo a buscar o aceptar tratamiento) y respuestas fisiológicas (alteraciones inmunoendocrinológicas), tales como activación simpática persistente (preparación a la lucha o huida) y/o disfunciones del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.

Desde que Freudenberger escribió sobre el SBO en 1974, los trabajos en este tema se han multiplicado y existen más de 2500 hasta el año 1989 (Kleiber y Enzman, como se citó en Benevidez, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002). Asimismo, de 1994 al año 2000, se habían elaborado 3239 investigaciones, artículos y libros relacionados con el burnout, demostrándose la relevancia y el interés de los científicos en esta temática. Esto podría ser una señal de que se está ante un problema de salud de gran magnitud que es importante estudiar y profundizar.

El burnout es un síndrome que puede afectar a profesionales muy diferentes: en salud, policiales y docentes, entre otros. El término se refiere al conjunto de signos y síntomas que presenta una persona como respuesta al estrés crónico laboral cuando sus recursos de afrontamiento no han sido lo bastante adecuados, ocasionando con ello que se encuentre emocionalmente agotada y tenga actitudes negativas hacia las personas usuarias con quienes trabaja y hacia su propio rol (Aranda, Pando y Pérez, 2004).

Benevidez et al. (2002) refieren que en general es frecuente que este síndrome se presente en poblaciones que deben atender e interactuar de forma asistencial con algún tipo de usuario o cliente que presenta necesidades más o menos imperiosas.

A su vez, Moisés (2006) indica que si se consideran los elevados índices de estrés y de sensación de sobrecarga laboral en profesionales de salud, por ejemplo, es muy probable que se esté frente a un problema de salud ocupacional mayor, relacionado con el SBO, que sin lugar a dudas, compromete la eficacia organizacional y la efectividad en la atención a la persona usuaria.

Desde la perspectiva social y laboral Maslach y Jackson (1979, como se citó Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2003) plantean que el SBO es importante en su relación con disfunciones laborales tales como la rotación y el absentismo y con disfunciones

personales tales como el cansancio físico, insomnio, aumento de consumo de alcohol y drogas, problemas familiares y de pareja.

Por ejemplo, una investigación efectuada por Peralta y Pozo (2006) con el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta en Perú, determinó que el 29.2% de profesionales presentaban SBO asociado significativamente con el tiempo de servicio, la condición laboral, la jornada laboral semanal y el perfil ocupacional.

En la literatura sobre el tema, las variables organizacionales son las principales desencadenantes del SBO, sobre todo las relacionadas con el desempeño del puesto de trabajo (usuarios difíciles, conflictos, ambigüedad y sobrecarga del rol, etc.); pero existen otras variables moderadoras de este síndrome, tales como: las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel académico, etc.), variables de personalidad (locus de control, patrón de conducta, etc.), estrategias de afrontamiento y apoyo social (Ramos, como se citó en Hernández et al., 2003).

En este sentido, como lo apunta Garcés de Los Fayos (2003) todavía hay que ahondar en los aspectos que están influyendo en el origen del burnout pues señala que en alguna medida existe cierta polémica para dilucidar qué tipo de variables son las que están causando el síndrome; es decir, algunos autores se plantean si son las de tipo organizacional, ambiental, de personalidad o una confluencia de todas las que están incidiendo en el burnout.

Hernández et al. (2003) mencionan que aunque el SBO parece manifestarse casi exclusivamente vinculado al ambiente laboral, la realidad es que las personas no llegan a ese ambiente laboral libres de toda influencia sino que deben aprender a integrar todo lo que son, lo que llevan consigo y con lo que se encuentran en ese ambiente laboral.

Por consiguiente, para lograr una comprensión más amplia del estado de salud de las personas, debe haber un abordaje multifactorial que considere las dimensiones y enfoques psicológicos, políticos, socioeconómicos, demográficos, entre otros, considerando variables como estilos de vida, hábitos, educación, etc. De esta forma, el tema de estilos de vida en personas que sufren el SBO es relevante en la medida en que es una expresión sintética, teórica y operacionalmente determinable en la que convergen una multiplicidad de factores (Bustos, Padilla, Pernudi, Sandoval y Solórzano, 2005).

El SBO es un problema de salud asociado, además, a la percepción subjetiva de cada persona (aquello que cada una siente) y está directamente relacionado con la calidad de vida y bienestar de la persona y de su entorno, por ejemplo, los cambios a nivel emocional como ansiedad, miedos o malhumor, cambios en los hábitos de ocio, en el estilo de vida y en el mundo laboral y familiar, entre otros (Unidad de Atención Crohn-colitis, 2006).

En este sentido, si se visualiza el estilo de vida como la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, está determinado por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, no es posible desligarlo del concepto de salud integral de los seres humanos (Unidad de Atención Crohn-colitis, 2006).

Así, los estilos de vida serían aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Son comportamientos que aumentan o disminuyen los riesgos de enfermar y entre las prácticas saludables se pueden citar, por ejemplo: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol y una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, entre otros (Zaldívar, 2005).

Zaldívar (2005) señala que los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad.

Por su parte, Granados, Rodríguez y Valverde (2004) señalan que un estilo de vida saludable no es definible, ya que aún cuando un estilo de vida se considere saludable, puede contener elementos que no favorezcan la salud. Existe entonces una multiplicidad de estilos de vida saludables y hay consenso respaldado por investigaciones científicas en cuanto a que es posible identificar una conducta como

saludable, por ejemplo, la práctica de actividad física, o no saludable, como el consumo de sustancias tóxicas.

En las décadas del 70 y el 80, los estudios sobre el estilo de vida resultaron recurrentes en las publicaciones sobre la Psicología de la Salud. Estos estudios identificaron los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, apoyándose en los hallazgos de la epidemiología y con ello, importaron el enfoque que esta ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida (Mayo y Gutiérrez, 2000).

Algunos estudios identificaron unidades parciales del comportamiento asociados a la aparición de enfermedades específicas: el estrés, el fumado, cáncer, disturbios del sueño, abusos de sustancias, hábitos sexuales, estilo de vida y síntomas del período menopáusico, ejercicios físicos, hábitos alimenticios, etc. Asimismo, el estilo de vida debe enfocarse holísticamente y relacionarse con el concepto de personalidad, ya que puede revelar que determinados comportamientos no reconocidos como factores de riesgo, pueden resultar disfuncionales para el sujeto por el modo en que se interrelacionan con otros (Mayo y Gutiérrez, 2000).

En los países en desarrollo se estima que al menos la mitad de las muertes que ocurren cada año son el resultado de estilos de vida que dañan la salud. Estos hábitos nocivos se establecen desde la infancia y se desarrollan en la adolescencia y adultez, lo que disminuye la posibilidad de una vida saludable y productiva, además de aumentar la morbilidad y mortalidad (Alonso, Martínez y Rodríguez, como se citó en Porras, 2002). Estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, revelan que aproximadamente el 50% de las causas de muerte tienen alguna relación con estilos de vida perjudiciales tales como: el sedentarismo, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y dieta inapropiada (Porras, 2002).

En síntesis, importantes investigadores como Maslach, Jackson, Gil-Monte y Peiró (como se citó en Rubio, 2003) consideran necesario realizar estudios transocupacionales que muestren cómo se desarrolla el burnout en las diferentes profesiones. La necesidad de estudiar el síndrome de burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como a enfatizar en la sensibilidad que han de mostrar las organizaciones en la calidad de vida laboral que ofrecen a su personal.

Por otro lado, como lo refieren Arón y Llanos:

“el problema del desgaste profesional presenta una intensidad cualitativamente distinta cuando el campo de trabajo se refiere a la violencia: ya sea al trabajo con víctimas o con victimarios. El trabajo en estas áreas puede describirse como una profesión de alto riesgo, lo que implica estar expuesto en mayor grado a las consecuencias por el desgaste y agotamiento profesional, lo que significa que para trabajar en estas áreas es importante tomar precauciones...” (2004, p.3).

Además, debe tenerse presente que en la medida que una organización comprenda la importancia de fomentar conductas saludables en su personal y contribuya a ello, podrá mejorar y lograr con éxito su misión y visión. Por ello, con el fin acercarse a la realidad de quienes laboran en los Juzgados de Violencia Doméstica, es relevante investigar sobre el SBO en esta población y si existe relación o no con los estilos de vida que practican.

Objetivo general:

Determinar la relación entre el síndrome de burnout y los estilos de vida del personal que labora en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica.

Objetivos específicos:

1. Medir los niveles de burnout en el personal judicial que trabaja en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica de Costa Rica.
2. Caracterizar las tres dimensiones del burnout, según las variables sociodemográficas como edad, sexo, años de servicio, entre otras.
3. Describir las prácticas del personal judicial que labora en materia de violencia doméstica en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño).
4. Relacionar las dimensiones del estilo de vida y el síndrome de burnout en este grupo de trabajadores(as) judiciales.
5. Conocer la percepción del personal judicial que trabaja en los Juzgados de Violencia Doméstica respecto a las políticas de apoyo institucional que podrían recibir.

Conceptos clave:

Cansancio emocional: reacción caracterizada por el cansancio que va más allá de lo esperado de acuerdo con las exigencias de desempeño físico de las labores realizadas. Incluye una serie de síntomas físicos (dolores de cabeza, de cuello, de espalda, problemas del aparato locomotor, del aparato digestivo, irritabilidad, alteraciones del sueño y del apetito, problemas de la piel); de síntomas conductuales (llegadas tardías al trabajo, absentismo, pérdida del entusiasmo, frustración, aburrimiento, rigidez y dificultad para tomar decisiones) y de síntomas que se expresan interaccionalmente (aislamiento social, irritabilidad con los compañeros de trabajo). Puede aparecer también dependencia al alcohol o drogas como una manera de anestesiar el dolor (Arón y Llanos, 2004).

Despersonalización: actitud impersonal. Imagen negativa sobre sí mismo, pérdida de autoestima, sentimiento de incapacidad para actuar con eficacia. Adopción de una actitud distante, de aislamiento y cinismo como mecanismo defensivo para adaptarse a la situación. Se da un trato impersonal hacia el usuario y los compañeros de trabajo (Arón y Llanos, 2004).

Estilos de vida: conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de las personas, grupos y poblaciones. Patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Estas formas cotidianas de vivir incluyen, entre otros, la instauración, el aumento o la disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado, el cuidado médico y el sueño (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Factores de riesgo: comportamientos de riesgo para la salud, entendiéndolos como factores que aumentan la probabilidad enfermarse, por ejemplo, el sedentarismo, el tabaquismo, los inadecuados hábitos alimentarios, entre otros (Severo, 2005).

Realización personal: se refiere a los sentimientos de autoeficacia y sensación de logro en el trabajo. Por el contrario, la falta de realización personal se caracteriza por síntomas psicológicos como la desmotivación, la irritabilidad, el decaimiento psicológico, la sensación de vacío, el deterioro del autoconcepto, la visión negativa de la vida y de los demás. Vivencias que se mueven en los polos de impotencia y omnipotencia, de autoculpabilización y culpabilización de otros. Se acompaña además de vivencias de incompetencia y fantasías de abandono o cambio del trabajo (Arón y Llanos, 2004).

Síndrome de burnout: Maslach y Jackson en 1981 definieron el síndrome de burnout como una respuesta a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento o cansancio físico y/o psíquico o profesional, actitud fría y despersonalización en relación con los demás y sentimiento de insatisfacción y malestar personal con las tareas que ha de realizar (Morín, 1999).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se efectúa una revisión de investigaciones que hayan versado sobre los principales temas abordados en el presente trabajo. Asimismo, se delimita el término SBO y se compara con otros trastornos emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión.

También se abordan las diferentes perspectivas desde las que se puede estudiar el SBO, su sintomatología, variables que influyen en su aparición, formas de medirlo y evaluarlo y algunas estrategias que se han propuesto para su abordaje. Por último, se enlaza el SBO con el concepto de estilo de vida y salud, para ampliar la comprensión de ambos conceptos.

Como se indicó anteriormente, aunque el SBO se ha investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos, no se conoce ningún estudio realizado en población judicial que labora en materia de violencia doméstica. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras, posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras y psicólogos, educadores, orientadores, estudiantes, personal de centros penitenciarios, entre otros (Gil-Monte y Peiró, 1997). Además, varias investigaciones han estudiado el síndrome en relación con estrategias de afrontamiento, apoyo social, variables de personalidad y ambiente laboral, no así con estilos de vida. De esta forma, es importante mencionar algunos estudios efectuados tanto a nivel nacional como internacional.

Aranda, Pando y Torres (2005), encontraron una prevalencia del SBO de 41,8% en médicos de familia mexicanos. Las variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión “cansancio emocional”. Concluyeron que aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Asimismo, sugieren que quienes ya manifiestan signos y síntomas por este síndrome sean referidos para atención médica y/o psicológica y, si el caso lo requiere, sea incapacitado, con la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador, así como la calidad de atención y de vida de la persona usuaria.

Benevidez et al. (2002) validaron en España y Brasil un instrumento para medir el SBO en psicólogos y encontraron que el inventario mostró una estructura factorial de los tres factores según el modelo asistencial clásico del burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Además, la sintomatología asociada se ubicó en tres dimensiones: consecuencias psicológicas, físicas y sociales.

Morales, Pérez y Menares (2003) estudiaron el proceso de desgaste emocional que afecta a los profesionales que trabajan en instituciones chilenas dedicadas a atender el sufrimiento físico y daño social de niños y jóvenes. Hallaron que en su mayoría estaban en procesos de riesgo para la salud mental y que los procesos grupales son la única estrategia para promover el autocuidado.

Quintana (2005) investigó el SBO en equipos de trabajo en maltrato infantil grave en Chile y su relación con los factores personales, grupales, organizacionales y del contexto socio-legal e identificó y describió los factores protectores. Concluyó que la falta de políticas públicas consistentes en el área, es la fuente que, ligada a dinámicas propias de la temática, más fuertemente incide en la aparición del SBO en estos equipos. No obstante, fenómenos asociados a aspectos organizacionales también predisponen al burnout.

En Costa Rica, Madrigal en el año 2005 señaló que el 9% de psiquiatras y residentes padecía el SBO y en su mayoría eran mujeres. Además, muchos de esos profesionales referían cansancio emocional y despersonalización pero mantenían aún alta su realización personal. La autora concluye, que en la psiquiatría costarricense el SBO observado es relativamente bajo en comparación con gran parte de la bibliografía existente y otros estudios. Según los datos obtenidos el SBO tiene un perfil femenino, entre 30 y 49 años, casadas, con pocos o ningún hijo y lo padecen quienes se desempeñan interinamente en su puesto.

En el ámbito judicial, Castillo (2001) describió algunas fuentes de estrés en el Poder Judicial de Costa Rica, según datos obtenidos de los funcionarios judiciales valorados en el Consejo Médico Forense para la jubilación por enfermedad física o mental. Entre otras causas citó las fuentes intrínsecas al puesto, a las demandas de rol,

exigencia de estatus, estructura organizacional, relaciones interpersonales y demandas individuales.

Barboza (2004) realizó un diagnóstico de los niveles de estrés de los (las) empleados (as) que laboraban en el II Circuito Judicial de San José. Los resultados ubicaron al 19% de la población con estrés de alto riesgo y quienes trabajaban en materia de violencia doméstica se encontraban en el rango de estrés positivo pero con tendencia hacia la desmotivación.

Por otra parte, a nivel deportivo también se han efectuado diferentes estudios en este tema. Alvarado (2004) identificó los niveles de burnout que pueden existir en jóvenes deportistas costarricenses de disciplinas colectivas e individuales, encontrando que no hubo diferencias significativas ni diferencia en los puntajes de burnout reportados por edad, ni por sexo, ni se encontró interacción significativa. Tanto varones y mujeres de disciplinas colectivas e individuales se encontraban dentro de la categoría de alerta, lo cual implica que deben mantenerse vigilantes ante posibles cambios en su nivel de entrenamiento o en sus hábitos cotidianos que podrían llevarlos a ser propensos al burnout.

Montenegro (2004) concluye que el deporte de competencia no provoca necesariamente el SBO, ya que los sujetos de su estudio mostraron mayor tendencia al síndrome por influencia negativa de sus padres y del entrenador que por el factor competitivo. Además, la influencia de los progenitores puede ser positiva o negativa, siendo esta última, un riesgo para el desarrollo del SBO.

Por otro lado, algunos estudios han abordado el estilo de vida en relación con patologías crónicas así como con prácticas sanas o perjudiciales y su impacto en la salud. En esta línea, Porras (2002) encontró que la edad, el sexo, el índice de masa corporal, la escolaridad, la participación en actividades religiosas y la autoeficacia percibida, tienen efecto sobre el estilo de vida, por lo que a mayor autoeficacia percibida mejor estilo de vida promotor de salud.

López, Ariza, Rodríguez y Munguía (2003) construyeron y validaron el primer instrumento para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, encontrando validez aparente, validez de contenido y buen nivel de consistencia del cuestionario.

En Costa Rica, un estudio efectuado por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional, evidenció que para casi la mitad de los entrevistados un estilo de vida saludable se relaciona con bienestar físico, espiritual y mental (IDESPO, 2004).

Miranda y Sirias (2004), caracterizaron los estilos de vida de profesionales en enfermería y encontraron que la población está en riesgo por el sedentarismo, por la jornada laboral mayor a 8 horas y por atender múltiples actividades (casa, hijos, estudio, etc.). Estas últimas además provocan mayor desgaste, cansancio y presencia de síntomas propios del estrés y llama la atención de que pese a que conocen diferentes actividades para manejar el estrés no las utilizan. A grandes rasgos se demostró que los profesionales en enfermería en su mayoría poseen buenos estilos de vida, sin embargo, hay aspectos que deben ser reforzados tales como la actividad física, ya que hay presencia de manifestaciones somáticas frecuentes y el tipo de actividad recreativa que realizan favorece el sedentarismo.

Umaña (2005) encontró que un alto porcentaje de profesionales en enfermería presentaba estilos de vida no saludables en cuanto a alimentación, exceso de trabajo, falta de ejercicio físico, relaciones interpersonales, familiares y laborales, participación comunal, técnicas para el manejo del estrés y autoexámenes físicos (mamas, testículos). Además, señaló que el sexo y el género son determinantes en el estilo de vida y en la salud de las personal y que el proceso de trabajo en enfermería tiene implicaciones negativas en la salud del profesional las cuales pueden incrementarse según el puesto y el servicio de trabajo. Finalmente, la asociación entre elementos del estilo de vida y de la condición de salud potencia el riesgo de año a la salud del profesional.

Mora (2006) por su parte, identificó y analizó síntomas de sobreentrenamiento y el SBO en futbolistas varones en función de los estados anímicos, apoyo percibido de figuras significativas, edad de inicio en la práctica deportiva, experiencia competitiva y

desempeño colectivo. Encontró diferencias significativas entre el nivel de riesgo de burnout, el apoyo percibido del cónyuge y hermanos, los estados anímicos (depresión, tensión y fatiga) y cuatro factores de sobreentrenamiento: fatiga generalizada, disminución de conducta, deseo sexual y alteraciones musculares, falta de apoyo social e irritabilidad y disminución del rendimiento. Además, hubo correlaciones entre los estados de ánimo medidos por el Perfil de los Estados de Ánimo (POMS), los cinco factores del Cuestionario de síntomas de sobreentrenamiento (CSSE) y los puntos de Medida de burnout (MB).

Ahora bien, considerando las anteriores investigaciones y con la finalidad de lograr una mejor comprensión del tema que interesa en el presente estudio y que aún no se ha estudiado en Costa Rica, resulta necesario conocer y profundizar en algunos conceptos clave que se encuentran ligados entre sí y que son fundamentales para la consecución de los objetivos planteados en este trabajo.

Conceptualización de burnout:

Como se mencionó anteriormente, el concepto de burnout surgió en Estados Unidos a mediados de los años setenta cuando Freudenberg lo planteó para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a las personas usuarias de las organizaciones de servicios (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Gil Monte y Peiró (1997) refieren que si bien no existe una definición unánimemente aceptada sobre el burnout, sí parece haber consenso, basado en la definición de Maslach y Jackson, en que se trata de:

“una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (p. 13).

No obstante, este síndrome no está necesariamente restringido a los(as) profesionales de los servicios humanos, pues como Maslach y Schaufeli (1993) señalan, aunque el SBO aparece como una psicopatología específica de estos ámbitos profesionales, el fenómeno se ha descrito también en otro tipo de profesionales como

directivos y mandos medios, entrenadores y deportistas e incluso se ha estudiado fuera del ámbito laboral (personal de voluntariado, activistas políticos y amas de casa).

La presencia del SBO se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite, de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador (Caballero y Millán, 1999).

Por su parte, Pines y Aronson (como se citó en Pazos y Rodríguez, 2005) sostienen que uno de los principales efectos del estrés continuado es el burnout, que consiste en una combinación de fatiga mental, física y emocional, acompañada de sentimientos de impotencia e inutilidad, que repercuten en un bajo interés por el trabajo –y por la vida en general- y baja autoestima. También señala que las personas trabajadoras que asumen mayor compromiso tienden a “quemarse” en forma más severa.

Para Piñuel y Zabala (2004) el burnout se desarrolla a partir de la tensión que genera para el trabajador ir asumiendo los problemas de otros, en una palabra ir “tragándoselos” o ir haciéndolos propios, sin poder efectivamente resolverlos y sin alcanzar aquello que se había propuesto inicialmente en su trabajo o carrera profesional. Este punto de vista es interesante, pues podría responder a la realidad del personal judicial que labora en despachos donde se atienden asuntos de violencia doméstica.

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que en la delimitación conceptual, el SBO puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica asume el burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Desde este enfoque clínico, se señala que el síndrome:

“se refiere a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo” (p. 14).

La perspectiva psicosocial lo define como un proceso que se desarrolla por la interacción de las características personales y del entorno laboral, es decir, debe ser conceptualizado como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en quienes tienen como objeto de trabajo las personas. La diferencia está en que el SBO como estado conlleva un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y si se asume como proceso, comprende una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología a su vez, diferenciada (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Finalmente, un problema paralelo a la definición del SBO es que se tiende a confundir con otros conceptos, por lo que es importante clarificar las diferencias para efectos de analizar posteriormente sus implicaciones.

Diferencia con otros conceptos:

En la literatura especializada se puede encontrar el término burnout con diferente terminología: síndrome de estar quemado, síndrome del trabajador quemado, desgaste profesional, desgaste psíquico, entre otros, que vienen a ser equivalentes. No obstante, es importante diferenciarlo de otros conceptos tales como estrés, depresión, insatisfacción laboral y fatiga.

A diferencia de un estrés puro, el burnout siempre está asociado a sentimientos de desvalorización y fracaso. En términos generales, podría describirse el estrés como “un proceso en el cual las condiciones del entorno exceden o sobrepasan la capacidad de adaptación de las personas, ocasionando cambios psicológicos y biológicos que pueden afectar la salud” (Cohen, como se citó en Schwartzmann, 2004, p. 175). Sin embargo, la sola presencia de estrés laboral no provoca burnout. Las personas pueden funcionar con altos niveles de estrés, si su trabajo les trasmite una retroalimentación positiva. Es decir, el estrés puede tener efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el SBO solo tiene efectos negativos.

Se empieza entonces a diferenciar más claramente el estrés (que también puede producir síntomas somáticos y riesgos importantes para la salud) y el cansancio emocional, característico del burnout (Schwartzmann, 2004).

El Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de Madrid en la Guía sobre Síndrome de Quemado –Burnout- (2006, p.14), resume las principales diferencias entre el fenómeno de estrés y el burnout en la siguiente tabla:

Tabla 1

Diferencias entre el estrés y el burnout

Estrés	Burnout
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Desgaste emocional
Daño fisiológico es el fundamento principal	El daño emocional es el fundamento principal
Agotamiento o falta de energía física	El agotamiento afecta la motivación y energía física
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas	La depresión es como una pérdida de ideales
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	Solo tiene efectos negativos

Nota: Adaptado de “Guía sobre el Síndrome del Quemado-(Burnout)”, por Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de Madrid, 2006, p. 14. Recuperado de: <http://www.ugt.es/slaboral/observ/DOCUMENTOS/burn.pdf>

Por otro lado, respecto a la depresión el aspecto más crucial que permite discriminarla del burnout es que en este, la sensación de impotencia está confinada al ámbito laboral, mientras que en la depresión se extiende cubriendo todos los aspectos de la vida de la persona. En este sentido, la persona “quemada” posee más rutas de “escape” que el depresivo. Sin embargo, en algunos casos, la situación de burnout es seguida de un cuadro depresivo. Cuanto más grave el burnout, está cualitativamente más cerca de la depresión, aunque permanezca como síndrome independiente (Iacovides, como se citó en Schwartzmann, 2004).

Farber (como se citó en Gil-Monte y Peiró, 1997) señala que mientras que la depresión se acompaña en mayor medida de sentimientos de culpa, el SBO se acompaña de ira.

Gil Monte y Peiró (1997) refieren que otro concepto que aparece ligado al SBO es el de insatisfacción laboral. En este sentido este síndrome supone agotamiento o pérdida de energía o motivación por el trabajo y se caracteriza especialmente por la

actitud de despersonalización, la cual no se da en la insatisfacción laboral. El SBO es entonces un constructo más amplio en que podría insertarse la insatisfacción laboral.

En relación con la fatiga Alarcón, Vaz y Guisado (2001) mencionan que si bien es cierto en el SBO existen sentimientos de agotamiento hay dos diferencias: por un lado, la fatiga física no necesita mucho tiempo para la recuperación, y por otro, la fatiga producto de un esfuerzo físico es experimentada positivamente y está acompañada por sentimientos de logro y éxito. El burnout, por el contrario, está acompañado por un profundo sentido de fracaso.

Por otra parte, al considerar el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico y tratándose de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes que tiene implicaciones negativas para la persona, su entorno y la organización, es importante referirse a las dimensiones que históricamente han caracterizado a este síndrome laboral.

Dimensiones y fases del burnout:

Aunque el burnout se ha definido de varias formas por diversos autores, para fines de este trabajo se parte de la concepción de Maslach y Jackson (1981) quienes lo plantean como una respuesta inapropiada de estrés que se caracteriza por:

a. Cansancio emocional, en la que el individuo comienza a sentirse sobrepasado por las tareas que tiene que realizar en su trabajo, percibiendo un cansancio físico y psicológico, que habitualmente es referido como la sensación de no ser capaz de hacer nada por las personas que tiene enfrente y de estar completamente saturado.

b. Despersonalización, caracterizada fundamentalmente por un distanciamiento emocional de las personas con las que trata habitualmente en el trabajo y por cierto cinismo, de manera que se mantiene cierta distancia con ellos o se tiende a etiquetarlos de forma negativa. Aunque un cierto grado de distancia puede ser necesario e incluso beneficioso cuando se trata con situaciones estresantes y de emergencia, demasiada separación puede generar en el individuo actitudes negativas hacia el cliente.

c. Por último y considerado desde un punto de vista opuesto (en la medida en que cuanto menor sea esta medida mayor cantidad de burnout), se encuentra la realización personal que hace referencia a la percepción de eficacia en el trabajo, a la

atribución de que lo que se está haciendo está sirviendo para algo positivo y a una percepción de uno mismo con energía, capaz de crear un buen ambiente en el trabajo, etc.

Por su parte, Piñuel y Zabala (2004) refiere que la persona que padece de burnout atraviesa por cuatro fases:

1ª fase: Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de límite.

2ª fase: Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.

3ª fase: Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase es el núcleo central del síndrome de quemado.

4ª fase: Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración (p.59).

Ahora bien, en este apartado se han revisado los tres principales aspectos que caracterizan el SBO y las fases por las que pasa quien lo padece y considerando que es un proceso en el cual se combinan una serie de estresores o variables es importante mencionar algunos que han sido citados por diversos investigadores en el tema.

Desencadenantes y variables facilitadoras del burnout:

El SBO puede entenderse como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en la propia persona. Se ha mencionado variables de tipo sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, etc.), el tipo de profesión, los conflictos de roles, el clima laboral, el contenido del puesto y características de personalidad entre otras, como antecedentes o facilitadoras de este síndrome. No obstante, esta tarea es compleja ya que podría ser que cualquier situación crónica molesta del entorno laboral se convierta en un estresor y por lo tanto, en un desencadenante o facilitador del SBO (Gil-Monte y Peiró, 1997).

De acuerdo Gil-Monte y Peiró (1997) un desencadenante se refiere a aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral, por ejemplo, el ambiente físico. Por su parte, los facilitadores del SBO serían las variables de tipo personal que facilitan o inhiben la acción que los estresores ejercen sobre el

sujeto, por ejemplo, el sexo, el estado civil, la personalidad, las estrategias de afrontamiento, entre otros.

Con respecto al contexto organizacional, Garcés de Los Fayos (2003) cita los siguientes desencadenantes:

Negativa dinámica del trabajo: fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o jefaturas, mal establecimiento de los roles a desempeñar, etc.

Inadecuación profesional: significa no adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto con el que objetivamente no está adecuado profesionalmente.

Exigencias del trabajo: referidas a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. Cuantas mayores exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, sobre todo si estas exigencias van acompañadas de falta de tiempo.

Realización en el trabajo: conforme la realización en el trabajo es menor la existencia de burnout es de mayor grado.

Interacción trabajador-cliente: en tanto que dicha interacción da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, aparece como una variable predictora del burnout.

Conflicto y ambigüedad de rol: la ambigüedad de rol tiene relación con la necesidad del trabajador (a) de conocer mejor cuáles son sus funciones en el puesto de trabajo. El conflicto de rol está relacionado con el conflicto existente entre lo que la persona trabajadora espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los demás (compañeros y jefaturas) esperan que desempeñe. Lógicamente, a mayor ambigüedad y/o conflicto de rol mayor probabilidad de aparecer burnout. Esta falta de claridad de rol provoca un impacto significativo en la dimensión reducida realización personal.

Recompensas: la falta de recompensas (tanto las económicas como las sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado, o a una trayectoria profesional relevante) predicen la aparición del burnout.

Apoyo organizacional: entendido como apoyo recibido en la dinámica propia del trabajo por parte de las jefaturas y/o compañeros. Cuanto menor apoyo mayor predicción de burnout. Lo que provoca fundamentalmente la falta de apoyo organizacional es el agotamiento emocional. La falta de empatía por parte de quienes pueden ofrecer apoyo como una variable predictora del burnout.

Relaciones con los (as) compañeros (as): dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. Cuanto más aversivo es este clima, más probabilidad hay de que aparezca burnout. Esto ocurrirá principalmente con la dimensión despersonalización.

Rigidez organizacional: esta rigidez se da en aquellas organizaciones excesivamente normativas en las que prácticamente todo está previamente definido y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. En este tipo de organizaciones es más frecuente el burnout.

Estresores económicos: cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout.

Adicción al trabajo: el término se ha aplicado a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Ellos son más propensos a padecer burnout.

Desafío en el trabajo: se refiere a la circunstancia que a veces se da en las personas trabajadoras dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A más desafío más burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.

A nivel intrapersonal, Gil-Monte y Peiró (1997) y Garcés de Los Fayos (2003) mencionan las siguiente variables facilitadoras del SBO:

Locus de control externo: existen correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento del burnout. Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades de que apareciera el síndrome, sobre todo ante

situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar.

Indefensión aprendida: nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo mayor probabilidad de padecer SBO.

Patrón de personalidad tipo A: este patrón caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad. Este patrón de personalidad predispone claramente al burnout.

Sexo: no determina por sí misma la existencia o no del síndrome, como por el hecho de que a esta variable se ligan una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen especialmente. Así las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome.

Edad: es una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Cuanto más joven es la persona trabajadora, mayor incidencia de burnout se encontrará.

Estrategias de afrontamiento inadecuadas: supone que el individuo está empleando unas estrategias de afrontamiento que no son acertadas para hacer frente a la situación, que hace que aumente la posibilidad de padecer burnout. Las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir burnout, mientras que las de control la disminuyen. Quienes padecen este síndrome manifiestan una disminución de los recursos de afrontamiento.

Finalmente, Garcés de Los Fayos (2003) señala las variables del contexto ambiental que pueden favorecer la aparición del SBO:

Apoyo social: se centra en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación con su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. A menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome.

Relaciones interpersonales: son las relaciones mantenidas con familiares y amigos, fundamentalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de padecer burnout. Es especialmente en la dimensión de despersonalización donde más se aprecia esta variable.

Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta. Esta variable tiene más incidencia en la dimensión de la realización personal.

Actitudes de familiares y amigos: está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona. Ante actitudes más aversivas más vulnerabilidad al burnout.

Satisfacción vital: es la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. A menor satisfacción vital más burnout, en concreto mayor nivel de agotamiento emocional.

Por último, si bien el anterior listado no pretende ser exhaustivo, sí permite un acercamiento a la realidad actual sobre las investigaciones que analizan las variables predictoras del burnout. Debe tenerse presente que la mutua influencia que las tres categorías de variables mantienen en el origen del fenómeno del burnout ayudan a comprender la complejidad del síndrome, el cual indudablemente repercute a nivel físico, psíquico, emocional y social en quienes lo padecen. De ahí la importancia de referirse a las manifestaciones asociadas a este fenómeno en la medida en que impacta la salud del trabajador quemado.

Manifestaciones clínicas del burnout:

El diagnóstico precoz del cuadro de burnout no es fácil. Existe un grupo de personas con este síndrome que ocultan sus problemas porque sienten culpa y vergüenza acerca de cómo se sienten y actúan. Otro grupo no se percibe como “quemado” y son las personas del entorno las que perciben los cambios.

La persona *quemada* se siente agotada y vacía de sentimientos o atrapada en el desempeño de su rol profesional. El agotamiento emocional es el elemento clave que define el cuadro, lo que es aceptado desde los diversos planteamientos teóricos. En algunas personas se manifiesta con vivencias de fracaso e impotencia que repercuten sobre la autoestima. En otras se destaca más la baja tolerancia a las frustraciones, manifestada por tendencia a reaccionar en forma agresiva o paranoide, no sólo ante los clientes o usuarios sino también en relación con los (las) compañeros (as) de trabajo (Schwartzmann, 2004).

Schwartzmann (2004) refiere que pueden observarse síntomas de inquietud, dificultades de concentración y memoria, falta de motivación, disminución del rendimiento, comportamientos evitativos. Asimismo se han descrito múltiples síntomas físicos (cefaleas, trastornos gastrointestinales, dolores osteomusculares, sobre todo en la región lumbar), trastornos del apetito y trastornos sexuales.

Se ha destacado, en forma cada vez mayor, la relación entre estrés crónico, burnout y enfermedades cardiovasculares, de hecho, el insomnio en general y el despertar agotado, en particular, son indicadores de riesgo para infarto de miocardio. Ambos parámetros se han encontrado con prevalencia significativamente mayor en trabajadores con síntomas de estrés crónico y burnout. Se encontró, además, que estos trabajadores exhibían niveles altos de irritabilidad post-trabajo (Medina, 2004).

Desde el punto de vista fisiológico, en estos casos se han detectado aumentos del cortisol, que podrían ayudar a comprender el vínculo entre estrés crónico, burnout y enfermedades cardiovasculares. Hay buena evidencia de que el aumento de los niveles de cortisol podría jugar un rol en el proceso de aterogénesis a través del aumento de los lípidos séricos (Medina, 2004).

Medina (2004) señala además, que las manifestaciones de comportamiento incluyen el consumo aumentado de estimulantes, sedantes, alcohol, tabaco y otras sustancias. También se da el distanciamiento afectivo, la disminución de contactos sociales, el aislamiento social manifestado por insensibilidad, distancia excesiva, irritabilidad, hipercriticismo, desconfianza hostil, dificultades a nivel de pareja y familia. Este cuadro aparece en algunas de las personas afectadas como mecanismo de

afrontamiento frente al agotamiento emocional, elemento central del cuadro (Shirom y Melamed, como se citó en Schwartzmann, 2004).

Con respecto a la organización, el burnout produce absentismo, licencias por enfermedad, disminución del rendimiento, intención de abandonar el trabajo, con afectación del compromiso laboral. Existe mayor riesgo de accidentes y errores en el trabajo, además de que se habla de un efecto “contagioso”. En este sentido, el burnout tiene alto impacto socio-económico, en términos de dinero, de pérdida de personal calificado para el cargo y en términos de costo psíquico para los trabajadores. Por esta razón, empresas en diversos lugares del mundo han comenzado a preocuparse del tema e instaurar programas de prevención (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por su parte, Piñuel y Zabala (2004) menciona entre la sintomatología de las personas *quemadas*:

una sensación de inutilidad, sentimiento de estar acabado profesionalmente, sensación de no poder enfrentarse emocionalmente a nada, culpabilidad por no hacer bien su trabajo, sensación de no poder más, agotamiento físico al final de la jornada de trabajo, fatiga al levantarse por la mañana, apatía hacia las necesidades de los demás, sensación de no poder con los problemas humanos del propio trabajo o de que todo le supera, sensación de baja influencia o de no poder hacer nada por ayudar a la gente, endurecimiento emocional con compañeros, familiares o amigos, pasividad o paralización ante los problemas en el trabajo, sensación de frustración continua en el trabajo, sensación de estar abrumado por una cantidad de trabajo insoportable, sensación de desapego afectivo hacia la gente con la que trabaja y agobio por tener que trabajar con personas (p.55).

Finalmente, como lo refieren Gil-Monte y Peiró (1997) hay que tener presente que las experiencias de estrés en general provocan en las personas respuestas fisiológicas, cognitivo-conductuales y afectivas que si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas al estrés son mediadores en la relación estresor-salud y que tienen un papel fundamental en las consecuencias a largo plazo del estrés que pueden ser en el campo de la salud física y la salud mental y si se

quiere extender un poco más, en la salud laboral. Teniendo en cuenta lo anterior, se exponen brevemente, algunas consecuencias del SBO en diferentes niveles.

Consecuencias del burnout:

Al igual que otros factores de riesgos de origen psicosocial –como el acoso psicológico, acoso sexual, etc.-, el SBO constituye un grave problema de salud laboral. Sin embargo, también afecta muy negativamente a las organizaciones y a la sociedad en general, al *quemar* anticipadamente la *producción* de una parte de sus *recursos humanos* (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de Madrid, 2006).

El SBO al igual que el estrés comparte algunas de las consecuencias negativas para la salud física y psíquica de los trabajadores, aunque en estos casos la gravedad suele ser mayor y por tanto, mayores son las secuelas.

Las consecuencias planteadas por el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de Madrid (2006) son:

Consecuencias físicas: cefaleas, dolores musculares, dolores de espalda, fatiga crónica, molestias gastrointestinales, úlceras, hipertensión arterial, asma, taquicardia.

Consecuencias psicológicas: frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, sentimientos de desamparo y de inferioridad, desconcentración, agresividad.

Consecuencias para la organización: infracción de normas, disminución del rendimiento, pérdida de calidad del servicio, accidentes, incapacidades.

Según Madrigal (2005) al considerar las consecuencias para la organización, se debe tener presente que el SBO es “contagioso a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral”. Además, hay propensión al abandono de la institución, lo cual genera costos, pérdida de la eficacia y eficiencia, etc.” (p.32).

También se produce un incremento del absentismo que en el caso de los despachos judiciales repercute indiscutiblemente en la calidad del servicio a la persona usuaria, con la consiguiente redistribución del trabajo y la sobrecarga laboral para el resto del personal de la oficina. Esto a su vez se convierte en un círculo vicioso en el

cual el empleado judicial evita ciertas tareas, atiende deficientemente al usuario(a) o comete más errores, lo que trae consigo recriminaciones de la jefatura que afectan al empleado, baja su motivación y se vuelve al inicio de este círculo. Esto a su vez, genera un aumento de los conflictos interpersonales con los (las) jefes y compañeros (as) (Madrigal, 2005). Por todo esto, para comprender mejor el fenómeno del burnout es importante contextualizarlo desde las particularidades de quienes laboran en el campo de la violencia.

El burnout en personas que trabajan con violencia:

El primer paso para visualizar lo difícil de laborar en violencia doméstica desde el ámbito judicial, es que quienes laboran en este campo sean conscientes que desempeñan una función de riesgo, ya que son “el receptáculo de contenidos tóxicos y de personas que están siendo tremendamente deterioradas y eso no puede significar que además paguen con su salud y con la configuración de los equipos de trabajo” (Arón, 2004, p. 6).

Según esta psicóloga chilena (2004), la sintomatología asociada al desgaste y al agotamiento profesional no es un problema de trastornos psicológicos individuales sino que se trata de reacciones que presentan todas las personas que trabajan en contacto con ciertas temáticas y en determinadas condiciones laborales.

Arón (2004), plantea tres conceptos fundamentales para comprender el problema de burnout en personas que trabajan con violencia:

Contaminación temática: hace referencia al efecto que tiene sobre las personas y los equipos el trabajar con temas de alto impacto emocional, como son el daño y la violencia en todas sus formas. Esto va produciendo un impacto silencioso en las personas y los equipos que equivale al contagio y la contaminación que ocurre insidiosamente al vivir en contacto cercano con sustancias tóxicas. Este impacto se traduce en fenómenos como la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos.

Traumatización vicaria: se refiere al efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos que las víctimas de cualquier forma de violencia reportan. Uno de los efectos de trabajar en contacto con la violencia es que el (la) trabajador (a) se contacta con sus propias experiencias de abuso y maltrato, conscientes o no conscientes,

actuales o pasadas. Estas experiencias pueden referirse al haber sido víctima o victimario. Algunos de los efectos de esta victimización vicaria es la hipersensibilidad frente a situaciones en que uno siente que sus propios derechos son atropellados y como consecuencia aparece una hiperreactividad frente a esas situaciones. Personas que se caracterizaban por su serenidad y tranquilidad para enfrentar situaciones conflictivas comienzan a reaccionar con enojo o a sobrereaccionar, cuando están en contacto con temas como la violencia.

Traumatización de los equipos: En los sistemas abusivos se describe una dinámica en que participan los abusadores -personas que están en una posición de poder y abusan de ella-, las víctimas -que sufren el abuso de poder recibiendo daño físico o psicológico- y los terceros, que son quienes saben, o están en posición de saber que está ocurriendo el abuso.

La traumatización de los equipos versa sobre el efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del círculo de la violencia. Es decir, algunos pueden ser percibidos por los demás como abusadores, la mayoría se percibe a sí mismo como víctima, los equipos se disocian, se arman coaliciones o *bandos* en el contexto judicial. Las emociones que circulan son las de miedo intenso, aislamiento, dificultad para hablar sobre sus conflictos, persecución, sensación de abuso, abuso de poder, designación de chivos expiatorios, expulsión de algún miembro, conflictos de lealtades. El trabajo con las personas usuarias también puede afectarse al recibir de rebote la carga de los conflictos no resueltos del grupo.

Así, los equipos traumatizados pueden ocasionar mucho sufrimiento a sus integrantes y habitualmente tienen una alta rotación de personal, pudiendo llegar a desintegrarse por completo.

Uno de los planteamientos relevantes de Arón (2004) es la reformulación de estos problemas como *traumatización de los equipos* ya que ello permite abordar el problema desde una perspectiva grupal más que individual como tradicionalmente se ha hecho, pues se ha enfatizado en las características de personalidad de tal o cual integrante del equipo y se reduce la solución a las psicoterapias individuales como única salida. Esto parte de la premisa de que estas personas están en condiciones emocionales,

de orden práctico y económico para realizarla. En el mejor de los casos puede aliviarse el sufrimiento individual pero no se abordará el tema del trabajo del equipo y ni el servicio que se brinda a las personas usuarias que requieren atención, orientación y apoyo.

De acuerdo con lo planteado hasta el momento, el SBO implica un proceso dinámico de desgaste por estrés laboral que impacta a las personas en diferentes áreas de su vida, a la organización y que además, tiene sus particularidades en los grupos de trabajo que se desempeñan en ámbitos laborales tan fuertes como el de la violencia. Desde que este concepto de burnout apareció en la literatura, se han elaborado una multiplicidad de explicaciones para comprender su etiología o génesis como respuesta al estrés laboral. Esto revela una necesidad de explicar este fenómeno para ampliar su comprensión y para desarrollar posteriormente hipótesis dentro de un marco teórico determinado. A continuación se exponen algunos de estos modelos teóricos.

Modelos teóricos explicativos del burnout:

De acuerdo con Gil-Monte y Peiró (1999), los modelos teóricos agrupan una serie de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome y que discuten a través de cuales procesos los individuos llegan a sentirse quemados.

Entre los estudios que abordan el SBO desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias según el orden secuencial en que aparecen y se desarrollan los tres síntomas básicos que los integran: baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Gil-Monte y Peiró (1997) señalan que las diferencias radican en el síntoma que se presenta como primera respuesta al estrés laboral percibido, en la secuencia de progreso del síndrome y en la explicación de los mecanismos cognitivos que emplea el sujeto en el proceso de quemarse.

Comprender este proceso es importante para poder identificarlo, prevenirlo y desarrollar estrategias adecuadas para su intervención.

Gil Monte y Peiró (1997) clasificaron en tres grupos los modelos elaborados para explicar la etiología del síndrome y sus consecuencias para el individuo y para la organización: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

La teoría sociocognitiva del yo considera a la autoeficacia, a la autoconfianza y al autoconcepto para explicar el desarrollo del problema. Si a la motivación del individuo le surgen barreras que le dificulta el logro de los objetivos, disminuye la autoeficacia y aparece el burnout.

La teoría del intercambio social propone que el SBO se origina en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia cuando se establecen relaciones interpersonales. Cuando una persona establece una relación de intercambio con sus compañeros (as) o usuarios (as) y percibe que aporta más de lo que recibe se desarrolla el síndrome.

La teoría organizacional incluye como antecedentes del SBO las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Así, los estresores de la organización y las estrategias empleadas ante el burnout son aspectos clave de esta teoría.

Ortega y Ruiz (2004, p. 151) afirman que dentro de cada uno de estos modelos teóricos hay autores que proponen su propia secuencia del proceso de burnout y resumen los más destacados de la siguiente forma:

Tabla 2

Modelos teóricos del origen del burnout

Autores	Principales características	Secuencia por orden de aparición del proceso de burnout
Golembiewski, Munzernrider y Carter (1983)	El agotamiento emocional es el principal síntoma	1.Despersonalización (DP) 2.Baja realización personal (RP) 3.Cansancio emocional (CE)
Maslach y Jackson (1986)	SBO como resultado de la incapacidad para enfrentar el estrés en el trabajo	1. CE 2. DP 3. RP
Leiter y Maslach (1988)	BO es consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas	1. CE 2. DP 3. RP
Farber (1991)	BO influida por las percepciones hacia factores organizaciones, individuales y sociales.	1. DP 2. CE 3. RP
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel	Emociones y cogniciones son variables mediadoras en el BO.	1. RP 2. CE 3. DP

Nota: Adaptado de “El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International”, por Ortega, C. et al. López, F., 2004, *Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (1), p. 11. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740108.pdf>

Considerando los diversos modelos teóricos explicativos del SBO, resulta fundamental conocer cómo se puede medir y diagnosticar este síndrome. Ello con el objetivo de brindar la prevención y el tratamiento oportuno, por lo que se presentan a continuación algunos instrumentos desarrollados para estos fines.

Instrumentos de medición del burnout:

Según la literatura revisada, desde que el concepto de burnout fue planteado, se han propuesto diferentes instrumentos para estimarlo. Esto ha incluido observaciones clínicas, entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluaciones con escalas.

Como lo plantea Schwartzmann (2004, p. 181) el desafío que plantea la nueva concepción que parte de la percepción de la persona que sufre del SBO “es disponer de instrumentos adecuados de medida, basados en modelos teóricos y que presenten las propiedades psicométricas que le den validez y confiabilidad”.

Ortega y Ruiz (2004) citan primeramente el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* creado por Maslach y Jackson en 1981, como el más ampliamente utilizado. Es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta ¿con qué frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo burnout: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems) y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de burnout.

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etc., como de hecho se suelen plantear en las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario (Garcés de Los Fayos, 2003).

Este autor (2003) indica que en lo referente a la fiabilidad del MBI, Maslach y Jackson citan los siguientes índices a: 0.90 para la de Agotamiento Emocional, 0.71 para Falta de Realización Personal y 0.79 para Despersonalización.

En cuanto a la validez convergente, y apoyándose en otros trabajos anteriores, las autoras indican que las puntuaciones obtenidas en el MBI correlacionan positivamente con las evaluaciones que sobre la conducta del trabajador hacen las personas que lo conocen, la presencia de ciertas características del trabajo que contribuyen a experimentar burnout, las medidas de varias hipótesis de resultados planteadas en relación con el comportamiento del instrumento. La validez discriminante queda demostrada en tanto que las autoras presentan evidencias de bajas correlaciones entre las escalas del MBI y otros constructos como la satisfacción laboral, que fundamentan dicha validez (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (como se citó en Garcés de Los Fayos, 2003) se creó originalmente como instrumento de medida del tedium que es un constructo más amplio que el burnout abarcando a este y a otros síndromes. Este inventario se transformó posteriormente en el Burnout Measure, tras un replanteamiento conceptual del constructo por parte de los autores.

El TM es una escala también tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca a siempre) que mide las tres dimensiones del burnout que los autores conceptualizaron: agotamiento físico, emocional y mental. Es interesante destacar que los autores entienden que el burnout puede ser provocado tanto dentro como fuera del contexto laboral, lo que le distancia de la fundamentación teórica del MBI y amplía la visión del síndrome a otros ámbitos no relacionados con el trabajo (Garcés de Los Fayos, 2003).

Cada uno de los factores anteriores están compuestos por siete ítems, y los estudios realizados acerca de este instrumento apoyan, en general, la fiabilidad y validez del instrumento, como han puesto de manifiesto algunas investigaciones la fiabilidad que superan el 0.80: 0.82 de Agotamiento Emocional, 0.84 de Agotamiento Físico y 0.86 de Agotamiento Mental, señalando además la adecuada validez convergente del TM. Cabe destacar, por otra parte, que Schaufeli y Van Dierendonck (como se citó en Gil-Monte y Peiró, 1997), concluyen que este no es aceptable para medir burnout pues, si bien detecta aceptablemente el nivel subjetivo de estrés, no se completa con la medición de los componentes actitudinales del burnout.

Con todo, mientras el conocimiento que se tiene del MBI es amplio, el desarrollo de una verdadera línea de investigación sobre el TM está por realizar, a pesar de crearse ambas escalas en el mismo tiempo.

El Staff Burnout Scale (SBS) de Jones fue creado en 1980 y es una escala compuesta por 30 ítems que parte de los estudios de Maslach y Jackson. La escala pretende medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que están en el origen del burnout. La escala ofrece una puntuación general de burnout que permite una gradación según la frecuencia que el sujeto indica en sus respuestas a los ítems. Sin embargo, el instrumento presenta una estructura factorial de cuatro componentes: insatisfacción con el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad física y distrés y negativas relaciones profesionales con los pacientes. Es una escala preparada para medir burnout sólo en profesiones relacionadas con la salud, con lo cual queda bastante limitado su uso (Garcés de Los Fayos, 2003).

En cuanto a sus características psicométricas, este autor (2003) señala que la fiabilidad del instrumento se sitúa en 0.93 y los resultados de su validez son similares a los encontrados en el MBI.

Esta breve revisión de instrumentos para medir el SBO es importante puesto que dichos cuestionarios y escalas han generado un gran volumen de investigaciones, sin embargo, pareciera que es preciso unificar criterios sobre el concepto del síndrome, el cual es el punto de partida para construir dichos instrumentos.

Por otro lado, si se considera el SBO como un riesgo psicosocial en el lugar de trabajo, es preciso conocer si en las organizaciones se está dando este síndrome con la finalidad de proponer y desarrollar intervenciones preventivas y de contención para las personas trabajadoras. Así entonces, se retoman a continuación algunas propuestas sobre los niveles de intervención que deben considerarse al abordar este tema.

Estrategias de intervención para la prevención y el tratamiento del burnout:

Es claro que el SBO es un proceso que se desarrolla como respuesta al estrés laboral crónico que se da con frecuencia en el personal que labora en organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con las personas usuarias de dichas organizaciones.

Si se parte de este criterio, la primera medida para evitar, controlar y reducir el síndrome es conocer sus manifestaciones y contemplar tres factores para la intervención, a saber, las estrategias individuales, las interpersonales y grupales y las organizacionales.

Las estrategias individuales deben incluir técnicas de relajación, técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, capacitación en solución de problemas, entrenamiento asertivo, el entrenamiento para la adquisición y mejora de las estrategias de afrontamiento y técnicas de autocontrol, entre otras (Ortega y Ruiz, 2004). Además, es sano aumentar la competencia profesional, el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, el ejercicio físico, la recreación y cortos descansos durante las horas de trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por su parte, las estrategias interpersonales y grupales deben dirigirse a fomentar el apoyo social por parte de los(las) compañeros(as) y jefaturas pues esto es una forma de retroalimentar la propia ejecución de las tareas y en última instancia, de conseguir apoyo emocional y ayuda (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por último, a nivel organizacional las estrategias deben incluir programas preventivos dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Por ejemplo, es importante revisar la comunicación, la distribución del trabajo, la retroalimentación sobre el desempeño de roles, la participación, las normas, el estilo de supervisión, las oportunidades de promoción o ascenso, las recompensas, entre otros aspectos.

En síntesis, no se puede plantear el manejo del SBO sin revisar estos tres niveles y sin una modificación personal, grupal y organizacional de las actitudes y aptitudes.

El estudio del burnout no puede entonces hacerse únicamente en términos de desarrollo teórico, sino que deben considerarse las prácticas individuales, grupales y

organizacionales, es decir, que el SBO “no debería pensarse principalmente en términos intrapsíquicos, sino de prácticas sociales, es decir, en términos culturales, económicos y políticos” (Moreno, Garrosa, Benevidez y Gálvez, 2003, p. 4).

Más allá de ser un concepto aislado, el burnout tiene implicaciones en la salud del individuo y repercusiones en otros niveles (familiar, laboral, etc.) por lo cual resulta interesante conocer las prácticas que pueden promocionar o deteriorar la salud y repercutir obviamente, en la calidad de vida de las personas.

Muchos problemas de salud contemporáneos, como el SBO, parecen más de origen social que individual. La forma en que la gente se comporta, el tipo de alimentos que ingiere, sus hábitos de ejercicio, el cuidado que tiene de sus dientes, los cigarros y el alcohol que consumen, influyen de un modo decisivo en su estado de salud. El estilo de vida en general con el que viven los individuos y los riesgos a los que se expone, condicionan sus posibilidades de enfermar y morir antes de lo previsible (Alarcón y Hernández, 1998).

Por ello, se abordan a continuación algunos tópicos relacionados con el concepto de estilos de vida, tales como su definición, la relación con la salud y las dimensiones que abarca.

Concepto de estilos de vida:

Los asuntos relacionados con el bienestar de las personas son una preocupación constante de los profesionales de las ciencias de la salud.

Hoy en día, se vive en una paradoja donde, por un lado, se contempla y admiran los avances tecnológicos cuyo fin es facilitar la vida en el trabajo y en la vida cotidiana, y por el otro, se paga un alto precio por el estilo de vida que se lleva. Además, no se pueden ignorar los factores asociados con el proceso de globalización que se ha venido desarrollando.

La OMS (2001) plantea comprender la salud no solo como ausencia de enfermedades, sino como el estado completo de bienestar físico, psíquico, emocional, social y espiritual. Esta concepción implica que la salud debe abordarse integralmente y para ello es importante conocer los comportamientos sanos y no sanos -estilos de vida- que inciden en la calidad de vida.

El concepto de estilo de vida se relaciona con esta concepción, en tanto es a través de prácticas adecuadas que las personas pueden *acercarse* a ese completo estado de bienestar biopsicosocial y espiritual.

Se ha definido el estilo de vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de las personas, grupos y poblaciones y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003). Implica un conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos que caracterizan el modo de vida de las personas. Estas formas cotidianas de vivir incluyen, entre otros, la instauración, el aumento o la disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado, el cuidado médico y el sueño.

El término estilo de vida se utiliza de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (como se citó en Umaña, 2005, p. 32) para designar “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales”.

La OMS (como se citó en Umaña, 2005, p.32) reporta que “el estilo de vida comprende los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente a aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos tales como características nutricionales, horas de vigilia y descanso, hábito de fumar, uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico y otros rasgos del contexto donde se desenvuelven los individuos”.

Así, el estilo de vida no es una simple suma de actividades que realizan las personas, sino una estructura unificada de necesidades conectadas con los valores y actividades en las que interrelacionan factores materiales y espirituales y que regulan la toma y el contenido de cada vida (Boruslav, como se citó en González y Fernández, 2004).

Dimensiones del estilo de vida y salud:

Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud. Además, algunos ámbitos sanitarios comparten los mismos determinantes, como son el tabaco, el alcohol y la alimentación (Comisión Europea, 2005).

Los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida pueden ser específicos de una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, pero pueden también estar muy vinculados a aspectos culturales. Además, los factores socioeconómicos constituyen un motivo importante de variaciones en la salud. Todas las acciones encaminadas a tratar los factores determinantes de la salud ligados al estilo de vida abordarán estos condicionantes (Comisión Europea, 2005).

Walker, Kerr, Pender y Sechrist (como se citó en Guibert, Grau, Romero, Prendes y Chacón, 2000) definieron algunos comportamientos que conforman un estilo de vida promotor de salud. Estos comportamientos se relacionan con el desarrollo personal (la autoestima, los propósitos vitales realistas y satisfacción con la propia situación personal), la responsabilidad con la salud (información y educación sobre la salud, conocimiento del estado personal actual de los factores de riesgo que causan las enfermedades), los hábitos de ejercicios (vida activa con práctica de ejercicio físico apropiado para la salud y la edad), los hábitos nutricionales (comportamientos relacionados con la cantidad y calidad de la alimentación), el apoyo interpersonal (interacción social, habilidades de interacción y de expresión de sentimientos, con personas cercanas y distantes) y las habilidades para el manejo del estrés (práctica de relajación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes que desencadenantes de estrés).

Rodríguez, López, Munguía, Hernández y Martínez (2003) señalan nueve indicadores sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, depresión) y carrera (labores).

Arrivillaga, Gómez y Salazar (2002) indican que los estilos de vida se refieren a:

formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño (p.3).

Como se observa, el tema de estilo de vida es posible abordarlo y evaluarlo desde varias perspectivas, ya sea desde las características de personalidad, la influencia social y económica, los comportamientos grupales o integrando varios de estos aspectos.

Además, referirse a un estilo de vida sano implica mencionar algunos comportamientos de riesgo para la salud, entendiendo estos como factores que aumentan la probabilidad de que aparezcan enfermedades. En este sentido, existen comportamientos de riesgo, algunos más comunes y más letales para salud en comparación con otros (Severo, 2005) y también prácticas sanas o protectoras que favorecen la calidad y expectativa de vida.

Un dato interesante es que según Stuart-Hamilton (2002), las personas rara vez adquieren “malos hábitos” en sus últimos años de vida y en consecuencia, los estilos de vida no saludables no son únicamente un problema de las personas en edad avanzada.

Por otro lado, los continuos avances tecnológicos y científicos generan cambios en los hábitos de la población, por ejemplo, hacia un estilo de vida caracterizado por la falta de movimiento o inactividad, lo que da cabida al sedentarismo y consecuentemente, al sufrimiento de múltiples enfermedades (Barboza, Granados y Peterkin, 2004).

Finalmente, a partir de lo anteriormente expuesto, se considera que el presente trabajo es relevante al abordar una temática ampliamente tratada –el SBO- en una población poco abordada: personal judicial que labora en la materia de violencia doméstica, incorporando la variable estilos de vida en dicho estudio.

Se coincide con Arón y Llanos (2004) respecto a que quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestos a un nivel de desgaste profesional que puede llegar al agotamiento profesional o burnout y ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo.

Es indiscutible que el fenómeno de la violencia impacta día a día al ser humano y los equipos trabajo de los juzgados no escapan a ello: esto puede erosionarlos con graves consecuencias tanto para la supervivencia de los equipos, para sus integrantes y para los consultantes o usuarios que son atendidos por estos(as) trabajadores (as) judiciales.

Además, conocer los estilos de vida de estas personas permitirá comprender los alcances y el impacto que podrían tener en su salud o enfermedad dichas prácticas y en esta medida y a futuro, proponer abordajes integrales para la prevención y tratamiento del SBO.

Capítulo III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

La presente investigación pretende conocer la posible relación entre el burnout y los estilos de vida. Se trató de un estudio cuantitativo, transversal y correlacional. Es cuantitativo dado que analiza diferentes aspectos que pueden ser fácilmente medibles y cuantificables, transversal porque se estudiará una población en un momento y lugar determinado y correlacional puesto que este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular (Torné y García, 2001).

Los estudios correlacionales miden las variables que se pretenden conocer si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. El propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar conocer el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variable relacionadas (Torné y García, 2001).

Estos autores (2001) señalan que los estudios correlacionales introducen elementos útiles para la formulación de hipótesis en estudios posteriores.

Sujetos:

Los (las) participantes en este estudio fueron los (las) trabajadores(as) judiciales con al menos un año de laborar en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica y que tenían contacto directo con las personas usuarias.

Al momento iniciar el estudio, el sitio web de la Comisión permanente para el seguimiento de la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar en el Poder Judicial señalaba que a nivel nacional existían aproximadamente 72 juzgados competentes en materia de violencia doméstica, distribuidos por provincias de la siguiente manera: San José y Alajuela con 15 juzgados cada una, Cartago, Heredia y Limón con 6, Puntarenas con 14 y Guanacaste con 10.

A partir de esta información se consultó vía telefónica con la persona coordinadora de cada juzgado, si el despacho era especializado o no y la cantidad de personal que laboraba en el despacho.

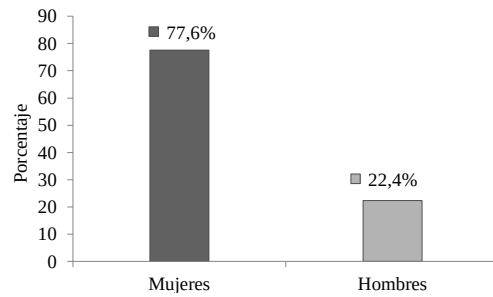
Se encontró que la mayoría de estos despachos atendían otras materias aparte de violencia doméstica, tales como contravenciones, asuntos civiles, de trabajo, familia y penal juvenil y que únicamente 12 de ellos eran especializados.

En estos juzgados especializados laboran uno(a) o más jueces, un(a) coordinador(a) judicial, técnicos judiciales y en algunos casos, un(a) notificador(a) y un(a) auxiliar de servicios generales 2 (conserje). También hay profesionales en Psicología y en Trabajo Social quienes realizan una labor de peritaje, aunque dependen técnica y administrativamente del Departamento de Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial.

Por ello, en la presente investigación se consideraron como criterios de inclusión el laborar en un Juzgado Especializado en Violencia Doméstica del I y II Circuito Judicial de San José, Hatillo, Desamparados, Pérez Zeledón, Alajuela, San Carlos, Cartago, Heredia, Puntarenas, Limón y Pococí, el desempeñarse en el puesto por al menos un año y tener contacto directo con las personas usuarias.

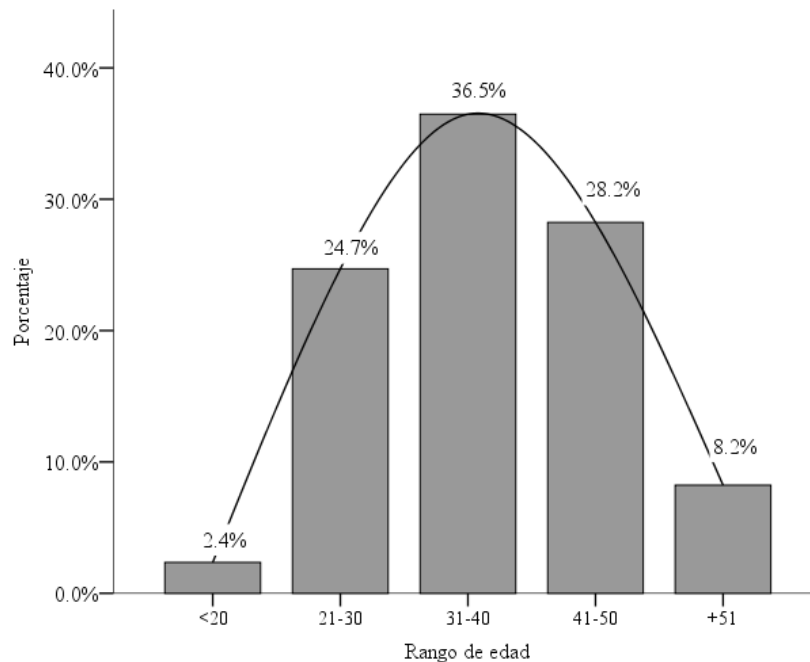
De una población de 90 personas, la muestra definitiva estuvo compuesta por 85 sujetos: el 77,6% son mujeres (n=66) y el 22,4% (n=19) hombres, como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Distribución de muestra según sexo



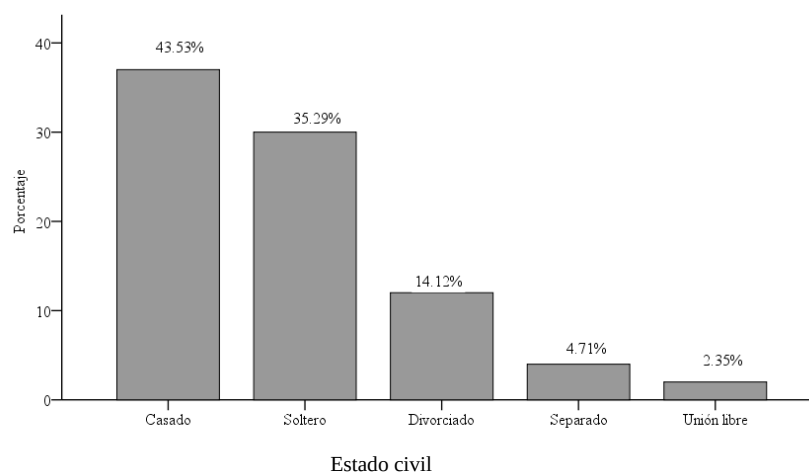
La edad media de la muestra se ubicó en el rango de 31 a 40 años (n=31) y el 28,2% (n=24) tiene entre 41 y 50 años. El 24,7% (n=21) se ubicó en el rango de 21 a 30 años, el 8,2% (n=7) tiene 51 años o más y el 2,4% (n=2) se encuentra en el rango de 20 años o menos, como se presenta en la figura 2.

Figura 2. Distribución de la muestra según grupo etáreo



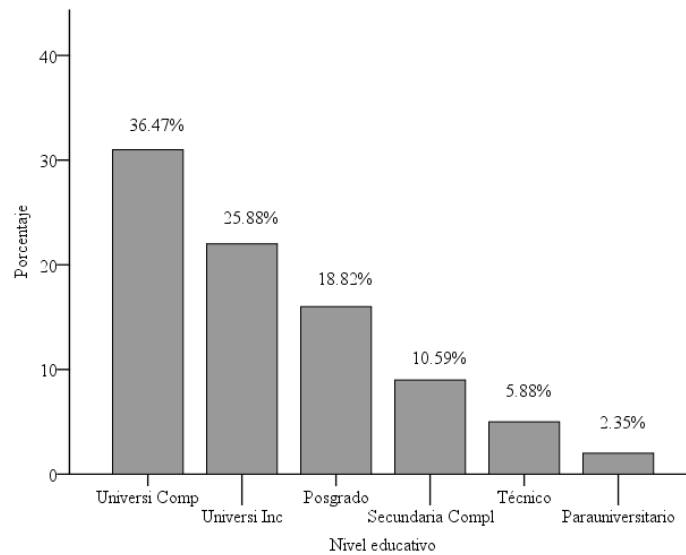
Según su estado civil, como se observa en la figura 3, el porcentaje mayor 43,53%, se ubica en la categoría “casado”(n=37), el 35,29% (n=30) es soltero, el 14,12% (n=12) es divorciado, el 4,71% (n=4) es separado y el 2,35% (n=2) vive en unión libre.

Figura 3. Distribución de la muestra según estado civil



Respecto al nivel educativo, el 36,47% (n=31) tiene estudios universitarios completos, el 25,88% (n=22) cuenta con universidad incompleta, el 18,82% (n=9) tiene posgrado e igual número de sujetos poseen secundaria completa. El 5,88% (n=5) cuenta con estudios técnicos y solo un bajo porcentaje tiene estudios parauniversitarios, como se aprecia en la figura 4.

Figura 4. Distribución de la muestra según nivel educativo



En la tabla 3 respecto al tiempo laborado en el Poder Judicial, se tiene que el 32,9% (n=28) se ubicó en el rango de 5 a menos de 10 años, seguida por el 18,8% (n=16) que tenía de 10 a menos de 15 años en la institución.

Tabla 3
Tiempo laborado en el Poder Judicial

Tiempo laborado en el PJ	Frecuencia	Porcentaje
-1 año	2	2.4
1 a -5 años	11	12.9
5 a -10 años	28	32.9
10 a -15 años	16	18.8
15 a -20 años	13	15.3
20 a -25 años	13	15.3
+25 años	2	2.4
Total	85	100

Nota: Elaboración propia

Por su parte, según se muestra en la tabla 4, en cuanto al tiempo de laborar en el juzgado, el 48,2% (n=41) tenía entre 1 y menos de 5 años, seguido por el 37,6% (n=32) entre 5 a menos de 10 años.

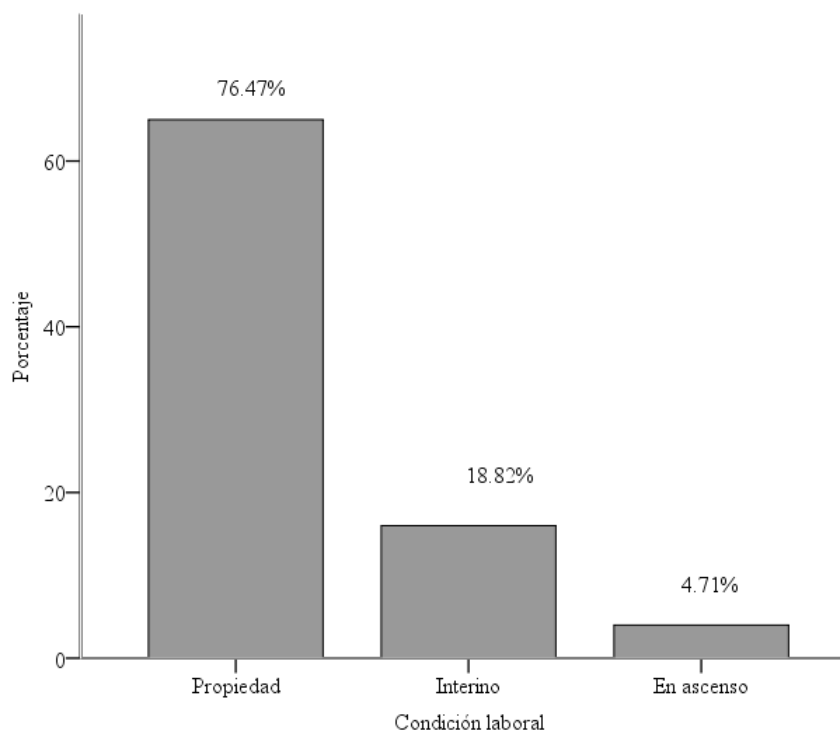
Tabla 4
Tiempo laborado en el Juzgado

Tiempo en el Juzgado	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	41	48.2
5-10 años	32	37.6
10-15 años	12	14.1
Total	85	100.0

Nota: Elaboración propia.

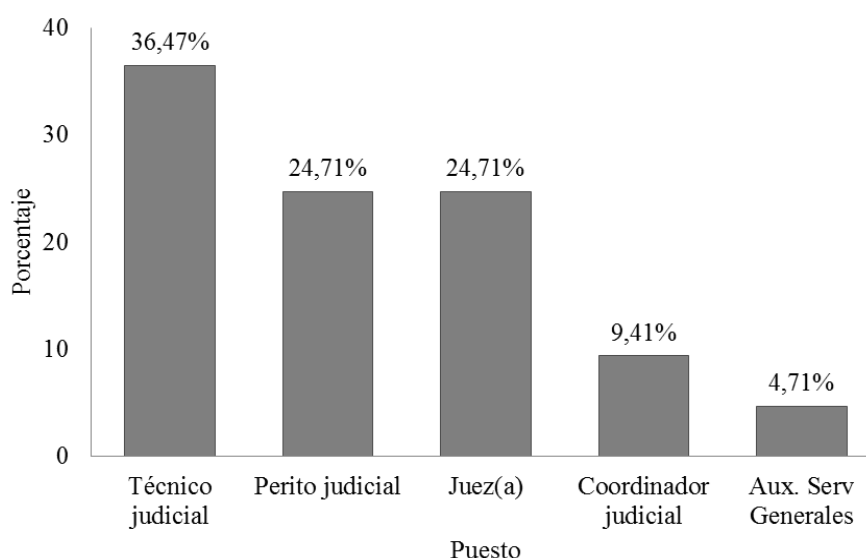
Con respecto a la condición laboral al momento de la encuesta, en la figura 5 se observa que el 76,47% (n=65) tenía un puesto en propiedad, mientras que 18,82% (n=16) eran interinos (as) y el 4,71% estaba ascendido interinamente.

Figura 5. Distribución de la muestra según condición laboral



En cuanto al puesto, el 36,47% (n=31) eran técnicos judiciales, el 24,71% (n=21) laboraban como peritos (profesionales en Psicología y Trabajo Social), igual porcentaje se desempeñaba como jueces, el 9,41% (n=8) eran coordinadores judiciales y el 4,70% (n=4) eran auxiliares de servicios generales. En la figura 6 se observa la distribución de la muestra de acuerdo con esta variable sociodemográfica.

Figura 6. Distribución de la muestra según puesto



Instrumentos:

Por las características del estudio se aplicó el cuestionario estandarizado Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario sobre Estilos de vida de Arrivillaga, Gómez y Salazar (2002). Se eligió el cuestionario por cuanto es un medio de comunicación esencial que abarca una serie de preguntas que se refieren a los temas sobre los que se espera una información de la persona encuestada (Castellón y Oviedo, 1996).

Al inicio de cada cuestionario se anotó una breve motivación donde se explicó el objetivo del estudio y la inexistencia de respuestas correctas o incorrectas.

El instrumento tenía varias partes: en la I se consultaron datos sociodemográficos como género, edad, años de servicio, puesto desempeñado, entre otros.

En la II parte, se presentaba el Inventario del Síndrome de Burnout de Maslach y Jackson (MBI) adaptado al español por Seisdedos en 1997, ya que es el instrumento más desarrollado de la cual diversas investigaciones han demostrado su validez y fiabilidad (Moreno, Oliver y Aragoneses, 1990). En cuanto a las propiedades psicométricas del inventario, la consistencia interna calculada por Maslach y Jackson (1981) a partir de una muestra de 1316 sujetos con el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,90 para el agotamiento emocional, 0,79 para la despersonalización y 0,71 para la realización personal.

Consta de 22 ítems en forma de afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos del empleado (a) en su trabajo y hacia las personas que debe atender, valorados en una escala tipo Likert con siete niveles que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) (Guerrero, 2003).

La finalidad del MBI es la evaluación de las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Para diagnosticar a una persona con SBO, deberá tener un valor alto en el componente de cansancio emocional y despersonalización, mientras que un valor bajo en realización personal (Moisés, 2006).

Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los ítems que componen cada una. Mansilla (2009) indica respecto a la corrección de la prueba lo siguiente:

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado de indiferencia y pérdida de interés de la persona hacia su trabajo y hacia las personas que atiende. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo con otras personas. La realización personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento o cansancio como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Mansilla (2009) indica que la relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional. Es decir, no hay un punto de corte que indique si existe o no el síndrome. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada aspecto en tres rangos que definen el nivel de burnout experimentado como se muestra a continuación:

Tabla 5

Puntuaciones de las dimensiones del MBI

Dimensión	Baja	Media	Alta
CE	< 18	19-26	> 27
DP	< 5	6-9	> 10
RP	< 33	34-39	> 40

Nota: Adaptado de Mansilla, J. (2009)

En la tabla 12 se presentan las tres dimensiones del MBI con los ítems correspondientes que valoran a cada una.

Tabla 6

Resumen de las dimensiones del MBI según sus ítems y valores

Dimensión	Ítem indicador de dimensión	Valor de dimensión
Cansancio emocional (CE): puntuación máxima 54.	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Nunca (0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)
Despersonalización (DP): puntuación máxima 30.	5, 10, 11, 15, 22	Nunca (0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)
Realización personal (RP): puntuación máxima 48.	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	Nunca (0) Pocas veces al año o menos (1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)

Nota: Adaptado de Buzzetti, M (2005). “Validación del MBI en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile”. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/html/index-frames.html

Por otro lado, para evaluar el estilo de vida se utilizó y adaptó el Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida de Arrivillaga, Gómez y Salazar elaborado en el año 2002 (III parte del cuestionario).

Las autoras validaron dicho instrumento a partir de dos fuentes: validación por jueces, para lo cual seleccionaron expertos en el campo de psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron el cuestionario teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los puntos; y la prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces, aplicada a una muestra de 30 sujetos de una institución universitaria, donde 57% era de sexo masculino y 43% femenino; 49% estaban entre los 16 y los 25 años y el resto, entre los 26 y 55 años (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

El cuestionario original está conformado por 116 ítems distribuidos en dos sub-escalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). No obstante, para efectos de este estudio únicamente se consideró la subescala de las prácticas (67 ítems) -excluyendo la dimensión prácticas de seguridad de la versión original con 2 ítems pues no aplicaban a la muestra- ya que interesan las pautas y hábitos de comportamientos concretos, sanos o no, que los sujetos participantes en este estudio practican, no así las creencias sobre lo deberían o no hacer.

El cuestionario evaluó seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño.

Su formato de respuesta sigue la escala tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de “siempre” a “nunca”.

Las categorías de calificación establecidas para el cuestionario en la dimensión de prácticas sobre el estilo de vida fueron las siguientes: muy saludable (MS); saludable (S); poco saludable (PS) y no saludable (NS).

Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas.

Las categorías de calificación establecidas para la encuesta sobre factores contextuales relacionados con estilos de vida fueron: presencia (P) o ausencia (A) del factor. El análisis incluyó si estos factores eran de riesgo o de protección para la salud (Arrivillaga, Gómez y Salazar, 2003).

Los ítems del cuestionario fueron valorados como positivos o negativos, según su influencia en el estilo de vida. A continuación se especifica dicha valoración.

Tabla 7

Valoración de ítems del Cuestionario en cuanto a las prácticas del estilo de vida

Dimensiones	Valoración del ítem	
	Positivo	Negativo
Condición, Actividad Física y Deporte	1,2,3,4,5,6,	
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	7,8,9,10	11
Autocuidado y Cuidado Médico	12,13,14,15,16,17,18,21, 22,23,24,25,26,29,30	19,20,27,28
Hábitos Alimenticios	31,36,37, 38,43, 44,45	32,33,34,35,39,40 41,42, 46,47
Consumo de Alcohol Tabaco y otras Drogas	50,52, 55	48,49,51,53,54,56, 57
Sueño	58,60,64,67	59,61,62,63,65,66

Nota: I. Salazar (comunicación personal, 8 de agosto de 2007)

Los rangos de calificación se especifican en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla 8.

Rangos de Calificación del Cuestionario de prácticas del estilo de vida

Dimensión	Rangos			
	No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, Actividad Física y Deporte	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 24
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Autocuidado y Cuidado Médico	21 – 36	37 – 52	53 – 68	69 – 84
Hábitos Alimenticios	17 – 29	30 – 42	43 – 54	55 – 68
Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas	10 – 17	18 – 25	26 – 33	34 – 40
Sueño	10 -16	17 – 24	25 – 32	33 – 40

Nota: I, Salazar. (comunicación personal, 8 de agosto de 2007).

Finalmente, la IV parte del cuestionario es una pregunta abierta que pretende recoger las inquietudes de los(as) participantes en el estudio, respecto al apoyo institucional que podría brindarse a quienes laboran en la materia de violencia doméstica.

Procedimiento:

Se gestionó y obtuvo la aprobación del Consejo Superior -máxima instancia administrativa del Poder Judicial- para realizar esta investigación.

Se envió un correo electrónico a cada juzgado solicitando la lista del personal con el puesto respectivo, la condición laboral (propiedad o interinazgo) y el tiempo laborado en esa oficina judicial.

Simultáneamente se realizó la aplicación piloto de diez cuestionarios con personal judicial, con el fin de conocer si la redacción del instrumento era clara y si todos interpretaban las preguntas de la misma manera. Además se midió el tiempo promedio de respuesta, que fue de 20 minutos aproximadamente.

Posteriormente, se programó una visita a cada despacho y se explicó a cada jefatura y al personal del juzgado, los objetivos y alcances de la investigación.

Los cuestionarios fueron administrados por la investigadora y se indicó a los (as) participantes el carácter anónimo y el manejo confidencial de los resultados. Se completaron en cada oficina, en horario laboral sin afectar el servicio público.

Se dio un tiempo prudencial para que leyeran los instrumentos y evacuaran sus dudas con la investigadora.

Cabe indicar que al momento de la visita a los juzgados, algunos(as) sujetos no participaron porque estaban ausentes por incapacidades, vacaciones o capacitaciones, o bien, porque estaban realizando sustituciones y no contaban con el tiempo laboral mínimo establecido en esta investigación (un año).

Análisis estadístico de los datos:

Una vez concluida la fase de recolección de datos, se procedió a codificar los cuestionarios para facilitar el trabajo estadístico. Con las matrices de datos se procedió a su tratamiento estadístico.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows. Se efectuaron análisis descriptivos de promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Se empleó el coeficiente r de Pearson para establecer las correlaciones entre las dimensiones del MBI, las dimensiones del estilo de vida y entre las dimensiones de ambos cuestionarios.

Asimismo, se utilizó la t de student para caracterizar la muestra según la variable género. Se realizaron además tres ANOVAS para grupos independientes de seis vías ($5 \times 5 \times 6 \times 7 \times 3 \times 3$), cinco para estado civil, cinco para grupo étnico, seis para nivel educativo, siete para años laborados en el Poder Judicial, tres para el tiempo laborado en el juzgado y tres para la condición laboral. Debe mencionarse que en cinco de las variables anteriores (estado civil, nivel educativo, años laborados en el Poder Judicial, años laborados en el juzgado y condición laboral) había más categorías, sin embargo, se consideran únicamente aquellas en las que se ubicó la muestra. Para esta investigación se fijó un alfa del 5%.

Capítulo IV

RESULTADOS

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos de los análisis con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación.

Al estudiar el burnout en la muestra, se encuentra que la dimensión cansancio emocional alcanza un valor medio de $21,8 \pm 12,21$ puntos, la despersonalización de $6,27 \pm 5,93$ puntos y la de realización personal de $41,65 \pm 6,21$ puntos, ubicándose el promedio de las dos primeras dimensiones en un nivel medio de burnout y la RP (variable inversa) en un nivel alto, según los puntos de corte utilizados. En la tabla 9 se presentan los promedios y desviaciones estándar obtenidos en las tres dimensiones y la clasificación de acuerdo con el nivel obtenido.

Tabla 9

Promedios, desviaciones estándar y clasificación de las dimensiones del MBI

Dimensión	$\bar{X}$ (n=85)	Clasificación
CE	$21,8 \pm 12,21$	Medio
DP	$6,27 \pm 5,93$	Medio
RP	$41,65 \pm 6,21$	Alta

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 10 se presentan los promedios y desviaciones estándar por sexo, obtenidos en las tres dimensiones del MBI.

Tabla 10

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según sexo

Dimensión (n=19)	$\bar{X}$ Hombres	$\bar{X}$ Mujeres (n=66)
CE	26,00 $\pm$ 11,30	20,59 $\pm$ 12,21
DP	6,73 $\pm$ 6,91	6,10 $\pm$ 5,67
RP	42,2 $\pm$ 16,16	41,50 $\pm$ 6,26

Nota: Elaboración propia.

Se realizó una t de student para grupos independientes para comparar las tres dimensiones del MBI (ver tabla 10) entre hombres y mujeres y no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el test de burnout según las dimensiones CE (t 1.721, p = 0,089), DP (t 0.406, p =0,686), RP (t 0.437, p = 0,663). Es decir, no hay diferencias en cuanto a las dimensiones del SBO y la variable sexo.

Tabla 11

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según edad

Grupo etáreo (años)	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
<20	9 $\pm$ 7,07	4,5 $\pm$ 0,7	43 $\pm$ 2,82
21-30	21,66 $\pm$ 8,99	6,76 $\pm$ 4,74	42,76 $\pm$ 5,56
31-40	22,83 $\pm$ 11,93	6,55 $\pm$ 6,32	40,87 $\pm$ 5,88
41-50	23,33 $\pm$ 15,11	6,66 $\pm$ 6,82	40,45 $\pm$ 7,59
+51	16 $\pm$ 10,67	2,42 $\pm$ 4,35	45,57 $\pm$ 3,26

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la tabla 11 se pueden observar los promedios de los puntajes y las desviaciones estándar de las dimensiones del MBI por grupo etáreo. Asimismo, se realizó una comparación por edad mediante un análisis estadístico ANOVA y se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones del MBI según los grupos de edad, CE (F 1.101, p = 0,362), DP (F 0,851, p = 0,497), RP (F 1,245, p = 0,299), es decir, son variables independientes entre sí.

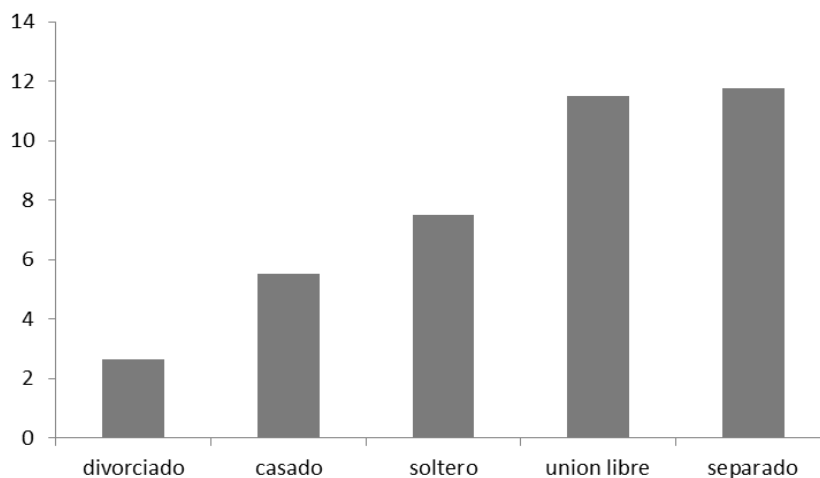
Tabla 12

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según estado civil

	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
Estado civil			
Unión libre	16,5 ± 12,02	11,5 ± 10,6	39,5 ± 3,53
Separado	16,75 ± 13,55	11,75 ± 9	35 ± 9,2
Soltero	21,9 ± 12,51	7,5 ± 6	41,23 ± 6,27
Divorciado	22 ± 10,10	2,66 ± 2,42	44,58 ± 4,19
Casado	22,48 ± 12,9	5,51 ± 5,43	41,89 ± 6,11

Nota: Elaboración propia.

Figura 7. Promedios de los puntajes de la dimensión DP según el estado civil



*p<0.05

En la tabla 12 y figura 7 se muestran los promedios de los puntajes de las tres dimensiones del MBI y el estado civil. Se realizó un ANOVA para comparar los promedios y estado civil y solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F = 3,102$, $p = 0,020$) en la variable DP, por lo que para encontrar las diferencias se aplicó el post hoc DMS y se halló que existen diferencias estadísticamente significativas entre soltero ($7,5 \pm 6$) y divorciado ($2,66 \pm 2,42$) ($p = 0,014$), divorciado ($2,66 \pm 2,42$) y unión libre ($11,5 \pm 10,6$) ($p = 0,044$), divorciado ($2,66 \pm 2,42$) y separado ($11,75 \pm 9$) ($p = 0,007$), casado ($5,51 \pm 5,43$) y separado ($11,75 \pm 9$) ($p = 0,039$). Es decir, que las personas solteras se perciben más indiferentes y con actitudes distantes respecto al trabajo que desempeña con respecto al divorciado. Asimismo, quienes vivían en unión libre se sienten con actitudes más distantes hacia las personas usuarias que las personas divorciadas. Además, el grupo de separados se percibe con mayores actitudes negativas y de insensibilidad hacia las personas usuarias, en comparación con el grupo de divorciados y casados.

Por otro lado, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable CE ($F 0,286$, $p = 0,886$) y RP ($F 2,013$, $p = 0,101$) en cuanto al estado civil. Por tanto según estado civil no hay diferencias en la dimensión cansancio emocional y realización personal.

Tabla 13

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según nivel educativo

Nivel educativo	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
Técnico	$16,8 \pm 7,85$	$5,8 \pm 6,18$	$38,2 \pm 10,49$
Secundaria	$20,11 \pm 14,48$	$8,77 \pm 6,87$	$41 \pm 6,72$
Parauniversitaria	$27 \pm 14,14$	$4 \pm 2,83$	$39 \pm 8,48$
Universitaria incompleta	$21,81 \pm 11,99$	$6,45 \pm 2,27$	$40,77 \pm 6,14$
Universitaria completa	$22,35 \pm 12,49$	$5,74 \pm 6,10$	$43,54 \pm 4,36$
Posgrado	$22,56 \pm 12,83$	$5,93 \pm 7,47$	$41 \pm 7,28$

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 13 se presentan los promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las tres dimensiones del MBI respecto al nivel educativo. El ANOVA realizado mostró que no existe diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones del síndrome de burnout según el nivel educativo, CE (F 0.287, p= 0,919), DP (F 0,434, p= 0,823), RP (F 1,109, p= 0,363).

Tabla 14

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según tiempo de laborar en el Poder Judicial

Años laborados en el Poder Judicial	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
+25	11 ± 0	3 ± 4,24	44 ± 5,65
20-25	20,38 ± 16,37	7,9 ± 6,54	39,92 ± 7,05
5-10	20,67 ± 8,55	5,03 ± 5,23	41,92 ± 6,36
-1 año	21 ± 7,07	8,5 ± 6,36	45,5 ± 2,12
1-5	22,09 ± 13,51	7 ± 3,92	40,63 ± 6,56
10-15	23,93 ± 15,18	6,56 ± 7,73	42,81 ± 4,4
15-20	24,53 ± 11,29	6,30 ± 6,33	41,30 ± 7,53

Nota: Elaboración propia.

La tabla 14 presenta los promedios de las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI con sus respectivas desviaciones estándar, según el tiempo laborado en el Poder Judicial y se observó que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en dichas dimensiones según el tiempo de servicio en la institución, CE (F 0.504, p= 0,804), DP (F 0,534, p= 0,781), RP (F 0.482, p= 0,821).

Tabla 15

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según tiempo de laborar en el Juzgado

Años laborados en el juzgado	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
1-5	20,85 $\pm$ 13,05	6,60 $\pm$ 5,91	42,43 $\pm$ 5,55
10-15	20,91 $\pm$ 13,42	8,66 $\pm$ 7,66	38 $\pm$ 8,1
5-10	23,34 $\pm$ 10,78	4,87 $\pm$ 5	42,03 $\pm$ 5,95

Nota: Elaboración propia.

La tabla 15 muestra los promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI, según el tiempo laborado en el juzgado y no se encontró diferencia estadísticamente significativa en dichas dimensiones según la variable tiempo de trabajar en el despacho, CE (F 0,404, p= 0,669), DP (F 1,974, p= 0,145), RP (F 2,550, p= 0,084).

En cuanto a la condición laboral al momento de la evaluación, en la tabla 16 se presentan los promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de las tres dimensiones del SBO y dicha variable, asimismo, el análisis estadístico demostró que no existe diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones según condición laboral, CE (F 0.838, p= 0,436), DP (F 0,589, p= 0,557), RP (F 0,003, p= 0,997).

Tabla 16

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las dimensiones del MBI según condición laboral

Condición laboral	Dimensiones		
	$\bar{X}$ CE	$\bar{X}$ DP	$\bar{X}$ RP
Interino	19,37 $\pm$ 12,35	4,87 $\pm$ 4,36	41,75 $\pm$ 5,65
Propiedad	22,01 $\pm$ 12,06	6,63 $\pm$ 6,27	41,64 $\pm$ 6,47
Ascenso	28 $\pm$ 15,05	5,5 $\pm$ 6,19	41,5 $\pm$ 5,26

Nota: Elaboración propia.

Por otro lado, respecto a las dimensiones del cuestionario de estilo de vida de los sujetos encuestados, en la tabla 17 se presentan los promedios, desviaciones estándar y rango de clasificación de cada una.

Al respecto, se observa que en promedio los sujetos encuestados tienen prácticas poco saludables en cuanto a su condición, actividad física y deporte. Sin embargo, en cuanto al promedio, el grupo encuestado realiza prácticas saludables en el aspecto de recreación y manejo del tiempo libre. Acerca de las prácticas autocuidado y cuidado médico, el promedio de los participantes en el estudio lleva a cabo prácticas poco saludables al igual que en sus hábitos alimenticios y de sueño. Y por último, respecto a las prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el promedio de las personas trabajadoras en los juzgados especializados en violencia doméstica, tenía prácticas no saludables.

Tabla 17

Promedios, desviaciones estándar y clasificación de las dimensiones del estilo de vida

Dimensión	$\bar{X}$ (n=85)	Clasificación
Condición, actividad física y deporte	12,08 $\pm$ 4,36	Poco saludable
Recreación y manejo del tiempo libre	13,12 $\pm$ 2,65	Saludable
Autocuidado y cuidado médico	45,34 $\pm$ 7,48	Poco saludable
Hábitos alimenticios	39,38 $\pm$ 5,4	Poco saludable
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	17,68 $\pm$ 3,09	No saludable
Sueño	21,03 $\pm$ 2,68	Poco saludable

Nota: Elaboración propia.

A continuación se establece el grado de relación entre las tres dimensiones del SBO según el MBI, entre las dimensiones del cuestionario de estilo de vida y entre las dimensiones de ambos instrumentos.

Tabla 18

Matriz de correlaciones de Pearson de las dimensiones del SBO y de estilo de vida

		DP	RP	Condición actividad física y deporte	Recreación y manejo del tiempo libre	Autocuidado y cuidado médico	Hábitos alimenticios	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	Sueño
CE	R	0.431*	-0.314*	-0.147	0.016	0.150	0.066	0.162	0.128
	P	0.000038	0.003	0.180	0.885	0.172	0.548	0.139	0.241
DP	R		-0.488*	-0.135	-0.027	0.112	-0.289*	0.097	-0.007
	P		0.000002	0.217	0.806	0.308	0.007	0.376	0.953
RP	R			0.226*	0.127	0.039	0.165	0.110	-0.089
	P			0.038	0.247	0.721	0.131	0.315	0.417
Condición, actividad física y deporte	R				0.496*	0.114	0.097	0.043	-0.105
	P				0.000001	0.300	0.378	0.699	0.339
Recreación y manejo del tiempo libre	R					-0.031	0.173	0.262*	0.014
	P					0.778	0.113	0.015	0.896
Autocuidado y cuidado médico	R						0.168	-0.041	0.039
	P						0.125	0.709	0.722
Hábitos alimenticios	R							0.117	0.191
	P							0.286	0.079
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	R								0.079
	P								0.473

*p<0.05

Se observa que existe una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la dimensión de cansancio emocional (CE) y la despersonalización (DP) ($r= 0.431$, $p= 0.000038$), lo que significa que el personal de los juzgados que indicó sentirse cansado emocionalmente tiende a adoptar una actitud distante, con un trato impersonal hacia la persona usuaria de los servicios del juzgado.

También hay una correlación baja entre el cansancio emocional (CE) y la realización personal (RP) $r= -0.314$, $p=0,003$, si bien el coeficiente es negativo, debe tenerse presente que la RP es una dimensión con ítems en sentido inverso, puesto que valora los sentimientos de éxito y competencia en el trabajo. Esto significa que las personas que tienen mayor percepción de estar emocionalmente cansados, tienen una percepción menor de su realización personal. Es decir, quien se siente cansado física y emocionalmente tiene sentimientos de incompetencia y bajo logro en la labor que realiza.

Asimismo, existe una relación inversa moderada y estadísticamente significativa entre despersonalización (DP) y realización personal (RP) ($r= -0.488$, $p= 0.000002$) es decir, a mayor percepción de despersonalización menor sensación de realización personal. Entonces, las personas trabajadoras de los juzgados especializados en violencia doméstica que perciben una mayor respuesta impersonal hacia las personas tienen menor percepción de éxito y logro en su trabajo.

En cuanto al cuestionario sobre estilo de vida hay una correlación baja positiva entre la dimensión condición, actividad física y deporte y la realización personal ($r= 0.226$, $p= 0,038$), lo que significa que la práctica de alguna actividad física conlleva a percibir un mayor grado de realización personal.

Finalmente, la dimensión del estilo de vida condición, actividad física y deporte y la dimensión recreación y manejo del tiempo libre, están correlacionadas positiva, moderada y significativamente ($r= 0.496$, $p= 0.000001$), lo cual indica que las personas encuestadas entre más practican actividades físicas o deporte, más incluyen momentos de descanso y actividades recreativas en su estilo de vida.

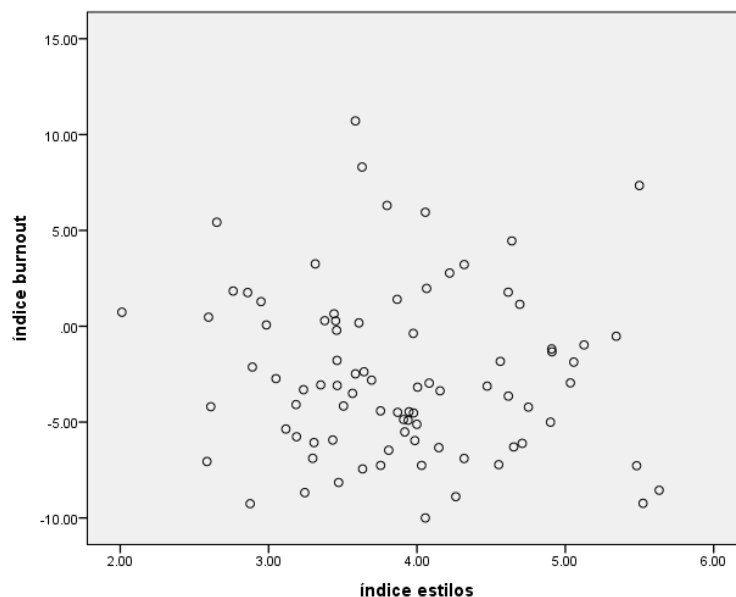
Relación entre SBO y estilo de vida:

Para estudiar la relación entre ambas variables se analizó la correlación entre un índice de burnout y un índice de estilos de vida. Para construir el índice de burnout se transformaron los puntajes de las tres dimensiones que conforman la medición del constructo, con el fin de que tuvieran el mismo rango de variación. Con la transformación, las tres escalas podían tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 10. Luego se realizó la siguiente operación: $CE+DP-RP$ que resultó en el índice del síndrome. A mayor puntaje del índice mayor burnout.

El índice de estilo de vida se creó transformando los puntajes de las seis dimensiones del instrumento para que variaran de 0 a 10 y tuvieran el mismo rango de medición. Seguidamente se promediaron los puntajes de las seis dimensiones del estilo de vida para generar el índice final. A mayor puntaje del índice mejor son los estilos de vida.

En la Figura 8 se observa que la relación entre las dos variables es mínima. En este sentido, se determinó que el valor r de Pearson es de -0.09 , $p=0.42$. Este dato significa que la relación, aunque mínima es inversa, es decir, que a mayor SBO menores estilos de vida, aunque esto no se evidenció en la muestra estudiada de manera estadísticamente significativa.

Figura 8. Diagrama de dispersión del índice de SBO y el índice de estilos de vida



Este hallazgo se reafirma si se tiene presente que cuando se correlacionaron cada una de las tres dimensiones del MBI con las de estilos de vida, se observaron pocas correlaciones estadísticamente significativas.

Respecto a las percepciones acerca del apoyo que el Poder Judicial podría brindar a quienes laboran en la temática de violencia doméstica, la información se resume en la siguiente tabla:

Tabla 19

Percepciones del personal encuestado que labora en violencia doméstica acerca del apoyo institucional que podrían recibir

1. Promocionar permanentemente actividades de autocuidado: talleres para manejo del estrés, de motivación y de recreación laboral.
2. Conceder vacaciones profilácticas
3. Capacitar y sensibilizar: en lenguaje Lesco, abordaje de la persona adulta mayor, género, atención a la persona usuaria en crisis.
4. Rotar al personal –determinar cada cuántos años- , sustituir por menor tiempo, excluir del rol de disponibilidad
5. Ofrecer psicoterapia y valoración psicológica periódica
6. Dotar de más recurso humano (plazas)
7. Mejorar la infraestructura

Nota: Elaboración propia.

Al respecto, la mayoría del personal encuestado refirió que es fundamental que, como medida permanente, tengan acceso a talleres u otras actividades para su autocuidado y recreación.

“...habilitar espacios laborales que no tengan que ver con el trabajo, sino que sea un espacio para nosotros...”

“...que nos otorguen espacios para el autocuidado personal y en equipo, para enfrentar cada día mejor las ascendentes problemáticas de la violencia intrafamiliar, con técnicas de relajación y actividades recreativas”

Asimismo, respecto a las vacaciones profilácticas indicaron:

“...son importantes, ya que hay momentos en que se siente que una ya no puede con la carga de trabajo y debe descansar”

En lo concerniente a la capacitación y sensibilización señalaron:

“Siento que hay compañeros a los que les falta conciencia y sensibilización”

Acerca de la necesidad de psicoterapia y valoraciones psicológicas periódicas mencionaron:

“...por medio de terapia, ya que la materia en sí es muy dura, los problemas que conocemos suelen ser muy crudos y eso es lo que vemos día a día y llega a ser agotador...”

Capítulo V

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue evaluar el síndrome de burnout y su relación con los estilos de vida del personal judicial que laboraba en los Juzgados Especializados en Violencia Doméstica.

Se encontró que el grupo estudiado presentó niveles medios en las subescalas CE y DP y obtuvo un alto puntaje en la realización personal. En términos generales, podría decirse que, al momento de la encuesta, el personal que laboraba exclusivamente en materia de violencia doméstica no presentaba signos de desgaste profesional y que pese a los niveles medios en las primeras dos escalas, tenían altos sentimientos de autoeficacia y realización personal respecto a su trabajo. Por tanto, aunque se detectan niveles medios de cansancio emocional y de despersonalización, estos no son tan elevados como se esperaba.

Una de las explicaciones, podría ser que el personal judicial ha desarrollado con el tiempo una serie de estrategias de afrontamiento que le permite un mejor manejo del estrés laboral, lo que evita que este se cronifique. Por otro lado, podría hipotetizarse que las personas encuestadas no querían mostrar su situación en relación con su labor (Garrido, Del Moral, González y López, 2009) ante una investigadora que laboraba en la misma institución.

Asimismo, la presencia del síndrome de acuerdo con sus tres dimensiones, se comportó de manera similar en ambos sexos, lo que indica que tanto hombres como mujeres son vulnerables a padecer el síndrome, coincidiendo este hallazgo con los estudios de Maslach (1993) y Gil Monte (1997).

Sin embargo, en cuanto a la dimensión CE se observa una tendencia a que los varones reporten puntajes más elevados que las mujeres, pese a que numerosos estudios han detectado que pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo (Gil-Monte y Peiró, 1997; Atance, 1997). Así, los estudios que han detectado mayor CE en los varones, indican que aunque tradicionalmente se ha considerado que las mujeres pueden experimentar con más frecuencia múltiples fuentes de estrés, resultan consistentemente menos afectadas por el mismo debido a que sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo.

Esto también se explicaría por la socialización de los varones, a quienes se les educa para mantener ocultas sus expresiones y emociones, lo que finalmente podría repercutir en su nivel de cansancio emocional (Rivera, 2005). Así, debería profundizarse en el estudio de la variable sexo para saber si el ser mujer, más bien se podría considerar un factor protector.

Por otra parte, respecto a la influencia sobre el nivel de burnout de las variables personales moduladoras (edad y nivel educativo) y variables organizacionales (tiempo de laborar en el Poder Judicial, tiempo en el juzgado y condición laboral), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, contrario a otros estudios donde se demostró por ejemplo, que a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir burnout (Ranchal y Vaquero, 2008). Sin embargo, en la presente investigación se observa una tendencia hacia altos niveles de RP, siendo una posible explicación el hecho de que la mayoría de la muestra estudiada tiene entre 5 y 10 años en la institución, lo que significaría alguna experiencia en labores judiciales. Quizás esta antigüedad les ha servido para adaptarse a la dinámica de trabajo de estos juzgados (Garnés, 2002).

No obstante, como lo apunta Garcés de Los Fayos (2003) debe profundizarse en los aspectos que están influyendo en el origen del síndrome, ya que, según este autor existe cierta polémica en cuanto a dilucidar qué tipo de variables son las que están causando el burnout: si son las de tipo organizacional, ambiental, de personalidad o una confluencia de todas ellas.

Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil y la dimensión DP, hallándose que los sujetos solteros, en unión libre o separados en comparación con los divorciados, tendrían más actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias de su trabajo debido al endurecimiento afectivo.

Igualmente ocurre con las personas separadas, en comparación con las casadas, puesto que en las primeras hay una tendencia a percibirse con mayores sentimientos de indiferencia y actitudes distantes; es decir, no hay una implicación personal positiva en su ambiente de trabajo. Al respecto, varios autores consideran que no es el estado civil por sí mismo el que influye en el proceso de despersonalización, sino el apoyo recibido por parte de los familiares y la calidad de esas relaciones así como la satisfacción o insatisfacción en la vida en pareja.

Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estado civil y las dimensiones CE y RP, por lo que en términos generales, como lo apunta Atance (1997), aunque se ha asociado el estado civil al síndrome –sobre todo con las personas que no tienen pareja estable-, tampoco hay un acuerdo unánime al respecto.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto al nivel educativo y las dimensiones del MBI, lo cual resulta interesante, ya que algunos estudios concluyen que el nivel de escolaridad influye en la aparición del burnout por lo que se podría esperar que personas con estudios universitarios pudieran tener mayores recursos para enfrentar el burnout al percibir un mayor sentido de eficacia que les permita mayor control sobre su trabajo y más autonomía (García y Herrero, 2008).

En relación con el tiempo laborado en el Poder Judicial y en el juzgado, no se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto a las dimensiones CE, DP y RP, lo cual coincide con lo reportado por Vilorio y Paredes (2002) en cuanto a que no existe relación entre años de servicio y el grado del síndrome.

Además, la condición laboral y las dimensiones del síndrome no mostraron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual la aparición del síndrome sería independiente a la seguridad en el puesto de trabajo. Esto resulta interesante, puesto que podría suponerse que en el contexto judicial actual, donde existe una alta competitividad y cargas laborales importantes, la angustia y el agotamiento emocional serían factores de riesgo para la salud de las personas, no obstante, esto no se refleja en la muestra participante en el estudio.

Por otra parte, respecto a las dimensiones que evalúan el estilo de vida, se observa que cuatro de las seis variables (condición, actividad física y deporte, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios y sueño), se ubican en la categoría “poco saludable”. Al igual que en otros estudios, esto podría indicar que conocer sobre prácticas que conducen a enfermedades no es suficiente para producir cambios de conducta que las prevengan. Es claro que el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, desde la niñez, por lo que es un proceso de aprendizaje, por asimilación o por imitación, de patrones familiares o de grupos formales o informales. También se han descritos variables de orden cognitivo-sociales que explican por qué una persona adopta o no un comportamiento

particular en favor o en contra de su propia salud (Sanabria-Ferrand, González y Urrego, 2007).

En la muestra estudiada, la principal deficiencia se presenta en las prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas las cuales se ubican en la categoría “no saludable”. Este hallazgo es importante por ser un factor de riesgo vinculado al estilo y condiciones de vida de las personas. Es un factor que podría considerarse agresivo en la medida en que no solo tiene consecuencias directas sobre la persona, sino también sobre su entorno familiar, laboral, entre otros. Es en definitiva, una estrategia evasiva de resignación y evitación del afrontamiento.

Por otro lado, solamente la práctica de recreación y manejo del tiempo libre, en promedio, se ubica en la categoría “saludable”. Si lo entendemos como el tiempo que queda después del trabajo y que se emplea en lo que cada quien desea, resulta fundamental para el autocuidado, en tanto sirve para descanso, recreación y desarrollo personal (Miranda, 2006).

Al respecto, llama la atención que la mayoría de las personas encuestadas hayan manifestado como principal necesidad, el apoyo de la institución para la realización de actividades de autocuidado, entre ellas, la recreación laboral. Esto podría indicar que el grupo encuestado valora como importantes estos espacios de crecimiento personal, contención y relajación y quizás sea una manera de prevenir o paliar la contaminación temática mencionada por Arón (2004) y que resulta del alto impacto emocional que tiene la violencia en todas sus formas a nivel de las personas y del equipo de trabajo.

Por otra parte, en cuanto a la correlación entre las dimensiones del SBO, cabe destacar la relación positiva y estadísticamente significativa entre las escalas CE y DP. Este resultado coincide con el obtenido en estudios que consideran la despersonalización como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional (Faber como se citó en Gil-Monte y Peiró, 1997; Madrigal, 2005 y Maslach y Shaufeli, 1993). Así, ante la experiencia de sentirse emocionalmente abrumado por el trabajo, la persona trabajadora en el juzgado desarrollaría un mecanismo de afrontamiento (posiblemente fallido a largo plazo) mediante el cual se distanciaría de las personas que atiende, en muchos casos adoptando una actitud hostil.

Acerca de la correlación inversa y estadísticamente significativa entre CE y RP, como en otros estudios, debe valorarse desde un punto de vista contrario, es decir, cuanta mayor percepción de cansancio emocional tengan los sujetos evaluados, menor va a ser la percepción de eficacia y competencia con respecto a su trabajo (Garcés de Los Fayos, 2003; Gil Monte y Peiró, 1999; Maslach y Jackson, 1981).

De igual manera, la relación inversa y estadísticamente significativa entre DP y RP, significaría que el personal judicial a medida que toma más distancia y se muestra indiferente siente una baja sensación de logro profesional (Maslach y Jackson, 1981).

Por otro lado, sobre la correlación positiva y estadísticamente significativa entre la condición, actividad física y deporte y la realización personal, es interesante que aunque el promedio de la muestra tiene prácticas poco saludables en dicha dimensión del estilo de vida, quienes sí efectúan esas prácticas físicas, se perciben más competentes y con mayor autoeficacia. Al respecto, diversos estudios enumeran los beneficios psicológicos de la actividad física a largo y corto plazo en el sentido de bienestar psicológico. Las conclusiones obtenidas fueron que la actividad física tiene un efecto causal positivo en los cambios de autoestima de los adultos (Márquez, 1995). Así, puede reducir la ansiedad, la depresión, la tensión y el estrés y también, incrementar los niveles de energía y facilitar el funcionamiento cognitivo. Márquez (1995) cita a Plante y Rodín (1990) quienes en una exhaustiva revisión de la literatura, encontraron que la actividad física favorece la aparición de estados emocionales positivos, produciendo sensación de bienestar psicológico, mejora de la autoconfianza y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento positivas.

En la muestra estudiada se obtiene una correlación positiva entre condición, actividad física y deporte y la dimensión recreación y manejo del tiempo libre. Esto puede significar que cuando las personas se toman el tiempo para realizar alguna actividad física, esta adquiere el valor agregado del mejoramiento de la calidad de vida y se aprende a identificar que para cada una de las etapas o ciclos de vida debe existir tiempo personal de cuidado, de vivencia lúdica, de disfrute y placer personal (Márquez, 1995).

Finalmente, y con respecto al primer objetivo general, esta investigación no demostró que en la muestra estudiada exista relación entre el SBO y el estilo de vida desde el punto de vista estadístico, contrario a otras investigaciones como la de Rodríguez, de León, Alonso, González y Gutiérrez (2005). Entonces, puede pensarse que las dimensiones del estilo de vida que fueron evaluadas, por sí mismas no podrían llegar a ser factores predisponentes del SBO.

Como lo apunta Gil-Monte y Peiró (1997) y Garcés de Los Fayos (2003) sería necesario complementar el estudio del SBO con otras variables que podrían facilitararlo o ser un factor protector, tales como los patrones de personalidad, la autoeficacia percibida, el locus de control, los estresores económicos, la resiliencia (capacidad de afrontar la adversidad y sobreponerse a ella) y las relaciones con familiares y amigos, entre otros.

Además, siendo el SBO un fenómeno gestado en contexto laboral habría que estudiar el impacto que tendría sobre el síndrome el clima organizacional, los riesgos psicosociales asociados, incluyendo el estilo de liderazgo, las relaciones con el equipo de trabajo, las cargas laborales, el compromiso del personal con su trabajo, entre otros.

Como bien lo apunta la OMS (2010), los factores relacionados al trabajo influyen en la habilidad de la persona trabajadora para adoptar un estilo de vida saludable, siendo evidente que el trabajo puede, y lo hace, influenciar las elecciones personales sobre salud pudiendo incrementar los factores de riesgo tanto para enfermedades agudas y crónicas, contagiosas y no contagiosas.

En cuanto a las percepciones del personal encuestado acerca del apoyo institucional que podrían recibir, resulta interesante que la mayoría mencione en primer lugar la promoción de actividades de autocuidado. Tal y como lo indican Arón y Llanos (2004), las estrategias de autocuidado deben incluir cuatro niveles: el individual, el de los equipos de trabajo, el institucional y el suprainstitucional. Sin embargo, se retoman en este estudio los tres primeros niveles, ya que el último hace referencia a acciones propias de las instancias de educación superior.

A nivel individual, Arón y Llanos (2004) refieren que es necesario recobrar la capacidad personal de manifestar malestar. En este sentido, el burnout se relaciona de alguna manera con no ubicar las fuentes de estrés, con acumular tensiones por mucho tiempo que finalmente, terminan enfermando. Estos malestares son tanto físicos como psicológicos, por

lo cual la recomendación es el “vaciamiento y la descompresión”, es decir, tener un espacio para vaciar el fuerte impacto emocional que este personal judicial recibe diariamente. De ahí, que resulte fundamental el planteamiento realizado por las personas participantes en este estudio, de contar con un espacio psicoterapéutico para estos efectos. Además, hay que tener presente que muchas de las personas que laboran en violencia doméstica, pueden ser víctimas en sus hogares, o bien, ellas mismas pueden reproducir patrones de agresión en otros contextos.

También la muestra participante sugiere espacios de relajación y recreación laboral, en atención a la necesidad de tener espacios personales libres de contaminación, en el cual las personas puedan nutrirse y recuperar energía (Arón y Llanos, 2004). Esto puede incluir la lectura, el senderismo, la jardinería, la participación en grupos religiosos, entre otros. Lo recomendable es elegir actividades de distracción que no se relacionen con la temática laboral.

Cabe mencionar que el planteamiento realizado por la muestra encuestada respecto a que la institución otorgue vacaciones profilácticas, resulta consecuente con el disfrute de esos espacios de autocuidado sugeridos Arón y Llanos (2004). Sin embargo, es un planteamiento legal que debe dirigirse a una instancia judicial superior.

Sobre la capacitación y sensibilización indicada por las personas participantes en esta investigación, Arón y Llanos (2004) mencionan que es vital formarse en nuevas perspectivas teóricas y modelos de trabajo que nutran de herramientas adecuadas la labor realizada. En este sentido, debe recordarse que una fuente importante de burnout es la sensación de ineficiencia e incompetencia.

Respecto al nivel de los equipos de trabajo e institucional, estas autoras (2004) consideran que es fundamental que la institución muestre preocupación legítima y efectúe acciones de cuidado por los equipos y sus miembros. Consecuentemente, el personal encuestado indicó que era importante mejorar la infraestructura y sobre este aspecto, Arón y Llanos (2004) señalan que se deben asegurar las condiciones mínimas de seguridad a las personas trabajadoras en violencia doméstica para resguardar su integridad física. Hay que considerar que en esta materia se realizan visitas y roles de disponibilidad. También es importante revisar la ubicación del mobiliario de las oficinas y cubículos, entre otros.

Asimismo, la institución debe velar por permitir y generar espacios de distensión para el equipo, de forma que se promueva una interacción más libre y se fomente la confianza grupal apartada de la temática laboral.

Se menciona como factor fundamental, que la institución fomente estilos de liderazgo sanos. Así, una jefatura que promueva ambientes protectores muestra interés por las necesidades de su equipo, es sensible y flexible en relación con temas familiares, tiene confianza en su personal y se lo hace saber, su equipo confía en ella.

Con respecto a la rotación de personal planteada por algunas personas encuestadas, es una opción de organización en la que tanto el personal como la institución deben valorar las ventajas y las desventajas de este procedimiento.

En la rotación de personal, el manejo de los recursos humanos debe hacerse con la asesoría de especialistas en el área que manejen muy bien la psicología con las personas trabajadoras, de manera que los resultados repercutan de manera positiva en el conjunto de los recursos humanos y la rotación de personal genere los resultados deseados para la organización de la institución.

En síntesis, los resultados expuestos a partir de esta muestra, deberían ser interpretados como un aporte preliminar que sirva como base para futuros estudios que permitan generalizar sus resultados para generar planes de promoción de la salud, de prevención del estrés y el burnout en la población judicial.

Estos hallazgos llevan a plantear que es importante incluir otras variables moduladoras del burnout, tanto individuales (por ejemplo, tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento, estilos cognitivos) como organizacionales (por ejemplo, apoyo social del equipo, influencia del estilo de liderazgo y clima organizacional, entre otros) en la atención de la población judicial.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

Se presentan a continuación las conclusiones obtenidas, las cuales tienen su fundamento en la información brindada por el personal que labora en los Juzgados de Violencia Doméstica del país.

Se determinó a través del Maslach Burnout Inventory, que el personal que labora en dichos juzgados presentó niveles medios de cansancio emocional y despersonalización y alto nivel de realización personal, por lo cual no se observó el fenómeno del síndrome. No obstante, estos hallazgos podrían ser una alerta si se considera el SBO como proceso, pues la institución debe proponer para esta población judicial y otras que trabajen directamente con violencia, acciones concretas de prevención y atención del síndrome para que no avance a niveles altos.

Con respecto a las variables sociodemográficas y su relación con las dimensiones del MBI, se tiene que la presencia del síndrome se comportó de manera similar para ambos sexos, lo que indica que tanto hombres como mujeres son vulnerables a padecerlo. No obstante, la muestra de varones reportó puntajes más elevados que las mujeres en la dimensión de cansancio emocional fundamentándose estas diferencias principalmente en los modelos de socialización occidentales para los diferentes géneros.

En relación con la edad, el nivel educativo, el tiempo en la institución, el tiempo en el despacho y la condición laboral no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, en la muestra participante, estas variables no son determinantes en la aparición del síndrome. Se observó una tendencia hacia puntajes elevados en la realización personal, lo cual podría atribuirse a la experiencia en labores judiciales de la muestra en estudio. Sin embargo, esta explicación no es concluyente y deberían investigarse los aspectos que influyen en el origen del SBO ya sean de tipo personal, organizacional, entre otros.

Los hallazgos sí relacionaron el estado civil con la dimensión despersonalización, encontrándose una tendencia a que los solteros, separados y en unión libre se perciben con mayores sentimientos de apatía e indiferencia hacia las personas que atienden en comparación con los divorciados y casados. Es posible que esto se explique si se considera la calidad de las relaciones y el apoyo social recibido por los sujetos de la muestra.

Por otra parte, al investigar sobre el conjunto de prácticas del estilo de vida, se tiene que hay un predominio de prácticas poco saludables por parte del personal de los juzgados. Estas prácticas deficientes se refieren a la actividad física, el autocuidado médico, los hábitos de alimentación y de sueño. Cabe entonces preguntarse si se está ante un grupo de trabajadores(as) judiciales propensos a enfermarse o que ya sufren de padecimientos crónicos asociados con esos inadecuados patrones de comportamiento. Por ello, resulta interesante estudiar los principales padecimientos de este grupo, el impacto a nivel laboral de estos padecimientos (frecuencia de incapacidades), principales fuentes generadoras de estrés, entre otros.

En este mismo sentido, la presencia de prácticas no saludables en torno al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, es otra alerta que invita a investigar con mayor profundidad estos patrones de consumo a fin de que la institución plantee medidas preventivas que impacten a toda la población judicial.

En este estudio, solo la práctica de la recreación y el manejo del tiempo libre se ubicó en un rango saludable, lo que sugiere que es importante, desde la institución, incentivar la incorporación de esta práctica en el estilo de vida del personal judicial.

Por otro lado, al relacionar las dimensiones del estilo de vida y del síndrome de burnout en este grupo de trabajadores(as) judiciales se encontró una asociación entre cansancio emocional y despersonalización, interpretándose ésta última, como un mecanismo de protección ante el agotamiento que puede generar la labor diaria en estos juzgados.

Otro hallazgo fue la relación inversa entre cansancio emocional y realización personal, siendo esto consecuente con otras investigaciones. Así, puede decirse que el personal de los juzgados en estudio que se siente más agotado emocionalmente, percibirá disminuido su sentimiento de autoeficacia en la labor que realiza. Habrá que profundizar más en este aspecto, puesto que la relación entre ambas dimensiones puede convertirse en una especie de círculo vicioso que finalmente, terminará impactando la salud del personal, el ambiente de trabajo y la institución en general.

También se encontró una relación significativa e inversa entre despersonalización y la realización personal, es decir, que los sujetos que sienten más apatía hacia su labor se perciben con falta de eficacia y una disminución en su autoimagen positiva.

Los hallazgos muestran una correlación positiva y significativa entre la práctica de actividad física y deporte, la realización personal y la recreación y manejo del tiempo libre, lo cual es consistente con múltiples estudios que asocian y demuestran el impacto positivo de la actividad física y el deporte en la percepción de bienestar emocional, social, la autoeficacia y el autocuidado.

En general, el que una persona lleve a cabo o no comportamientos protectores podría depender de motivaciones, que a su vez dependen de la percepción que el individuo tiene de las enfermedades, o del aprendizaje, lo que demuestra que los hábitos para lograr un estilo de vida sano no dependen únicamente del conocimiento que se tiene de la salud y la enfermedad, como lo diría el sentido común y que al articular dichos hábitos, cada persona puede aprender comportamientos saludables. Ahora bien, el que se realice una práctica saludable no garantiza que se lleven a cabo otros comportamientos saludables, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden convivir al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (Sanabria-Ferrand et al., 2007), aunque en el grupo en estudio, predominan los poco saludables.

Por otro lado, en este estudio no se logró determinar que exista relación entre el SBO y el estilo de vida en la muestra participante desde el punto de vista netamente estadístico, aunque sí se logró determinar que existe una relación inversa. Esto lleva a plantear la importancia de incluir otras variables personales (tipo de personalidad, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, entre otras) y organizacionales (clima organizacional, estilo de liderazgo, apoyo grupal, entre otros) en la investigación futuras. Asimismo, este hallazgo

conduce a reflexionar sobre las estrategias de intervención, pues podría ser que desde lo preventivo, el abordaje grupal del estilo de vida sea más efectivo y con respecto a lo remedial, la atención del burnout se favorezca con intervenciones psicoterapéuticas individuales.

Por último, la mayoría de las opiniones planteadas por la muestra participante menciona que la institución debe promover principalmente actividades de autocuidado, las vacaciones profilácticas y la capacitación y sensibilización permanente en diversas temáticas. Igualmente sugieren analizar la posibilidad de rotación, revisar la política de sustituciones, los roles de disponibilidad y contar con apoyo y valoración psicoterapéutica permanente.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos encontrados en este estudio, es importante plantear algunas recomendaciones:

- Resulta necesario reconocer la problemática del burnout como un riesgo psicosocial, de manera que tanto a nivel institucional como nacional, se promuevan no solo estudios que repliquen la presente investigación, sino la realización de otros que incluyan otras poblaciones judiciales y otras variables como locus de control, estrategias de afrontamiento efectivas, entre otras, tipos de personalidad, entre otros.
- Para futuros estudios en este campo sería muy enriquecedor complementar el abordaje cuantitativo con metodologías cualitativas tales como entrevistas a profundidad o grupos focales, pues esto permitiría profundizar en aspectos como actitudes, estrategias de afrontamiento y sentimientos asociados al trabajo.
- Las organizaciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de servicios deben tener claro el tipo de riesgos psicosociales a los que se exponen cotidianamente las personas trabajadoras. Ello permitirá mejorar la salud y la calidad de vida laboral y reducir los costos elevados derivados de la excesiva movilidad y las bajas laborales, así como mejorar la eficacia de los servicios prestados. Para lograrlo es preciso informar a los profesionales sobre el síndrome y sobre sus repercusiones en la salud, además de dotarles de asesoría adecuada y apoyo social y emocional por parte de la institución y de sus jefaturas inmediatas.
- Es importante que las instancias competentes del Poder Judicial, desarrollen programas permanentes de autocuidado que impacten en la adherencia de este personal en actividades externas al trabajo.
- Debe generarse conciencia de la importancia de promover ambientes laborales saludables, libres de cualquier tipo de violencia, ya que esto sería un mecanismo preventivo y amortiguador del estrés laboral crónico.

- Es importante dar a conocer entre la población judicial la importancia de tener tiempo y espacio para el juego y la recreación, de no postergar los períodos de vacaciones, de desarrollar actividad física, deportiva y recreacional.
- Además, debe analizarse la viabilidad institucional de instaurar y promover procesos de psicoterapia grupal para prevenir la aparición y cronicidad del síndrome, o bien, el desarrollo de grupos de apoyo entre compañeros(as) de trabajo.
- Deben retomarse las capacitaciones donde se sensibilice y trabaje el trauma vicario, el rol de género y el síndrome de burnout, para analizar desde las bases, estrategias efectivas con las cuales se puedan enfrentar situaciones que degeneren en este síndrome.
- Hiscott y Connop (como se citó en Garcés de Los Fayos, 2003), desde una perspectiva organizacional, mantienen que una forma de solucionar el burnout es establecer rotaciones regulares entre los (las) trabajadores (as) afectados por el síndrome, las cuales permiten reducir los efectos acumulativos de los estresores laborales y no generar altos niveles de cansancio físico-emocional.
- Sería interesante efectuar un estudio de las incapacidades en el personal que labora en los Juzgados de Violencia Doméstica, así como conocer los motivos de dichas incapacidades a fin de gestionar propuestas para atender los estresores asociados.
- Las autoridades del Poder Judicial deben revisar y mejorar aspectos de la política de administración del capital humano, por ejemplo, estableciendo adecuados sistemas de reclutamiento y selección al menos en materias tan sensibles como la violencia intrafamiliar y ofreciendo permanente seguimiento y apoyo al personal que allí labora.

Capítulo VIII

REFERENCIAS

- Alarcón, L. y Hernández, L. (1998). *Evaluación del estilo de vida*. Recuperado de http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm
- Alarcón, J, Vaz, F. y Guisado, J. (2001). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I parte). *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barba*, 2001, 28 (6), 358-381. Recuperado de http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2001_6/ps-28-6-003.pdf
- Alvarado, E. (2004). *Identificación de burnout en adolescentes costarricenses deportistas en disciplinas colectivas e individuales*. Recuperado de <http://www.edufi.ucr.ac.cr/documentos/Memorias/Simposio/Memoria%2520XI%2520Simposio%25202004.pdf+burnout+en+Costa+Rica&hl=es&ct=clnk&cd=72&gl=cr>
- Aranda, C., Pando M. y Pérez M. (2004, enero-junio). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo: una revisión. *Psicología y Salud*, 14 (01), 79-87. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?ICve=29114109>
- Aranda, C., Pando, M. y Torres, T. (2005, setiembre). Psychosocial factors and burnout syndrome in family physicians. *Anales de la Facultad Medicina*, 66 (3). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000300006&lng=es&nrm=iso
- Arón, A.M. (2004). *Ponencia sobre la violencia*. Recuperado de <http://www.asociatividad.cl/completo/datos/ftp/AnaMariaAron.doc>
- Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 186-195. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol134No4/cm34na3.htm>
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71 (3). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100006&script=sci_arttext
- Barboza, E., Granados, C. y Peterkin, E. (2004). *Modelo de capacitación para funcionarios de la empresa Jockey con el fin de promover estilos de vida saludable*. Seminario de de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Universidad Nacional, Costa Rica.
- Barboza, J. (2004). *Aproximación diagnóstica de los niveles de estrés en la población que laboral en el II Circuito Judicial de San José*. Poder Judicial, Costa Rica.
- Benevidez, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa E. y González, J. (2002). La evaluación específica del Síndrome de Burnout en Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-283. Recuperado de www.agingblueprint.org/overview.cfm

- Bustos, A., Padilla, R., Pernudi, V., Sandoval, I. y Solórzano, N. (2005, setiembre). Percepción de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida. *Pulso Nacional, OP'S 40*. Instituto de Estudios Sociales en Población. Universidad Nacional.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de profesores A.G. de Chile*. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/html/index-frames.html
- Caballero L, Millán J. (1999). *La aparición del Síndrome de Burnout o de estar quemado*. Recuperado de <http://www.geocities.com/hotlspring/villa/4551/burnout2html>
- Castellón, T. y Oviedo, V. (1996). *Adolescencia y Pornografía: un estudio de casos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Castillo, S. (2001). El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional. *Revista de Medicina Legal*, 17 (2), 11-14.
- Comisión Europea. (2005). *Factores determinantes de la salud*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_es.htm
- Comisión permanente para el seguimiento de la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar en el Poder Judicial de Costa Rica. (2006). *Juzgados competentes*. Recuperado de <http://intranet/violenciadomestica>
- Consejo General del Poder Judicial. (2005). *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y seguridad social*. Escuela Judicial. Madrid, España.
- Corsi, J. (1999). *El síndrome de burnout en profesionales que trabajan en el campo de la violencia de género*. Fundación de Mujeres. Recuperado de <http://www.corsi.com.ar/Burnout.pdf>
- Garnés, A. (2002). ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante? *SEMERGEN*, 29 (2), 65-69.
- Garcés de Los Fayos, E. (2003). *Tesis sobre el Burnout*. Recuperado de <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout2.pdf>
- García, J., Guerrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*. 26, (3), 459-477. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026_3_6.pdf
- Garrido, M., Del Moral, G., González, E., López, A. (2009). Estudio del burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*. 27 (2-3), 517-537. Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2027%20n%C2%BA%202-,%202009%20apuntes%20psicolog%C3%ADa/24.pdf>
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A.

- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268. Recuperado de http://www.um.es/facpsi/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Goldbaum, M. (2003). *Estilos de vida y modernidad*. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD017.pdf>
- González, E. y Fernández, M. (2004). *Estilos de vida en adultos, de 18 a 60 años, con retraso mental, en el cantón de Pérez Zeledón*. Tesis de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Universidad Nacional, Costa Rica
- Granados, J., Rodríguez, J. y Valverde, R. (2004). *Módulo de capacitación práctico sobre promoción de la salud por medio de la Actividad Física, aplicando el círculo analítico, dirigido a Profesores de Educación Física en Servicio*. Seminario de graduación de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Universidad Nacional, Costa Rica.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158. Universidad de Murcia, España. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16701914.pdf>
- Guibert, W., Grau, J., Romero, T., Prendes, M. y Chacón, M. (2000). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000, 16 (2), 186-93. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi14200.htm
- Guillén, J. y Santamaría, E. (1999). Evaluación del Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 1, 68-72. Recuperado de <http://www.resp.es/revistas/PDF/V01-N3-99-04.pdf>
- Hernández, L., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2003). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). (2004). Percepciones de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludable y los servicios de salud del país. *Pulso Nacional*, 35. Recuperado de <http://www.una.ac.cr/idespo/pdf/ops35.pdf>
- Levi, L. y Levi, I. (2000). Guidance on work related-stress. Spice of life or Kiss of Death? *Luxemburg Office for Official Publications of the European Committee*. Recuperado de http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.html
- López-Carmona, J., Ariza-Andraca, C., Rodríguez-Moctezuma, J. y Munguía-Miranda, C. (2003, julio-agosto). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. 45 (4). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342003000400004&lng=en&nrm=iso

- Madrigal, M. (2005). *Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en la psiquiatría costarricense*. Tesis de graduación en Psiquiatría. Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica.
- Mansilla, F. (2009). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 99-113. Recuperado de <http://www.rci.rutgers.edu/sjackson/PDF/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>
- Maslach, C. y Schaufeli, W. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. Recuperado de <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/043.pdf>
- Mayo, I. y Gutiérrez, A. (2000). *Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml>
- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 48 (1), 185-206. Recuperada de dialnet.unirioja.es/servlet/dcfichero_articulo?codigo=2378944
- Medina, G. (2004). *El síndrome de burnout en ejecutivos de recursos humanos* (Tesis de Maestría, Universidad de las Américas, México). Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/moor/medina_m_g/capitulo1.pdf
- Miranda, G. (2006). El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural PASOS*. 4, (3), 301-326. Recuperado de <http://www.pasosonline.org/Publicados/4306/PS020306.pdf>
- Miranda, P. y Sirias, L. (2004). *Caracterización de los estilos de vida de las y los profesionales en enfermería del Hospital Clínica Bíblica, marzo del 2004*. Tesis para optar por la licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.
- Moisés, B.W. (2006). *Síndrome de burnout: prevalencia y factores asociados en profesionales SERUMS de la Red de Servicios de Salud Huamanga. Ayacucho*. (Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión). Perú.
- Montenegro, R. (2004). *Determinación de síntomas de burnout en tenistas costarricenses de categoría U12 y U14 en relación con su nivel de disfrute del deporte, nivel de destreza y apoyo percibido de sus padres, madres y entrenadores*. Tesis de Licenciatura en Ciencias del Deporte, Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.
- Mora, M. (2006). *Identificación de síntomas de sobreentrenamiento y burnout en futbolistas varones costarricenses de segunda división en función de los estados anímicos, apoyo percibido de figuras significativas, edad de inicio, experiencia competitiva y desempeño colectivo*. Tesis de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Rendimiento Deportivo, Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

- Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25. Recuperado de http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/PDF_Revista_2003_n1/cap01.pdf
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonés, A. (1990). El burnout: una forma específica de estrés laboral. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Garrosa, E., Benevidez, A. y Gálvez, M. (2003). Estudios transculturales del burnout. Los estudios tras culturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18. Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/transcultural_burnout.pdf
- Morin, P. (1999). Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario según perfil socio-laboral, visiones sobre los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento. *Revista de Investigación en Salud*, 7 (1 y 2). Rosario. Recuperado de http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art2.htm
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de Madrid. (2006). *Guía sobre el Síndrome del Quemado (Burnout)*. Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores de España. Diciembre 2006. Recuperado de <http://www.ugt.es/slaboral/observ/DOCUMENTOS/burn.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB109/seb10914.pdf
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Enero, 4 (1), p. 137-160. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740108.pdf>
- Pazos, J. y Rodríguez, S. (2005). *Desgaste profesional de los profesores: Síndrome de Burnout*. Recuperado de <http://www.cch.unam.mx/eutopia/eutopia4/contenido/invedu2.html>
- Peralta, K. y Pozos, S. (2006). *Factores asociados al síndrome de burnout en el Equipo de Salud Asistencial del Hospital de Apoyo Huanta*. Tesis para optar por la licenciatura en Enfermería, Escuela de Formación Profesional de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Perú.
- Piñuel y Zabala, I. (2004). *Libro Blanco. Los riesgos psicosociales en la Administración. La incidencia del Mobbing y el Burnout en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT) y en la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE)*. España. Recuperado de <http://www.acosomoral.org/pdf/LBM.pdf>
- Porras, N. (2002). *Autoeficacia y estilo de vida promotor de salud en adolescentes de un área suburbana de Nuevo León*. Universidad Autónoma de México. Recuperado de <http://e42.um.edu.mx/ministeriomedico/Archivos/A415.doc>

- Quintana, C. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Psykhé*, [en línea]. 14 (1), 55-68. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000100005&lng=es&nrm=iso
- Ranchal, A. y Vaquero, M. (2008). Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. *Med. segur. trab*, 54, (210), 47-55. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2008000100007&lng=es&nrm=iso
- Rivera, M. (2005). *Síndrome de Burnout, estado civil antigüedad y género en administrativos universitarios*. (Tesis de maestría, Universidad de las Américas Puebla). Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/moor/rivera_c_mg/
- Rodríguez, M.; de León L.; Alonso, M.; González, M. y Gutiérrez, J. (2005). Vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermería. *Interpsiquis*. 6° Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3500/1/interpsiquis_2005_20414.pdf
- Rodríguez, R., López, J., Munguía, C., Hernández, J. y Martínez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en diabéticos. *Rev Med del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41 (3), 211-220. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DCAF3750-087D-4A98-8B1C-C9B28B51C69C/0/04fantastic.pdf>
- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estrés y Burnout en orientadores de Institutos Extremeños*. Tesis doctoral. Facultad de Educación de la Universidad de Extremadura. España. Recuperado de www.psicopedagogia-aragon.com/burnout.htm
- Sanabria-Ferrand, P., González, L. y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Rev.fac.med*, 15, (2) Bogotá. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-2562007000200008&script=sci_arttext
- Schwartzmann, L. (2004, octubre-diciembre). Estrés Laboral, Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión: ¿Estamos Hablando de lo Mismo? *Ciencia y Trabajo*, 6 (14), 174-184. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/pagina%20174.pdf>
- Severo, J. (2005). *Melhore o seu estilo e viva melhor*. Material do projeto de extensão “Promoção de saúde no campus”. Universidade Estadual de Santa Catarina. Brasil.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. 160-161. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L.
- Torné, E. y García, V. (2001). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <http://www.enferpro.com/investigcursored.htm>
- Umaña, A. (2005). *Relación entre estilos de vida y condición de salud de las y los profesionales en enfermería del Hospital de Guápiles durante el año 2005*. Tesis para optar por la licenciatura en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

- Unidad de Atención de Crohn-colitis. (2006). *Aspectos psicosociales*. Recuperado de <http://www.ua-cc.org/contenido3.htm>
- Viloria, H. y Paredes, M. (2002). Estudio del síndrome de burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes. *Educere, Investigación*. 6 (17) Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19688/1/articulo3.pdf>
- Zaldívar, D. (2005). *Estrés: factores protectores*. Recuperado de <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL QUE LABORA EN LOS JUZGADOS ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA DOMÉSTICA

No. de cuestionario

Fecha: _____

Compañero y compañera judicial:

El presente cuestionario es parte de un proyecto de tesis de la Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano de la Universidad Nacional. El propósito principal es conocer cómo se siente respecto a su trabajo y a las personas a quienes da su servicio en este Juzgado, así como evaluar algunas prácticas relacionadas con su estilo de vida.

Para ello es importante que complete el siguiente cuestionario sin dejar espacios en blanco. **La información que usted brinde se manejará de forma estrictamente confidencial. No debe anotar su nombre.**

I. PARTE: DATOS GENERALES (Marque con una X)

Género:

1 ☐ Femenino 2 ☐ Masculino

¿Cuál es su edad?

1 ☐ 20 años o menos 4 ☐ De 41 a 50 años
2 ☐ De 21 a 30 años 5 ☐ 51 años o más
3 ☐ De 31 a 40 años

Indique su estado civil:

1 ☐ Soltero (a) 4 ☐ Unión Libre
2 ☐ Casado (a) 5 ☐ Viudo (a)
3 ☐ Divorciado (a) 6 ☐ Separado (a)

Último nivel educativo aprobado:

- | | |
|--|---|
| 1 ☐ Primaria Incompleta | 6 ☐ Parauniversitario |
| 2 ☐ Primaria completa | 7 ☐ Universitaria incompleta |
| 3 ☐ Secundaria Incompleta | 8 ☐ Universitaria completa |
| 4 ☐ Secundaria Completa | 9 ☐ Posgrado |
| 5 ☐ Técnico | 10 ☐ No sabe/No responde |

Tiempo laborado **en el Poder Judicial:**

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Menos de 1 año | 5 ☐ De 15 a menos de 20 años |
| 2 ☐ De 1 a menos de 5 años | 6 ☐ De 20 a menos de 25 años |
| 3 ☐ De 5 a menos de 10 años | 7 ☐ 25 años o más |
| 4 ☐ De 10 a menos de 15 años | 9 ☐ No sabe/No responde |

Tiempo de laborar **EN ESTE JUZGADO:** _____

Condición laboral actual:

- 1 ☐ Propietario(a)
2 ☐ Interino(a)
3 ☐ En ascenso interino(a)
9 ☐ No sabe/No responde

Puesto que ocupa actualmente: _____

II. PARTE:

Abajo encontrará 22 frases relacionadas con algunos sentimientos que usted puede experimentar en relación con su trabajo. Se usa el término **persona** para referirse a los(as) usuarios(as) a quienes usted les brinda el servicio. Lea cada frase y anote en cada casilla la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la siguiente escala. Anote el número correspondiente a la frecuencia. POR FAVOR, REVISE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------

1.	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.	
2.	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.	
3.	Me siento fatigado(a) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	
4.	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.	
5.	Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos interpersonales.	
6.	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	
7.	Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	
8.	Me siento “quemado(a)” por mi trabajo.	
9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.	
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo.	
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12.	Me siento muy activo(a).	
13.	Me siento frustrado(a) en mi trabajo.	
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.	
15.	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés.	
17.	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	
18.	Me siento estimulado(a) después de trabajar en contacto con personas.	
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo.	
20.	Me siento acabado(a).	
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	
22.	Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.	

III. PARTE:

El siguiente cuestionario tiene por objetivo conocer algunas prácticas relacionadas con su estilo de vida. Marque con una "Xx" **en cada casilla** según la opción que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

PRÁCTICAS					
		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, taebo, aeróbicos, zumba, otro)				
5	Practica actividad física que le ayuda a estar tranquilo (taichi, yoga, danza, meditación, relajación)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
	RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, andar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				

		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
18	Se realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia (azúcar} una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o cuadros gripales				
20	Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se realiza el papanicolaou anualmente				
24	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, anda en bicicleta, camina, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
	HÁBITOS ALIMENTICIOS				
31	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
32	Añade sal a las comidas en la mesa?				
33	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
34	Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
35	Consume dulces, helados y repostería más de dos veces en la semana?				
36	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				

		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
37	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
38	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
39	Come entre comidas?				
40	Come carne más de cuatro veces a la semana?				
41	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
42	Consume productos ahumados?				
43	Mantiene un horario regular en las comidas?				
44	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
45	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
46	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?				
47	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, taco, perro caliente)?				
	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
48	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo?				
49	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
50	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
51	Consume licor al menos dos veces en la semana?				
52	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
53	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
54	Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, entre otras)?				
55	Dice "no" a todo tipo de droga?				
56	Consume más de dos tazas de café al día?				
57	Consume más de tres coca-colas en la semana?				

		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
	SUEÑO				
58	Duerme al menos 7 horas diarias?				
59	Trasnocha?				
60	Duerme bien y se levanta descansado?				
61	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
62	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
63	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
64	Hace siesta?				
65	Se mantiene con sueño durante el día?				
66	Utiliza pastillas para dormir?				
67	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades?				

IV. PARTE:

¿Cómo cree usted que el Poder Judicial podría apoyar a quienes laboran en el área de violencia doméstica?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Su colaboración ha sido muy importante.
Muy agradecida.***

***Victoria Oviedo Soto
Psicóloga***