



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

BURNOUT, SINTOMAS

CARDIOVASCULARES

Y

PRESION ARTERIAL

EN UN GRUPO DE RIESGO

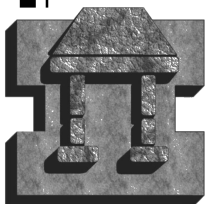
TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

CLARA IVETTE HERNÁNDEZ VARGAS

ARTURO JUÁREZ GARCÍA
JOSÉ ANTONIO PAÉZ
ELENA HERNÁNDEZ MÉNDOZA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA,
EDO. DE MEXICO 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Gracias a Dios y a la vida que me permitieron llegar hasta aquí.

A mis padres:

Por ser el impulso que me permitió concluir esta etapa de mi vida, por estar en los momentos difíciles, por sus consejos, por su tiempo, por su esfuerzo, por su Amor y comprensión, porque sin ellos ésto no hubiera sido posible. Los quiero mucho.

A mi hermana:

Por ayudarme a concluir este proyecto, por estar a mi lado, por ser un soporte en los momentos difíciles. Te quiero mucho hermana.

A mis tutores:

José Antonio, por la dedicación, el tiempo y el cuidado puesto en el presente trabajo.

Elena, por ser un apoyo incondicional en todas las actividades que realizamos juntas, tanto en lo académico como en lo personal, fuiste más que una tutora, gracias por compartir tus conocimientos conmigo.

Arturo, por tu apoyo incondicional, por estar en la buenas y en las malas, por ser un amigo, casi un hermano, por tu tiempo, tu paciencia y dedicación. Porque contigo aprendí que la psicología no solo es lo que nos enseñan en la escuela, porque fuiste más que mi Director de Tesis.

Lic. Raquel

Porque tú más que nadie me conoce y sabe el esfuerzo, la dedicación y empeño que he puesto a esta meta, gracias por ser parte de mi proceso de madurez.

Mtra. Betty

Sus conocimientos fueron fundamentales para que esto se concluyera más rápido, gracias por los momentos de comprensión.

Dr. Alfonso Romero Sánchez

Por las facilidades que me otorgaste para que concluyera este etapa de mi vida.

A los que creyeron y confiaron en mi y que fueron parte de mi formación, gracias por su tiempo comprensión y dedicación, siempre voy a recordarlos con mucho cariño.

Dr. Juan Manuel Mancilla y su equipo de trabajo, Zarzosa, Raúl Ortega, Guadalupe Domínguez, Carmen Zamora porque gracias a sus conocimientos pude aprender cosas nuevas y desarrollar mis habilidades.

A mis amigos que siempre voy a tener en mi corazón

Por brindarme su amistad durante la carrera, por compartir desvelos, trabajos y cansancio, y otros por que hemos compartido un momento de nuestra vida juntos, por sus experiencias y en otras ocasiones sus conflictos.

Juan Carlos Castro Ramírez, Guadalupe Santa Ana Fabiola, Ana, Denisse, Carmen, Karina, Yolanda, Alejandro, Sandra,

Sonia, Ramses, Armando, Emmanuel, Verenice, Araceli, Gisela, Judith, Carlos, Andy, Jessica, Melina, Luis, Omar, Roberto, Alma, Mayra, Francisco, Javier, Lupita y todos los demás que no menciono pero que viví momentos especiales con ustedes gracias.

A mi familia

Gracias por ser parte de mi vida

A las instituciones que me dieron los medios para concluir este proyecto

- ❖ Fundación UNAM
- ❖ Pronabes
- ❖ Probetel

- ❖ Hospital Centro Médico Siglo XXI, Especialidad de Cardiología por facilitarme la obtención de la información requerida para el presente estudio.

INDICE DE CONTENIDO	2
RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
Capítulo 1: La Salud y el Trabajo	
1. La Salud y el Trabajo	9
1.1 Definición de Salud	9
1.2 La salud y su relación con el trabajo	13
1.3 Psicología y la salud	18
Capítulo 2: Factores Psicosociales	
2. Definición de factores Psicosociales	21
2.1 Variables Personales	23
2.2 Variables Organizacionales	28
2.3 Efectos Psicológicos negativos en la salud de los trabajadores	33
2.3.1 Fatiga	35
2.3.2 Monotonía	36
2.3.3 Estrés	37
Capítulo 3: El Burnout	
3.1 Delimitación conceptual de Burnout	42
3.1.1 Perspectiva clínica	43
3.1.2 Perspectiva psicosocial	44
3.2 Burnout y la diferenciación de otros conceptos	46
3.3 Modelos explicativos de Burnout	47
3.4 Desarrollo del proceso de Burnout	49
3.5 Importancia del estudio de Burnout	52
3.6 Instrumentos de medición de Burnout	57
3.7 Variables internas y externas predictoras de Burnout	69
3.7.1 Variables internas	69
3.7.2 Variables externas	71
3.8 Consecuencias para el individuo y para la organización	74

Capítulo 4: Enfermedad cardiovascular

4.1 Definición de Enfermedad cardiovascular (E.C.V)	81
4.1.1 Tipos de Enfermedades Cardiovasculares	81
4.2 Factores Psicosociales y su relación con Enfermedad Cardiovascular	91
4.3 Hipertensión y Burnout	92

Capítulo 5: Estudio de campo

5.1 Burnout en un grupo de riesgo: el personal sanitario	95
5.2 Enfermería y Burnout	96
5.3 Método	98
5.4 Resultados	104

Capítulo 6: Conclusiones 118

Referencias	127
Anexos	

Resumen

Se diseñó un estudio con el propósito de identificar la relación que existe entre Síntomas Cardiovasculares y presión arterial, una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, y Burnout “versión core” que es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización) así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Se evaluaron 109 enfermeras de una Institución del sector de salud en la Ciudad de México, a través del Maslach Burnout Inventory General Survey y un protocolo para presión arterial. Se encontraron relaciones significativas entre el Burnout y síntomas cardiovasculares y se identificó validez concurrente entre las Escalas evaluadas; se identificaron 7 casos de hipertensión. Las enfermeras de la muestra presentaron nivel bajos de Burnout y presentaron niveles altos de autoeficacia, variable que puede estar regulando la presencia de dicho síndrome, además es necesario evaluar otros grupos de trabajadores mexicanos para rechazar o afirmar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Introducción

Los últimos acontecimientos que han llamado la atención a la comunidad científica en el área laboral, han sido, encontrar evidencias empíricas que permitan afirmar que en la actividad laboral influyen varios factores, llamados “Factores Psicosociales” que pueden intervenir para que ésta sea una actividad que permita desarrollar las habilidades y capacidades del trabajador o por lo contrario, que el trabajo se vuelva fuente de problemas de salud y efectos psicológicos negativos en el empleado, como sucede con el Burnout, que es el efecto negativo psicológico causado en o por el trabajo el cual incluye características tales como: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal lo cual que se puede dar en cualquier persona que ejerce alguna actividad laboral (Maslach y Jackson,1981).

Cabe destacar que el interés, es reciente, por lo que existen pocas evidencias empíricas, que respaldan dichas afirmaciones. En nuestro país, una minoría de investigadores han retomado los factores Psicosociales o los efectos psicológicos negativos como factores de riesgo que contribuyen a la alta incidencia de enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de las Enfermedades Cardiovasculares(ECV) que se muestran como una de las principales causas de mortalidad en nuestro país; dentro de ellas, la más estudiada ha sido la hipertensión arterial (INEGI,2001).

La presente tesis pretende demostrar que existe una relación entre Burnout, con síntomas de enfermedades cardiovasculares y la presión arterial. Así como contribuir a la incipiente investigación aplicada al desarrollo de una Escala Mexicana de Burnout, para lo cual se determinará la validez concurrente de la misma, utilizando como criterio los indicadores cardiovasculares mencionados, así como la versión “core” de la versión de Maslach Burnout Inventory- General Survey, este último validado por Gil-Monte (2002).

Por lo anterior, el presente trabajo incluye un capítulo donde se abordará la definición de salud desde un marco biopsicosocial, retomando la importancia que tiene el contexto social en la gestación de un problema de salud. Asimismo, se revisará la relación Salud –Trabajo y Salud-Psicología.

En el segundo capítulo, se revisa la definición de Factores Psicosociales (FPS) aceptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del trabajo y la Organización Mundial de Salud OIT/OMS (1988) donde se afirma que los factores psicosociales en el trabajo consisten en “Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el mismo y las condiciones de su organización, por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”(pg 2-3).

Se revisa el modelo de FPS, donde se analizan variables personales (locus de control interno-externo, autoeficacia, conducta tipo “A”) y variables organizacionales (mencionadas en los diferentes modelos: modelo obrero, modelo demanda-control, modelo persona.entorno), que pueden ser mediadoras para que el trabajo derive en algún efecto psicológico negativo convertido en fatiga, monotonía, estrés o Burnout en los trabajadores, el cual puede contribuir a la aparición de enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares (ECV).

En el capítulo tercero, se menciona la definición conceptual de Burnout, desde una perspectiva clínica hasta la psicosocial. Se plantean diversas formas del proceso de Burnout, la importancia de su estudio, así como los instrumentos de medición, las variables internas y externas predictoras de Burnout y finalmente las consecuencias para la organización y el individuo. Así como las diferenciaciones conceptuales frente a conceptos como tedio (Pines y Aronson, 1988), depresión (Fischer, 1983), alienación (Cherniss 1993) ansiedad (Leiter, 1990), e insatisfacción laboral (Firt y Britton, 1989).

En el capítulo cuarto se hace una revisión general acerca de las enfermedades cardiovasculares(ECV), en particular se describe su definición, y algunas alteraciones, como la tensión arterial(T/A).

En el capítulo cinco se reseña la importancia de realizar el estudio con el personal sanitario, específicamente las enfermeras, por ser la población más vulnerable al Burnout, debido a las diferentes actividades de la ocupación, que suelen estar acompañadas de una gran carga mental y física como lo afirman diferentes estudios realizados en México por Franco (1997), Arita y Arauz (1998), Tevni (2000), Arita (2001), Terán (2001), Pinelo y Salgado (2002).

Además se reporta el estudio de campo que se llevó a cabo en una Instituto de Salud del Distrito Federal, con enfermeras que laboran en dicho instituto. Se discuten los hallazgos encontrados, como el nivel de Burnout evaluado en las enfermeras, el nivel de correlación que tuvo con los indicadores evaluados (presión arterial y síntomas cardiovasculares).Que permiten afirmar la necesidad de realizar más investigaciones, que no solo permitan relacionar factores que pueden desencadenar Burnout, sino también prevenir, este efecto psicológico negativo así como enfermedad cardiovascular. Por medio de modelos y estrategias que permitan aumentar la calidad de vida de los trabajadores, reducir gastos en las instituciones de salud, con los pacientes, y con el personal que trabaje en dichas instituciones. En el capítulo seis se reportan las consideraciones finales.

Capítulo 1

La salud y el trabajo

1. La salud y el trabajo

En el presente capítulo, se revisa como se ha ido conformando la definición de salud hasta llegar a su conceptualización “biopsicosocial”.

Para comprender la relación salud-trabajo se hace una reseña de los antecedentes de dicha relación, donde se revisan los riesgos de trabajo más frecuentes derivados de diversas condiciones, que afectan la salud del trabajador y que han sido estudiadas por diferentes ramas de la Psicología del Trabajo entre la psicología social que ha adoptado como objeto de estudio a la salud.

1.1 Definición de Salud

Para entender el estudio de la psicología de la salud es necesario conocer la definición de salud, ya que ésta es su objeto y razón de su práctica cotidiana, sin dejar de lado otras ramas científicas que también se han interesado en el estudio de ésta, por ello es deseable tener una comprensión cabal de su significado y de su trascendencia funcional (Vega,2000).

Han sido muchos los que han definido el concepto de salud o han expresado alguna opinión acerca de este término, que ha cambiado conforme a las épocas, países y personas, aunque se puede afirmar que en todas las lenguas hay vocablos afines a nuestro idioma, donde se entiende como bienestar (Vega, op cit).

Durante mucho tiempo se consideró únicamente el modelo biomédico: que proponía que toda enfermedad o trastorno físico podía ser explicado por problemas en los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus.

Desde esta perspectiva, la salud es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; las quejas o síntomas subjetivos del individuo son la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente (León, 2003).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud hace poco más de 50 años como: "el estado de bienestar integral de un ser humano, lo cual incluye, el bienestar psíquico y mental (lo que pensamos, nuestras emociones, como nos sentimos, en lo espiritual y en las relaciones); más bienestar físico y biológico, esto quiere decir, el buen estado de nuestras células, órganos, todo nuestro cuerpo; más el bienestar sociocultural, esto se refiere al crecimiento, afianzamiento y uso en forma positiva de lo que estudiamos y aprendemos, con lo cual nos relacionamos con nuestros semejantes y la vida misma; más el bienestar socioeconómico, es decir, el tener la capacidad real y con ello satisfacción de nuestras necesidades económicas; Y por último, el bienestar ambiental; esto corresponde a la sanidad de nuestro hábitat, de nuestro entorno y su contorno" (Rodríguez y Marín, 1994, Pág. 115).

En esta definición aparecen explícitamente, por primera vez como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica, dando lugar al concepto integral de salud. Lo importante del nuevo concepto de salud, fue la aceptación de que la salud implica factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. El papel de los factores psicosociales en la salud no se reducen a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas (siendo muchas veces los responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica) junto a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables (Rodríguez-Marín, Pastor y López, 1988; Rodríguez-Marín, 1991, citados en Rodríguez, García, Garrido, Torregrosa, 1996).

A este cambio conceptual han contribuido distintas disciplinas como la epidemiología, antropología y por supuesto la psicología, las cuales han aportado numerosas evidencias a favor de la importancia de las variables sociales y psicológicas en el momento de explicar la multicausalidad de los problemas relacionados con la salud (León,2003).

Esto viene a demostrar la debilidad de las bases sobre las que se sustentaba el modelo biomédico: el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo biológico. Al tiempo que se apunta la necesidad de desarrollar un modelo biopsicosocial en los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad (Moreno y Peñacoba,1993).

Recientemente Ovejero (1993) propuso un modelo de salud, en donde la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias: estilos de vida, medio ambiente, organización de atención de la salud y biología humana.

Esto no es nuevo, ya que desde 1817 Leubuscher, Neuyman y Salomón; reformadores alemanes, partían del principio de que la enfermedad debía ser de interés colectivo y de que los problemas de salud eran responsabilidad de la sociedad. Argumentaban que los factores económicos y sociales influían en el continuo proceso de salud-enfermedad que acontece al hombre, por lo que era preciso considerar siempre la forma en que éste interactuaba en la sociedad. Además consideraban que las decisiones que tuviesen como propósito evitar las enfermedades, no debían sólo limitarse a los asuntos médicos, sino también a los aspectos sociales (Vega,2000).

De afirmaciones como ésta, ha partido la OMS(1999), para considerar que la hostilidad del medio ambiente está estrechamente relacionada con los recursos económicos de que dispone una sociedad. De hecho son muchas las evidencias

que establecen conexiones entre lo social y lo psicológico con la enfermedad (lo biológico).

Para ilustrar ésto se mencionará el estudio de Marrot y Mustard (1996 a), quienes en un trabajo encontraron que la población japonesa padece enfermedades diferentes en comparación con la población norteamericana, pero los nietos de japoneses residentes en Estados Unidos padecen las enfermedades que son características de la sociedad estadounidense, no las de la sociedad de sus antepasados.

En otro trabajo los mismos autores (Marrot y Mustard, 1996 b) realizaron una investigación con tres grupos de japoneses que venían a representar distintos grados de exposición a las influencias occidentales: Japón, Hawai y California. Y encontraron que a pesar de la baja tasa de enfermedad coronaria en Japón, la americanización de los japoneses iba seguida de un aumento de la tasa de enfermedades cardiovasculares que no era explicable por los factores de riesgo individuales convencionales (es decir, el colesterol, la tensión arterial y los cambios en el hábito de fumar) y sí por los factores relacionados con el estilo de vida colectivo, dieta, ocupación y patrones de interacción cultural que se relacionan con otras actividades que son parte de la vida del ser humano dentro de las que destaca una de las más importantes: el TRABAJO.

Los estudios sobre los trastornos relacionados con el estrés en un contexto de cambio cultural y la investigación sobre el apoyo social como estrategia para afrontar las tensiones cotidianas, ilustran muy bien cómo los procesos sociales y culturales generan patrones de interacción social que modelan y modulan nuestras respuestas biológicas hasta el punto de transformarlas en factores de riesgo de salud (Vega, 2000).

Para resolver problemas de salud “actuales”, no sólo se tiene que atender los problemas biológicos del enfermo, sino que se deben considerar diversos factores sociales y psicológicos que son facilitadores o desencadenantes de enfermedades

crónico degenerativas en las cuales, muchas de las ocasiones su etiología puede ser psicológica.

1.2 La salud Y su relación con el trabajo

Ahora bien, ya se argumentó acerca del papel tan importante que juega la salud en cualquier persona, pero ¿qué sucede con aquellas personas que están en constante riesgo y su salud se deteriora con el transcurso de su jornada de trabajo?

El trabajo, siempre ha ocupado un papel fundamental en la vida personal y en la estructura social, ya que constituye la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, al mismo tiempo que permite satisfacer necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales y el desarrollo personal (Peiró y Prieto 1996).

Es claro que el trabajo es el medio, por el cual el hombre produce bienes para satisfacer sus necesidades, pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos negativos que repercuten en la salud como en lo psicológico (Noriega,1989 y Almirall,1993).

Desde los inicios de la historia se sabe que ciertas enfermedades provienen del medio laboral. Hipócrates y Galeno enseñaban a sus alumnos que para un mejor diagnóstico de las enfermedades debían preguntar siempre la profesión del paciente, ya que el trabajo se identificó como productor de enfermedad, que por ende afecta a la salud de los trabajadores(Trejo,1996).Por su parte Ramazzini afirmaba que el trabajo que se realiza bajo condiciones negativas repercuten en la integridad psicofísica de los individuos (Sandoval, 2000).

Galliani (1992) señala que los procesos de salud enfermedad, si bien tienen expresión somática, están fundamentalmente condicionados y determinados por factores económicos, históricos, políticos, sociales y culturales. Se vive y se

muere según la ubicación que se tenga en la estructura social, en el entrecruzamiento de factores complejos que globalmente se llaman condiciones materiales de existencia y que hace referencia a otros dos conceptos que lo constituyen: condiciones de vida y las condiciones y ambiente de trabajo, entre las primeras destacan el alimento, vivienda y el estilo de vida, en cuanto a las segundas el lugar de trabajo, la temperatura y el equipo con el cual desempeñan su trabajo.

Por su parte, Córdova y Ortiz (1979) enfatizaron la necesidad de abordar exhaustivamente los conceptos de trabajo, analizando los elementos de su proceso, y los problemas de salud mental ligados al mismo, agrupándolos de la siguiente manera:

- a) *Padecimientos psiquiátricos*
- b) *Síndromes psicofisiológicos relacionados con el estrés de las condiciones laborales*
- c) *Fenómenos psicopatológicos generados por alguna característica del trabajo*
- d) *Consecuencias a nivel social de la organización del trabajo*
- e) *Patología del carácter*
- f) *Secuelas en la esfera de la personalidad de toda una vida de trabajo.*

Por su parte Laurell y Noriega (1987) identifican cuatro tipos de riesgos de trabajo relacionados con la Salud.

1. La duración de la jornada laboral:

a) Prolongación de la jornada e intensificación de los ritmos de trabajo, está estrechamente ligada con el propósito de obtener una mayor producción en el mínimo tiempo posible, a través de un esfuerzo físico mayor por parte del trabajador; teniendo como consecuencia la llamada fatiga industrial.

b) Rotación de la jornada de trabajo, es el cambio constante de trabajo en diferentes horarios (cambios de turno). Ésto trae como consecuencia la alteración de los ritmos biológicos que producen alteraciones digestivas y de sueño, manifestándose como enfermedades nerviosas, úlceras, colitis, agotamiento nervioso, entre otras.

2. *Instrumentos de trabajo*: aquí se presentan con frecuencia las deformidades llamadas “posturales”, características de los trabajadores que permanecen mucho tiempo sentados o parados, sin tener mucho movimiento, afectando cualquier parte de la columna vertebral o aquellas que afectan al aparato respiratorio tales como: sordera total o parcial, irritación nerviosa, reumatismo y disminución de la agudeza visual.

3. *Ambiente de trabajo*: Son las condiciones donde se realiza el proceso laboral, los agentes físicos más comunes que provocan daños al trabajador, algunos de ellos son: ruido, humedad, calor, mala ventilación, riesgos mecánicos y otros inherentes al macro-clima.

4. *Objetos de trabajo*: éstos se relacionan con el manejo de materias primas utilizadas en la elaboración del producto, con sus propiedades físicas y químicas (Laurell y Noriega, 1987).

Otras causas que originan los riesgos de trabajo según Martínez, (1980) pueden ser:

- ◆ Debilidad de constitución física.
- ◆ Alimentación inadecuada.
- ◆ Enfermedades internas de toxicidad.
- ◆ Disminución de las funciones de ciertos órganos (visión, oído).
- ◆ Problemas de índole ergonómica.
- ◆ Deficiencias de facultades intelectuales.

- ◆ Alteraciones psicológicas entre sujetos aparentemente normales como son:
 - a) Dificultad de dirigir y mantener la atención necesaria
 - b) Lucidez mental
- ◆ Preocupación por diversas razones ajenas al trabajo
- ◆ Miedo exagerado al accidente
- ◆ Descanso insuficiente durante la jornada laboral

Y precisamente estos riesgos laborales(Oddone,1987) han traído como consecuencia la aparición de:

a) Enfermedades inespecíficas:

Las enfermedades inespecíficas, entendidas como el conjunto de enfermedades o alteraciones conductuales no directamente ligadas a una causa determinada

b) Enfermedades profesionales

Las enfermedades profesionales, son cuadros definidos, en los cuales están directamente identificadas las causas como un factor del ambiente del trabajo.

c) Accidentes:

Los accidentes de trabajo, definidos como la posibilidad de que el trabajador pueda sufrir daños por la ocurrencia inesperada de diferentes factores nocivos.

Por ésto varias disciplinas y modelos han abordado tanto de manera específica como tangencial el fenómeno del trabajo y su impacto sobre la salud de los trabajadores; el estudio de esta relación, se ha realizado de forma especializada en dos niveles; en el primero un estudio del trabajador en forma individual, bajo cinco especialidades: la medicina del trabajo, la fisiología, ergonomía, toxicología, psicología del trabajo e higiene y seguridad industrial. El segundo, es el estudio

de los grupos de trabajadores bajo tres especialidades: salud pública, medicina legal y económica y finalmente la sociología del trabajo (Tovalin 1988).

Los objetivos de cada especialidad son los siguientes:

A nivel Individual

- a) Medicina del trabajo: Identificar en los individuos las enfermedades relacionadas con su trabajo.
- b) Fisiología y Ergonomía: Conocer el funcionamiento del cuerpo en el trabajo y la relación hombre/máquina.
- c) Toxicología: Estudiar los efectos de las sustancias externas en el organismo.
- d) Psicología del Trabajo: Seleccionar y adaptar a los trabajadores a su actividad, tomando en cuenta las variables personales y organizacionales que influyen en su desempeño laboral.
- e) Higiene y Seguridad Industrial: Estudiar el ambiente y la organización técnica del trabajo.

A nivel Grupal

- a) Salud Pública: Realizar el diagnóstico de las condiciones de salud de los grupos de trabajadores.
- b) Medicina Legal: Definir los daños en la salud reconocidos como riesgos de trabajo.
- c) Economía y Sociología del trabajo: Conocer la organización del trabajo y su relación con la salud laboral

Como se puede constatar, el trabajo es uno de los mayores riesgos a los que está expuesto cualquier persona que desempeñe alguna actividad laboral, la cual puede repercutir en diferentes niveles como los ya mencionados. Pero en realidad son más los factores que pueden intervenir en el desarrollo de problemas de salud mental y física. Es en esta parte precisamente donde cabe destacar al papel que juega la psicología.

Retomando que la psicología del trabajo, es la única en seleccionar y adaptar a los trabajadores a su actividad, tomando en cuenta las variables personales y organizacionales que influyen en su desempeño laboral y en la salud de estos.

1.3 Psicología y la salud

Existen diversas ramas dentro de la psicología, que nos explican el comportamiento, pensamiento y los sentimientos del ser humano desde diferentes enfoques y marcos teóricos. Este estudio partió del enfoque de la Psicología Social de la salud, que es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, al diseño y puesta en práctica de programas de intervención. La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad (Rodríguez y Marin, 1994).

Aplicar la Psicología al campo de la salud significa el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención, organizaciones de cuidado de salud. Actividades como la promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salud son el resultado de la actividad creciente del campo de la psicología social de la salud.

Desde este marco, las investigaciones sobre estrés y enfermedad física, han generado resultados interesantes para motivar y fundamentar el desarrollo de estrategias de prevención y de promoción teniendo en cuenta a los factores psicológicos y sus consecuencias. Así como se ha podido comprender mejor los antecedentes psicológicos de múltiples patologías para generar más investigación y técnicas de intervención como tratamientos coadyuvantes y preventivos en la evolución de las enfermedades agudas y crónicas. Además su aportación en el

propio concepto de salud generado entre otras cosas un análisis psicológico y social (Rodríguez, García, Garrido y Torregosa, 1996).

Capítulo 2

Factores Psicosociales

1. Definición de factores Psicosociales

¿Pero qué es lo que realmente pasa en el lugar de trabajo que puede intervenir en el trabajador para que la actividad laboral sea positiva y permita desarrollar diferentes habilidades y capacidades o por el contrario un efecto negativo psicológico que repercuta en la salud? Para dar respuesta a esto, en el presente capítulo se mencionan brevemente los factores psicosociales, ya que dichos factores cubren una amplia gama, que va desde condiciones del medio macrosocial hasta ciertas particularidades individuales, pasando por el medio microsociales, las relaciones sociales más inmediatas del hombre y como el trabajo (Sauter, Murphy y Hurrell, 1990).

El Comité Mixto de la Organización Internacional del trabajo y la Organización Mundial de Salud OIT/OMS (1986) mencionan que los factores psicosociales en el trabajo “consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (pg 2 - 3).

Los factores psicosociales en el trabajo son complejos, difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos. Algunos de éstos se refieren al trabajo individual, mientras que otros están ligados a las condiciones y al ambiente de trabajo (Sauter, Murphy y Hurrell , op cit).

Otros se inclinan hacia las influencias económicas y sociales ajenas al lugar del trabajo pero que repercuten en él. La investigación y el análisis relacionados de los factores psicosociales, se han caracterizado por la explicación de sus interacciones y efectos, dando especial atención a la salud (OIT, 1986).

La legislación europea y la española, reconocen la importancia de los factores psicosociales en la prevención de los riesgos laborales y plantean la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo, con el fin de prevenir los riesgos psicosociales nocivos para la salud mental. En lo que respecta a México, es nuevo el interés que este tema ha generado y por lo tanto, todavía no es tomado en cuenta en su legislación.

Diversos autores como Sauter, Murphy y Hurrell (1990) han señalado la importancia creciente de estos factores como determinantes de la salud laboral de los trabajadores mexicanos. Por su parte la Organización Internacional del trabajo (1986) presentó el modelo de los factores psicosociales de la siguiente forma (Ver figura 1):

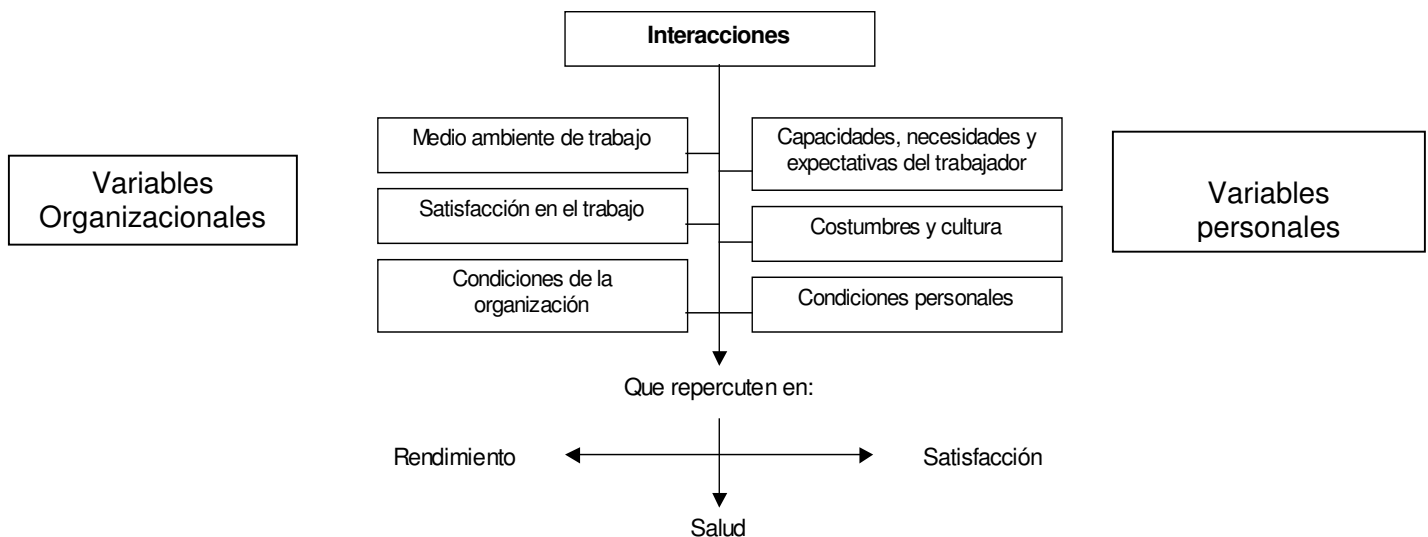


Figura 1. Modelo de Interacción de Factores Psicosociales propuesto por la OIT (1986) y modificado por Juárez y Hernández (2003)

En la actualidad, para estudiar la interacción trabajo-salud y los efectos psicológicos negativos en el trabajo, es necesario considerar las variables personales que van desde las capacidades, necesidades y expectativas del trabajador, hasta su costumbre y cultura.

Así mismo, las variables organizacionales como el medio ambiente en el que se desarrolla el trabajador, las relaciones que establece con sus compañeros y jefes, así como las condiciones de la organización.

Por esta razón es que a continuación, se revisan ambas variables, para comprender la interacción que se establece entre la persona y el trabajo.

2.1 Variables Personales

Las variables personales han cobrado mucha importancia en los últimos tiempos, ya que forman parte de las condiciones personales del trabajador que pueden influir en el desempeño laboral, respecto a éstas cabe señalar que son diversas y sólo se mencionarán las que han tenido mayores evidencias científicas.

El Locus de control es una variable que puede permitir una predicción confiable de la conducta futura de un sujeto, en cuanto a lo que tiene que ver con su toma de decisiones. Es conocida dentro de las teorías del aprendizaje social como la identificación del origen de la fuerza motivadora que lleva a los sujetos a actuar de una cierta manera y no de otra ante la misma situación; constituye una explicación del lugar o foco, en el cual se ubica el núcleo que refuerza la realización de las conductas o acciones de los sujetos. Es un constructo de personalidad referido a la percepción del núcleo desde el cual son determinados causalmente los eventos de la vida, desde la óptica del propio individuo, quien los considera consecuencia de su conducta o resultado de circunstancias como el destino, suerte o factores externos y sin relación con sus actos. (Yisidra, 1995)

Se le refiere también como la medida de qué tan lejos se ven a sí mismos los individuos, en cuanto al control y la responsabilidad acerca del curso de los acontecimientos, tanto deseables como no deseables, que han tenido lugar en su vida. Si bien se utilizan términos distintos en la literatura: Locus, foco, control de causalidad, lugar de control, entre otros, en esencia la definición no se ve alterada. Rotter (1962) señaló que la adquisición y desarrollo de habilidades y conocimientos en general están estrechamente ligada al estímulo que recibe el individuo; en otras palabras, la satisfacción o insatisfacción de los actos está íntimamente ligada a los procesos de aprendizaje y los efectos del estímulo dependen en gran medida de que el sujeto reconozca los efectos o resultados como consecuencia de su propia conducta o como independiente de ella. Así, a la expectativa que la persona tiene acerca del origen de su actuar, es a lo que se ha denominado Locus de control.

El Locus de control es, un concepto teórico que se ha desarrollado para explicar las creencias características del sujeto a partir de las cuales éste establece la génesis de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento. Es una construcción que permite definir cómo es percibida la causa de una acción o comportamiento y cómo esta percepción está determinada por la información que el sujeto posee acerca del objeto en cuestión (Kalimo, Batwi y Cooper, 1988).

Así, puede ser definido como la creencia que la persona tiene acerca de cómo y dónde se originan los eventos agradables o desagradables que percibe para actuar. Por ello, si un individuo cree que tiene poco control respecto de las retribuciones y sanciones que recibe, no encontrará razón suficiente para modificar su comportamiento, dado que no considera que puede influir en la posibilidad de que tales eventos se presenten (Kalimo, Batwi y Cooper, op cit).

Rotter (1962) definió dos tipos de Locus de control: interno y externo, el primero como un acontecimiento contingente a su propia conducta y los segundos que identifican a los acontecimientos que les suceden como resultado de fuerzas ajenas o externas a ellos mismos y que éstas actúan independientemente de sus actos. Estas percepciones se encuentran en una dimensión de “Locus de control percibido” (también llamado Locus de control externo - interno). El control interno se refiere a la percepción de eventos positivos, negativos o de ambos tipos, como consecuencia de las propias acciones y, por lo tanto bajo control personal. (Kalimo, Batawi y Cooper, 1988).

Por el contrario, el término control externo se refiere a la percepción de eventos positivos, negativos o de ambos tipos, como fenómenos que no tienen relación con la propia conducta y por lo tanto están fuera del control personal (Kalimo, Batawi y Cooper, op cit).

Cabe mencionar, que el autor referido considera el concepto de Locus de control como una variable unidimensional que da lugar a dos valores: máxima internalidad y mínima externalidad; máxima externalidad y mínima internalidad (Rotter, 1962).

En el ámbito laboral, esta variable juega un papel muy importante, ya que es la percepción que puede tener una persona de lo que pasa en su trabajo y qué tanto pueden cambiar las circunstancias que se den en el mismo. De acuerdo a la teoría descrita, los trabajadores podrían tener ambos tipos de locus de control, de acuerdo a la circunstancia.

Otra de las variables que ha sido considerada y estudiada por investigadores de salud en el trabajo, es la autoeficacia.

Autoeficacia

Bandura 1997 (citado en Salanova, Llorens, Grau y Shaufeli, 2001) considera que la capacidad humana para la auto-reflexión es la “capacidad más singularmente humana”, por esta forma de auto-referencia del pensamiento le permite evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta. Estas evaluaciones incluyen las percepciones de “auto-eficacia”, que Bandura definió como las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones.

La teoría de la auto-eficacia tiene una historia relativamente breve, ya que cabe situar sus inicios en 1977 con la publicación por parte de Bandura de la obra “la auto-eficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual”. No obstante, el funcionamiento de los principios de la auto-eficacia ha recibido el apoyo de un cuerpo de resultados que día a día crecen en los más diversos campos, dentro de los cuales destaca el ámbito laboral (Yisidra, 1995).

Si las personas creen que pueden realizar acciones para resolver problemas instrumentalmente, se vuelven más inclinadas para hacerlo y se sienten más comprometidas con esta decisión. Esta capacidad hace referencia a la auto-reflexión (self-reflective capability): las personas no sólo son agentes activos, sino que son capaces de autoexaminar su propio funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual (Bandura, 1992).

Para Bandura (op cit) la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados. Además, desde diferentes líneas de investigación, se ha puesto de manifiesto que las creencias de autoeficacia funcionan como un determinante fundamental en los procesos de motivación, afecto, pensamiento y acción.

Las creencias de las personas en relación con su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia: el logro de ejecución, el aprendizaje vicario, la persuasión social y la activación emocional.

El primero y el principal logro de ejecución, donde sobresalen las experiencias de dominio y la persona tiene un sentimiento de bienestar al lograr las cosas, el aprendizaje vicario se refiere al repertorio de aprendizaje con el cual la persona ha enfrentado diversas experiencias pasadas con éxito. La persuasión social es la manera en que se ha visto reforzado dicho esfuerzo por personas cercanas a la persona. En cuanto a la activación emocional, se refiere a que los éxitos crean una robusta creencia con relación a la eficacia personal, mientras que los fracasos la debilitan (Bandura, op cit).

Esta variable se ha estudiado por diversos investigadores, entre los que destacan Beas y Salanova (2002) por que se ha relacionado con las creencias de autoeficacia, y pueden ayudar en la prevención de riesgos laborales.

Ahora se hablará de la variable personal conducta tipo "A".

Conducta Tipo A

Friedman y Rosenman (1974) definen al patrón de conducta tipo A como un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, y si es necesario, contra la oposición de cosas o personas.

Este patrón conductual está constituido por una serie de conductas entre las que se observan: excesiva competitividad, esfuerzos por realizar muchas tareas, agresividad, urgencia de tiempo, aceleración de actividades comunes, no buscan descansar, hostilidad, hiperalertas, explosividad al hablar, tensión de músculos

faciales, lucha contra el tiempo, insensibilidad al ambiente; además estos sujetos son ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, no se distraen fácilmente mientras trabajan y son incapaces de relajarse (Reynoso & Seligson, 1997).

En general, este patrón constituye una amplia gama de elementos cognoscitivos y emocionales, así como de estilos personales de funcionamiento de un individuo, y es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto. No es una situación estresante ni una respuesta de distrés, sino que es un estilo de conductas manifiestas utilizadas para afrontar situaciones de la vida (Reynoso & Seligson, op cit).

Puede ser elicitado por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes y se manifiesta por valores característicos, pensamientos y relaciones interpersonales (Reynoso, Alvarez, Tron, de la Torre & Seligson, 2002 citados en García, Frias y Reynoso; 2002).

Esta variable es de las más importantes, ya que a través de historias clínicas, estudios epidemiológicos y el seguimiento de pacientes cardiopatas ha permitido establecer la existencia de una serie de factores de riesgo, biológicos y conductuales; entre los que destacan los hábitos y estilos de vida relacionados con la enfermedad cardiovascular y por tanto la presencia del patrón conductual tipo (Reynoso, Alvarez, Tron, de la Torre y Seligson (2002).

Una vez que se han revisaron algunas de las variables personales, se describirán las variables organizacionales que también intervienen en el proceso salud-trabajo.

2.2 Variables Organizacionales

Las variables externas también pueden influir en la salud y el desempeño del trabajador. Se han desarrollado distintos modelos para el estudio de variables “externas” entre ellos el modelo Obrero italiano que surgió en la década de los setenta (Laurell, 1992).

En el modelo obrero italiano se menciona que existen tanto riesgos como exigencias en el trabajo y éstos se pueden dividir a su vez en cinco grupos:

- 1) Grupo I . Los riesgos derivados de los medios de trabajo: ruido, vibraciones, temperatura (calor-frío), humedad, ventilación, radiaciones, estos riesgos conforman el denominado ambiente laboral y tradicionalmente son analizados como factores o agentes físicos.
- 2) Grupo II. Riesgos resultantes de los objetos de trabajo y sus transformaciones. Son de carácter químico o biológico. Entre ellos están los polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus.
- 3) Grupo III. Exigencias laborales de la actividad física. Incluyen la intensidad del trabajo (trabajo pesado, sedentarismo) y las posiciones incómodas.
- 4) Grupo IV. Exigencias laborales de la organización y división del trabajo. En ellas se analizan los aspectos que tienen que ver con la jornada de trabajo (duración, turnos, rotación), formas de pago salarial (fijo, a destaco, cuotas, estímulos), ritmo, control, peligrosidad, monotonía del trabajo y supervisión.

Por su parte, Peiró y Prieto (1996) mencionan que las “condiciones del trabajo” incluyen cualquier aspecto circunstancial en el que se produce la actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza, como en las circunstancias temporales en que se dan las condiciones bajo las cuales los trabajadores desempeñan su trabajo. Dentro de estas condiciones se pueden encontrar:

- ◆ Las condiciones de empleo: tipo de contrato, horarios, turnos, salarios.
- ◆ Las condiciones ambientales; ruido, temperatura, humedad, iluminación, vibraciones, manipulación de productos tóxicos y la calidad del aire.
- ◆ La carga física del trabajo: posturas dolorosas o fatigantes, permanecer en la misma postura, levantar cargas pesadas, grandes esfuerzos, movimientos muy repetitivos.
- ◆ La carga mental del trabajo: ritmos de trabajo elevados, tareas muy repetitivas, nivel de atención exigidos, consecuencia de los errores, trabajo rutinario o bien trabajo complicado y difícil.
- ◆ Y finalmente una serie de aspectos psicosociales de comunicación con compañeros, estatus, y posibilidades de promoción, participación del trabajador y los conocimientos requeridos en el puesto (Peiró y Prieto, 1996).

El modelo que ha tenido más auge en el ámbito de lo Psicosocial es el modelo de Demanda-Control. Éste se ha desarrollado en relación con entornos de trabajo en donde los “estresores” son crónicos(OIT,1988).

Este modelo se basa en dos características psicosociales del trabajo: las demandas psicológicas que éste plantea y una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades (la llamada latitud de toma de decisiones). El modelo predice, en primer lugar, el riesgo de enfermedad relacionado con el estrés y después los correlatos de comportamiento activo/pasivo de los puestos de trabajo. La latitud de toma de decisiones, se entiende como la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y la utilización de sus capacidades para controlar sus actividades, no para controlar a otras personas (OIT,op cit).

Las escalas de esta latitud tienen dos componentes: la autoridad sobre las tareas, que es conocido como autonomía y, la discrepancia de las capacidades- las capacidades por parte del individuo(OIT, op cit).

Cabe señalar que este modelo se ha utilizado principalmente en estudios epidemiológicos de enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria, aunque también se han encontrado hallazgos interesantes en otros padecimientos como infarto al miocardio, desórdenes músculo esqueléticos, carga física y condiciones psicosociales(Amar, Alfredson, Theorell,1994; Haan,1985 y May,1988; citados en Theorell y Karasek,1998).

Otro modelo psicosocial que incluye variables “externas “ e “internas” es el de ajuste Persona – Entorno (PE), esta teoría ofrece un marco para evaluar y predecir la forma en que las características personales y el entorno laboral determinan conjuntamente el bienestar del trabajador, donde se consideran dos perspectivas: las necesidades del trabajador (ajuste necesidades-ofertas) y las exigencias del entorno del trabajo (ajuste exigencia-capacidades)(Theorell y Karasek, op cit).

Entre las características de la persona (P) figuran tanto necesidades como capacidades. Entre las características del entorno (E) figuran ofertas y oportunidades para satisfacer las necesidades del trabajador y exigencias que se plantean a sus capacidades. En el ajuste subjetivo (As) se refiere a las percepciones de P y E que tiene el trabajador, mientras que el ajuste objetivo (Ao) se refiere a evaluaciones que en teoría no presentan sesgo subjetivo ni error(OIT, 1988)

Según el modelo, los niveles y el cambio del ajuste objetivo se deben a una intervención planificada o a otras causas, y no son siempre percibidos de manera fiel por el trabajador, un trabajador puede percibir un buen ajuste o un ajuste deficiente. Esta percepción errónea del trabajador puede proceder de dos fuentes. Una de ellas es la organización, la cual de manera deliberado o no pueden ofrecer

al trabajador información inadecuada sobre el entorno y él mismo. La otra fuente es el trabajador mismo que puede distorsionar defensivamente la información objetiva sobre lo que exige su puesto de trabajo o sobre sus capacidades y necesidades personales (Teylor, 1991; citado en OIT, 1988).

Como se puede observar existe una relación muy estrecha entre este tipo de variables (internas-externas), que por si mismas producen diferentes efectos en la salud, así como diferentes efectos psicológicos. Dentro de las consecuencias negativas de los factores psicosociales del trabajo que se pueden presentar en la salud del individuo según la OIT/OMS (1986) están:

- Las Consecuencias fisiológicas: dentro de éstas se encuentran las reacciones de las funciones corporales, como una mayor secreción hormonal de adrenalina y noradrelina que en momentos de tensión pueden funcionar como movilizadores de energía pero que a la larga su excesiva liberación puede causar trastornos cardiovasculares, altos niveles de presión y azúcar en la sangre, con la cual el trabajador puede llegar a sufrir hipertensión e infartos que en los casos extremos pueden provocar muertes súbitas(OIT/OMS,1986).
- Otros daños pueden sufrirse a nivel del sistema nervioso central con los llamados micro-sueños, en donde hay una desactivación temporal de dicho sistema y finalmente también se pueden presentar enfermedades psicosomáticas, perturbaciones del sueño entre otras(OIT/OMS, 1988).
- En cuanto a las consecuencias psicológicas, se puede mencionar el mal funcionamiento de facultades cognoscitivas tales como atención, percepción, concentración, memoria o actitudes negativas como irritación, preocupación, tensión, depresión, obsesiones, mala opinión de si mismo, además de trastornos psicomaticos e insatisfacción. Incluso se han reconocido cuatro tipos de efectos psicológicos negativos que son la monotonía, la fatiga, el Burnout (hasvío psíquico) y el estrés(OIT/OMS, op cit).

- Reacciones de comportamiento, Se consideran a aquellas conductas que son de fácil identificación y se reflejan directamente en el desempeño del trabajador, en cuanto al rendimiento en el trabajo, ausentismo, insatisfacción laboral, bajas expectativas, intolerancia, falta de equidad. Además puede que se den problemas por el uso excesivo de tabaco y alcohol asociado con tensión, utilización inapropiada del trabajador de sus conocimientos, que repercute en la seguridad laboral(OIT/OMS, op cit).

- Es importante recalcar que dichas alteraciones de comportamiento tienen repercusiones no solo en el ámbito laboral, sino también en la familia y la vida social de la persona, ya que se vuelve irritable, angustioso, quejumbroso, desinteresado por los problemas familiares, tiene menos amistades, entre otros(OIT/OMS, op cit).

- Y finalmente, los problemas persistentes de salud: que pueden ser desde afecciones somáticas crónicas como cardiopatías e hipertensión, algunos trastornos psicológicos agudos como enfermedades psicogénicas colectivas y algunos accidentes del trabajo(OIT/OMS, 1986).

Esta información reafirma una vez más que los factores psicosociales tienen una gran importancia, ya que no solamente pueden ocasionar problemas en la salud del trabajador, sino que también en la salud mental, lo que puede ocasionar efectos psicológicos negativos.

2.3 Efectos psicológicos negativos en la salud de los trabajadores

Almirall (1995) menciona que los efectos negativos del trabajo son efectos no deseados, que se reflejan en la eficacia y los estados de ánimo del trabajador; se manifiestan durante y después del trabajo y sus manifestaciones se expresan en los diferentes estados funcionales del hombre. Éstos están en estrecha relación

con la personalidad, la percepción del mundo, las capacidades y habilidades del individuo y se deben en gran medida a la carga de trabajo y al esfuerzo mental que se emplea para realizarlo. Dichos efectos se presentan a:

- Corto plazo, cuando se evalúan los resultados del trabajo en periodos relativamente cortos, una jornada, parte de la misma o periodos de una semana.
- Largo plazo, son los efectos que se reflejan en el transcurso de una actividad laboral mantenida por años.
- Instantáneos, que se presentan en el mismo momento de realizar la actividad laboral.

De acuerdo con Almirall (op cit) existen tres formas fundamentales de expresión de los efectos negativos del trabajo en relación con las llamadas condiciones del trabajo:

- a) El primero es un efecto inmediato, sin mediación psíquica, en forma de pura influencia fisiológica en el organismo, generalmente caracteriza al accidente de trabajo.
- b) El segundo es un efecto físico inmediato, relacionado con una mediación psíquica que lo modifica.
- c) El tercero es un efecto mediado exclusivamente por lo psíquico.

Kulka (1980; citado en Almirall, 1993) propuso un modelo teórico que explica las relaciones entre los conceptos fundamentales para el estudio y valoración de los efectos negativos en el trabajo (ver figura 2).

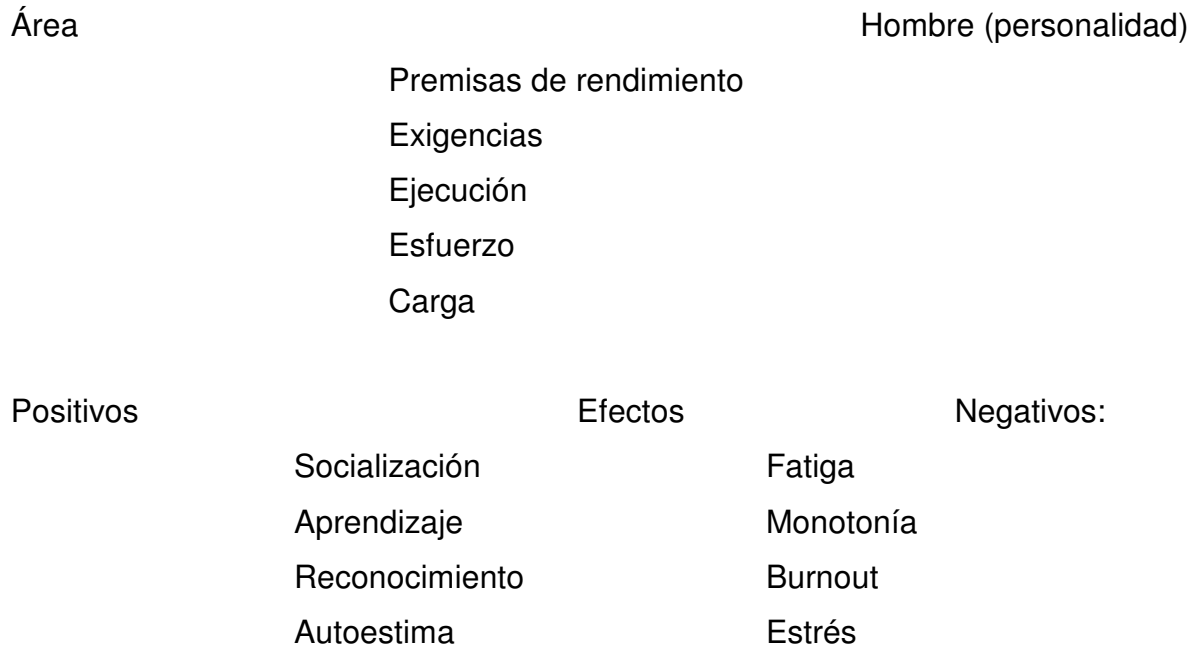


Figura.2 Modelo de Kulka (1980, citado en Almirall,1993)

Éste modelo pone énfasis en la llamada carga de trabajo, que se considera generadora de efectos negativos o positivos, además de ser el reflejo subjetivo durante la actividad laboral y producto de la movilización de los procesos de adaptación del hombre (esfuerzo) para el cumplimiento de una tarea que se realiza bajo condiciones concretas.

Con el término rendimiento, se hace referencia a las capacidades del individuo para ejecutar una tarea, mientras que las exigencias laborales son demandas que se imponen a la persona y que resultan de las condiciones objetivas de la ejecución, considerando el carácter y el contenido del trabajo, las condiciones espacio-temporales y ambientales en los que se desarrolla la actividad (Almirall, 1992).

La relación entre exigencias y premisas de rendimiento determinan, el tipo y grado de esfuerzo requerido y percibido por la persona. Por condiciones de trabajo se entienden los componentes objetivos (condiciones externas) y subjetivas (condiciones internas) representadas durante la actividad laboral (Almirall, op cit).

A partir de lo anterior, en el presente trabajo se asume que cuando las condiciones del trabajo exceden un valor o un tiempo de duración, se llega con regularidad a consecuencias negativas para la salud y para la capacidad de rendimiento del trabajador independientemente del tipo de esfuerzo que se realice (físico o psíquico), lo cual es traducido en lo que se conoce como efectos negativos de tipo psicológico (Almirall, 1995), éstos pueden ser: Fatiga, Monotonía, Estrés y Burnout. A continuación se mencionarán brevemente éstos, dando mayor énfasis al Burnout por ser el efecto que interesa investigar en el presente estudio.

2.3.1 Fatiga

Astrand y Rodah (1992) mencionan que ésta, puede ser un síntoma de enfermedad, pero que también puede ser de naturaleza psicológica, a menudo asociada con falta de activación, falta de interés, baja capacidad de reserva.

Existen otros autores como Christensen (1960) y Grandjean (1979) que definen la fatiga como un estado de homeóstasis perturbada debido al trabajo y al medio ambiente del trabajo, que suele dar lugar a síntomas subjetivos y objetivos.

Astrand y Rodah (1999) mencionó que los síntomas subjetivos de fatiga, pueden abarcar desde la sensación ligera de cansancio hasta la extenuación completa. En cuanto a los síntomas objetivos, observó un aumento de la frecuencia cardiaca en sujetos que trabajaban a una carga que correspondería a aproximadamente el 50% de la captación máxima de oxígeno durante un periodo de aproximadamente 8 horas.

Wisner (1998) menciona que existe la fatiga sensorial y la fatiga patológica, la primera es cuando hay una fatiga auditiva o una elevación temporal del umbral auditivo y al mismo tiempo una fatiga visual que es esencialmente una fatiga de los músculos oculares y la segunda se refiere a la reducción de segregación de hormonas corticosuprarrenales, que se puede presentar con fatigabilidad en la enfermedad de Addison y alteración de las aptitudes en caso de fallas en la secreción tiroidea y se presenta una psicopatología de la fatiga.

2.3.2 Monotonía

Durante mucho tiempo se consideró a la monotonía como un “tipo” de fatiga o como una característica de la tarea, principalmente en los marcos de la Psicología Industrial (Ghiselly ,1970; citado en Almirall, 1993).

Pero, en la actualidad se ha visto que es un proceso diferente, ya que es un estado relativamente pasajero de la actividad psicofísica, caracterizada por una disminución de la misma y un sentimiento de apatía e indiferencia hacia la actividad. Se describen cuadros de automatismo y ausencia mental, así como una inercia de las particularidades dinámicas de la personalidad (Almirall, op cit)

Wisner (1998) refiere una variabilidad significativa en el equilibrio psicológico, principalmente una actividad circulatoria reducida (frecuencia del pulso), disminución del consumo de oxígeno y del tono muscular. En la esfera del rendimiento se destaca un aumento en las oscilaciones de la actividad y la frecuencia de errores. Es típico de este estado la indiferencia, apatía, sin llegar a fatigarse verdaderamente.

Según Ghiselly (1970) citado en Almirall (1993) la monotonía se hace sinónimo de “tedio” y puede definirse como: la saturación con respecto a una actividad que la persona es obligada a ejecutar continuamente. Señala este autor que la repetición siempre se ha considerado un factor que precipita la monotonía, asegurando que el mismo no es el único y que deben considerarse tres aspectos:

- 1) Las condiciones en que se realiza el trabajo
- 2) La motivación inadecuada (naturaleza del incentivo)
- 3) No todos los que se exponen a un trabajo repetitivo se quejan de él.

2.3.3 Estrés

“Stress” es una palabra derivada del latín, muy popular del siglo XVII con el significado de apuro, infortunio, adversidad. Más tarde en el siglo XVIII es usado con relación a algo que denota fuerza, presión, tensión o un fuerte esfuerzo, tanto en una persona, como a la facultad de su vida mental.

Desde los estudios considerados ya como clásicos de Seyle(1979), ha sido frecuentemente motivo de discusión, el alcance y la naturaleza del término, así como los efectos del mismo en el hombre. Seyle (1979) consideró que todo organismo pasa a través de un síndrome general de adaptación, el cual abarca tres estadíos:

1.Reacción de alarma, la cual es considerada como una fase de shock (la reacción inicial e inmediata a un agente nocivo) y una movilización o fase de defensa en la cual la corteza comienza a secretar más hormonas corticoides.

2.Estado de resistencia, el cual incluye la adaptación al estímulo estresor, pero en franca desventaja, en posibilidades para competir con el estímulo subsecuente.

3.Estado de extenuación, el cual sigue a periodos de prolongación y severa adaptación.

Estos efectos resultan una constante independiente de la significación positiva o negativa que representa para el sujeto. En el campo de la actividad laboral, House y Wells (1978)citado en Almirall (1992) consideran que el estrés laboral es

producto de la relación hombre-ambiente de trabajo y que su soporte teórico es aun fragmentario: su uso según estos autores es problemático y ha sido utilizado frecuentemente de una forma contradictoria y confusa (Almirall,1993).

Su delimitación conceptual ha sido ambigua, dando lugar a múltiples perspectivas sobre su significado. La connotación más extendida en el lenguaje coloquial es la que asocia el término “estrés” con una experiencia negativa; con una vivencia desagradable que siempre conlleva consecuencias adversa para la salud física, psicológica y social para el individuo que la vive, sin embargo esta creencia no es correcta, pues se ha demostrado, a través de numerosas investigaciones que la presencia de un determinado nivel de estrés puede asimismo tener efectos beneficiosos para el individuo, favoreciendo una respuesta eficaz a las diferentes demandas del entorno (Rodríguez y Marin, 1994).

Cox y McKay (1981;citado en Orlandini ,1999) clasifican y definen el estrés en cuatro categorías:

En primer lugar, el concepto de estrés se ha utilizado para designar la situación que desencadena su experiencia o vivencia. Así pues, se hace hincapié en los estímulos del entorno y en las características del ambiente como los principales causantes de la respuesta de tensión emitida por el individuo (Terras y Stephen, 1994).

Un segundo bloque de definiciones, por el contrario focalizan la atención en la persona, considerando que el término “estrés” se refiere a las respuestas fisiológicas o psicológicas del individuo (Terras y Stephen, 1994).

En tercer lugar, aparece un nuevo elemento desde el que se va a realizar un análisis diferencial del surgimiento de la experiencia de estrés. Nos referimos al conjunto de definiciones que se centran en la “percepción” del individuo, concebida como la variable a través de la cual al persona interpreta y modula el carácter estresante o no de una determinada situación (Terras y Stephen, op cit).

Por último, en la cuarta categoría, se recogen las definiciones que hablan del estrés como la transacción entre el individuo y ambiente, considerando esta interacción como un proceso dinámico y recíproco (Lazarus,1984). Desde este punto de vista, se matiza y amplía el concepto de estrés dado en las definiciones anteriores, pues se tiene en cuenta la retroalimentación que el individuo ofrece al ambiente. Por tanto, una vez que la persona percibe o valora una situación como estresante emite, en función de las estrategias de que se disponga, una respuesta de enfrentamiento a tal situación.

Desde este último marco conceptual, se ha abordado el estudio del estrés como el resultado de la discrepancia o desajuste que existe entre el ambiente y el individuo. En este sentido, dos han sido las definiciones elaboradas en función del tipo de desajuste que se produzca (Stora,1991).

Se considera que la experiencia de estrés surgirá al producirse un desajuste entre las demandas del ambiente planteadas a la persona y los recursos o capacidades de los que disponen para hacerles frente, considerando asimismo, la apreciación o valoración que esa persona hace de tales discrepancias(Stora, op cit).

Por otro lado, es el desajuste o la discrepancia entre las características y circunstancias del entorno y las preferencias o deseos del individuo lo que pueden provocar la experiencia del estrés (Orlandini, 1999).

Un cuarto efecto negativo psicológico es el Burnout uno de los más estudiados en la actualidad por el tipo de impacto psicológico y fisiológico que tiene en las personas que desempeñan alguna actividad laboral. En el siguiente capítulo se analiza este efecto.

Finalmente, se puede concluir que el estrés, la monotonía, la fatiga y el Burnout son derivaciones de los factores psicosociales, los cuales ocasionan problemas en el trabajador, ya sean derivados de las variables personales o las organizacionales o ambas variables que perjudican la salud física y mental del trabajador.

Capítulo 3: El Burnout

3.1 Delimitación conceptual del síndrome del Burnout

Hay un acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen del estudio sobre el Burnout y citar a Freudenberger, 1974 como el autor que inició dicho estudio, aunque Corcoran (1985) fijó el inicio un poco antes, cuando aparece Ginsburg (1974) que reflexiona sobre el síndrome que sin embargo, ha sido escasamente citado, tal vez porque a diferencia del primero no tuvo un desarrollo científico tan prolífico.

El concepto de Burnout también llamado Síndrome del Quemado (SQ) Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Enfermedad de Tomas, surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los años sesenta (Freudenberger, 1974 citado en: Maslach y Jackson, 1981), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas).

A lo largo de estos años el Burnout ha quedado establecido como 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 profesional en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson 1981).

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes).

No obstante, el Burnout no está totalmente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli (1993), han señalado que aunque este síndrome aparece como una psicopatología específica de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (v.g., en personal de voluntariado, activistas políticos y amas de casa).

En la delimitación conceptual del Burnout pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende el Burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La perspectiva psicosocial apunta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales (Gil-Monte y Peiró,1997).

3.1.1 Perspectiva clínica

Desde un enfoque clínico, Freudenberguer (1974) señala que el Burnout hace alusión 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 en su trabajo. Este estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (Freudenberguer ,1975). En esta misma perspectiva se pueden encuadrar, entre otros, (Pines y Arosón 1988), quienes lo conceptualizan como un estado en el que se combinan la fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima. También se encuadra en esta perspectiva Fischer, 1983 citado en: Gil monte y Peiro, 1997) al considerar que el Burnout debe ser entendido como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

Esta perspectiva considera al Burnout, como consecuencia del estrés laboral al que se enfrenta el trabajador cotidianamente y que se relaciona con los sentimientos y pensamientos percibidos por el trabajador respecto a su trabajo y cómo estos se convierten en actitudes y conductas negativas hacia las personas y con la actividad laboral.

3.1.2 Perspectiva psicosocial

Desde un enfoque psicosocial, la mayoría de los autores asumen la definición elaborada por Maslach y Jackson (1981), quienes señalan que el Burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, los trabajos desarrollados a partir de esta definición se basan en que el Burnout es un proceso. Cabe señalar que ésta es la perspectiva que se retomará en el presente estudio.

Dentro de esta perspectiva, la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, se entiende por agotamiento emocional. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto “diario” y mantenido con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo: pacientes, alumnos, presos, indigentes (Gil-Monte, Peiró, 1997).

La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con los resultados laborales (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Entre los autores que abordan el Burnout desde la perspectiva psicosocial se encuentran: Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter(1992), Schaufeli y Dierendonck (1993) y Gil-Monte y Peiró(op cit) Todos ellos conceptualizan este fenómeno como un síndrome de falta de realización personal en el trabajo, agotamiento personal y despersonalización, pero se establecen diferencias entre ellos al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo de quemarse.

Rodríguez y Marín (1994) mencionan que desde la perspectiva psicosocial, el Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser atendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos. Es un tipo particular de mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización.

En esta perspectiva no solo se considera al trabajador como proveedor de sus propios pensamientos, sentimientos y actitudes, sino además se consideran otras fuentes de estrés, como las interacciones que se establecen entre el profesional y la institución, lo cual puede influir en el desarrollo de Burnout.

Otra diferencia estriba en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y por el contrario, el Burnout como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez diferenciada (Gil Monte y Peiró 1997).

Es común que se confunda el Burnout con otros conceptos parecidos, lo que a continuación se mencionan algunos de tales conceptos y se comparan con el Burnout.

3.2 Burnout y la diferenciación de otros conceptos

Un problema paralelo a la definición del Burnout es el de su diferenciación de otros conceptos. Son frecuentes las diferenciaciones conceptuales frente a conceptos como tedio (Pines, Aronson y Krafy, 1993), depresión (Fischer, 1983), alienación (Cherniss 1993) ansiedad (Leiter, 1990), insatisfacción laboral (Firt y Britton, 1989)(Ver tabla 1)

BURNOUT	TEDIO
<ul style="list-style-type: none"> • Es el resultado de una presión emocional de carácter crónico que se asocia a una intensa y prolongada implicación con las personas a las que se atiende(Gil monte y Peiro,1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • Es el resultado de presiones físicas o psicológicas de carácter crónico. • El tedio puede ser parte del Burnout. (Pines y cols,1981).
BURNOUT	DEPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Comparte los mismos indicadores en ocasiones, pero la diferencia radica en que este es un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales (Gil monte y Peiro,1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • Retiro social • Cansancio • Sentimientos de fracaso • Conjunto de emociones y cogniciones que tienen repercusiones en las relaciones interpersonales(Fisher,1983).
BURNOUT	ALIENACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que es imposible realizar (Gil monte y Peiro,1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • La alineación es lo que ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar acabo una determinada tarea que es posible realizar(Cherniss,1993).
BURNOUT	ANSIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • En el caso del Burnout las personas conocen el origen del problema. • La ansiedad es parte del Burnout (Gil monte y Peiro,1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un síndrome de aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que experimenta un sujeto al anticipar un peligro especialmente cuando el origen de este es desconocido (Cotton,1990).

BURNOUT	INSATISFACCIÓN LABORAL
<ul style="list-style-type: none"> • Implica agotamiento o pérdida de energía o motivación por el trabajo. Además, supone también una actitud de despersonalización con la persona que atiende y por ella precisamente se caracteriza, mientras que este aspecto no se da en la insatisfacción laboral(Gil monte y Peiro,1997). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de satisfacción y confort en el trabajo, que puede ser ocasionado por ambiente del trabajo, o cuestiones institucionales(Firth y Britton,1989).

A continuación se revisan los diferentes modelos explicativos desde diferentes marcos teóricos.

3.3 Modelos explicativos del Burnout

La necesidad de explicar el episodio del Burnout, junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos amplios, que permiten explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos tales como los que menciona Gil- Monte y Peiró (1997) 1)Modelos de la teoría sociocognitiva del yo 2) Los modelos de intercambio social 3)Los modelos de la teoría organizacional.

Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo

Tales autores Gil-Monte y Peiró, 1997 dicen que en el marco de la teoría sociocognitiva, desarrollada por Albert Bandura se analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. Según esta teoría existen una serie de procesos de asociación mediante los que las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas.

Lo más sobresaliente de esta teoría es lo siguiente:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, y a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas

- b) Las creencias o el grado de seguridad por parte del sujeto en sus propias capacidades determinará el desempeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad de conseguirlos y también determinará ciertas reacciones emocionales. Dentro de esta perspectiva teórica se encuentran los modelos de competencia social de Harrison (1983), modelo de Cherniss (1993) y finalmente el modelo de Thompson, Page y Cooper (1993), citados en: Gil Monte y Peiró, (1997).

Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social

Los modelos de esta perspectiva proponen que el Burnout tiene su etiología principalmente, en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan sujetos, como resultado de la comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Parten de los principios teóricos de la teoría de la equidad modelo de comparación social de Bunk y Schaefufeli (1993) o de la teoría de la conservación de recursos del modelo de Hobfoll y Fredy (1993) citados en: Gil Monte y Peiró, (1997).

Modelos elaborados desde la teoría organizacional

Las características en común de los modelos elaborados desde el marco de la teoría organizacional son su énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del Burnout. Todos ellos incluyen el Burnout como una respuesta al estrés laboral, variables como la estructura organizacional, el clima organizacional,

las disfunciones de rol o el apoyo social percibido, juegan un papel relevante en la etiología del síndrome.

Cabe señalar que en el presente estudio se tomarán los modelos desde la teoría organizacional, como el de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Cox, Kuk y Leiter (1993) y finalmente el modelo de Wisner (1998) en el primer modelo se señala que el Burnout, es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera, el segundo menciona que es una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el sujeto no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. Y finalmente el tercer modelo, señala que el Burnout es resultado de la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral y considera que el Burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda.

Una vez explicados los modelos que explican el Burnout, se mencionarán la secuencia que siguen cada uno de los factores que integran el Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal).

3.4 Desarrollo del proceso de Burnout

Por otro lado, desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés laboral percibido, en la secuencia de progreso del síndrome a través de los diferentes síntomas y la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de Burnout.

Uno de los principales modelos es el de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), para estos autores el síntoma inicial del síndrome es el desarrollo de actitudes de despersonalización, un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés; posteriormente, los sujetos experimentan baja realización personal en el trabajo y a largo plazo agotamiento emocional (ver figura 1).

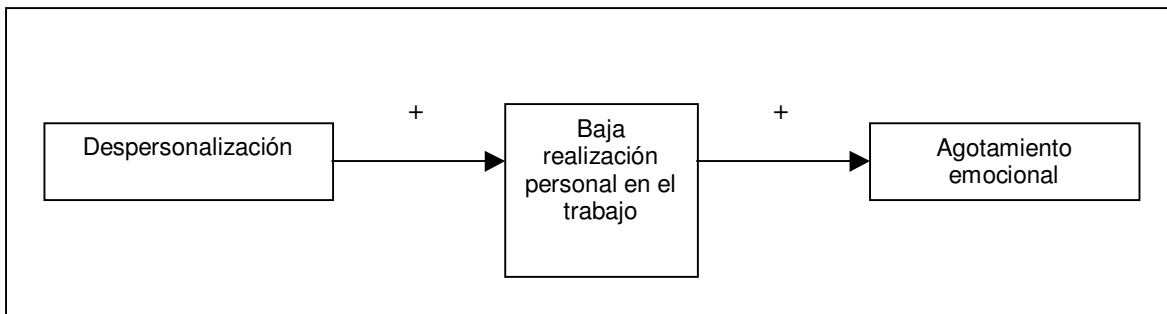


Figura. 1 Desarrollo del proceso del síndrome del Burnout según Golembiewski y col (1983)

Por su parte, Leiter y Maslach (1988) han propuesto un modelo alternativo sobre el proceso de desarrollo del síndrome del quemado. Según este modelo, como consecuencia de los estresores laborales, las personas desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Esta situación hace que continúen los sentimientos de agotamiento emocional, que disminuya su realización personal y que el sujeto desarrolle Burnout.

En este modelo las actitudes de despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de agotamiento emocional y los de baja realización personal en el trabajo (ver figura 2).

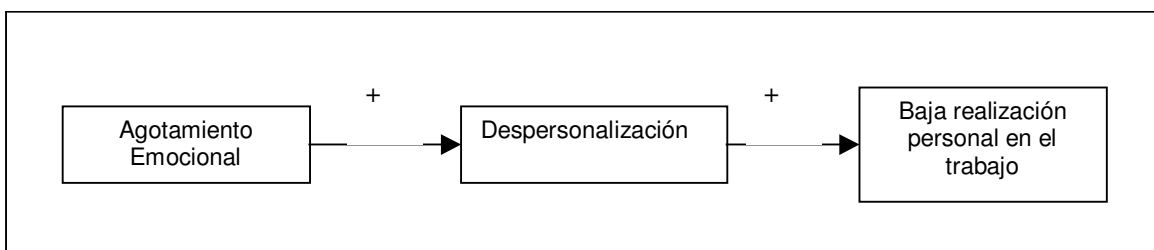


Figura. 2. Desarrollo del proceso del Burnout según Leiter y Maslach (1988)

Posteriormente, en trabajos realizados por el mismo Leiter (1993) señaló que los sentimientos de despersonalización no median la relación entre agotamiento emocional y realización personal en el trabajo. Por el contrario, el autor considera que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son una causa directa de los estresores laborales, en especial de la falta de apoyo social y de la falta de oportunidades para desarrollarse profesionalmente y surgen de formas paralelas a los sentimientos de agotamiento emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales (ver figura 3).

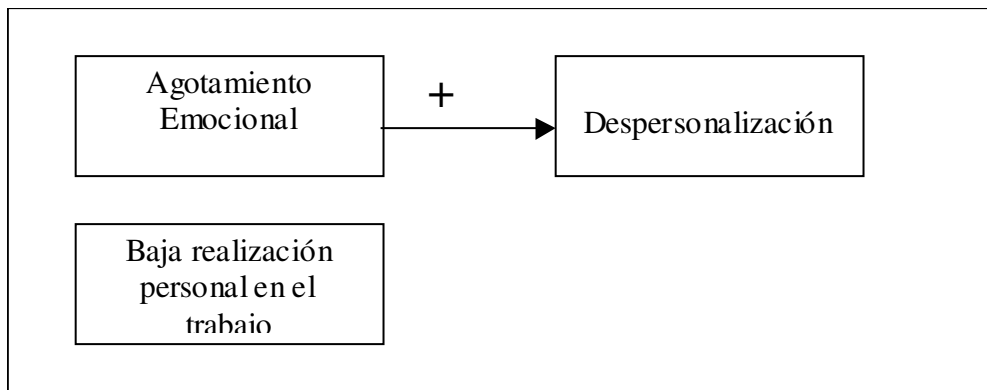


Figura 3 Desarrollo del proceso del burnout según Leiter (1993)

Otro modelo es el de Lee y Anforth (1993), según estos autores, tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional, a diferencia del modelo de Leiter y Maslach (1988), la despersonalización no es entendida como un mediador entre los sentimientos de agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo (ver figura 4).

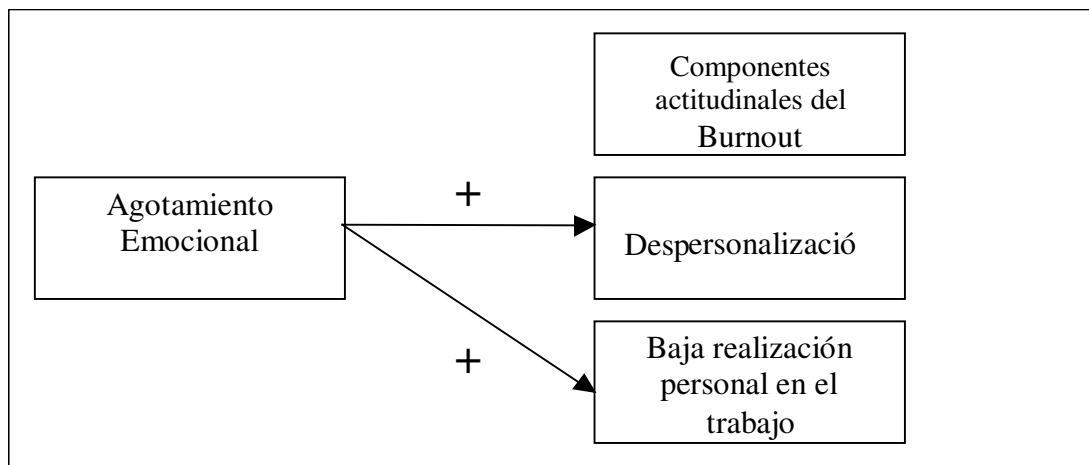


Figura 4. Desarrollo del proceso de Burnout según Lee y Ashforth (1993)

Gil-Monte y Peiró (1997) también desarrollaron una alternativa teórica, para estos autores el proceso de desarrollo del Burnout se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional.. Las actitudes de despersonalización que desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional (ver figura 5).

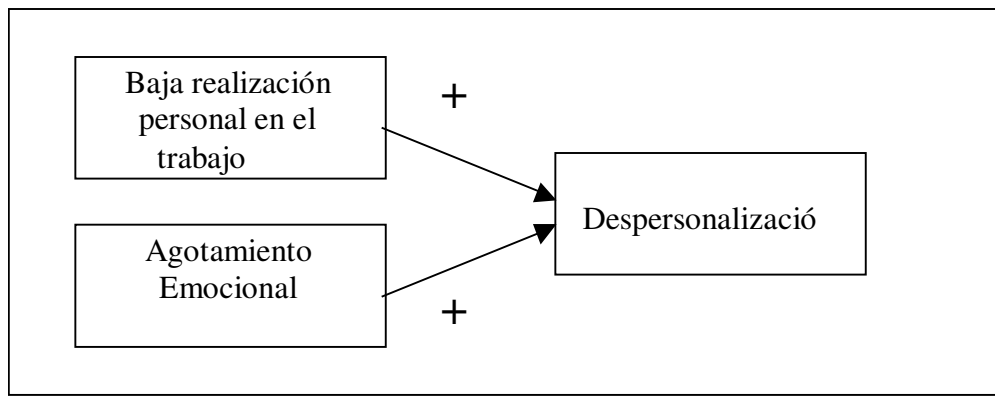


Figura 5 Desarrollo del proceso de burnout según Gil.monte, Peiro y Valcarcel

Una vez finalizada la revisión teórica del proceso de Burnout, a continuación se justifica porque se eligió el Burnout como objeto de estudio en la presente tesis.

3.5 Importancia del estudio de Burnout

Hace poco más de veinte años se comenzó a investigar sobre el constructo Burnout, registrándose un desarrollo considerable de la investigación al respecto. Burke (1992) señala que el interés por la experiencia de Burnout psicológico en los contextos organizacionales sigue creciendo y coincide con Gillespie (1984) al mencionar que existe una necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone en el ámbito individual y organizacional.

Como muestra de esto se encuentran algunos autores que citan más de 300 referencias sobre Burnout en el periodo 1980-1985, incluso, se habían citado por encima de las 2500 referencias, sólo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989. García Montalvo y Garcés de Los Fayos (1996) mencionan que hubo un incremento de 1000, siendo el ámbito organizacional sobre el que versan la mayoría de trabajos (más del 97% de los mismos).

En Europa, se han desarrollado estudios sobre este constructo por Moreno, Oliver y Aragoneses (1991), Salanova, Shaufeli, Llorens, Peiro y Grau (2000) Salanova Grau, Shaufelli (2001)

Con respecto a Latinoamérica, se han desarrollado diversos estudios del Burnout recientemente, sobre todo en los países de Cuba en Grau y Chacón (1998) en Argentina Casadel y Verselli (2000), Benevides, Boggini, Hreczuch (2000), y García (2000).

Con respecto a México, a pesar de que el interés ha crecido en los últimos tiempos, existe poca investigación experimental y teórica se considera que es mayor, pero poco difundida (ver tabla 2).

Autores	Titulo	Población	Objetivo	Resultados
Ramírez (1994)	Estudio exploratorio acerca del nivel de síndrome de deterioro (Burnout) en un grupo de psicólogos clínicos.	Psicólogos Clínicas	Identificar los efectos que tiene el trabajo terapéutico en el profesionista y como se relaciona con el Síndrome de deterioro (Burnout) en el psicólogo clínico.	El contacto continuo y personal puede provocar Burnout. Es necesario considerar factores personales, tipo de pacientes y el ambiente laboral.
Robles (1995)	Identificación de factores asociados al síndrome de agotamiento en maestros de Universidades privadas Mexicanas	Maestros de nivel Superior	Evaluar Burnout y factores asociados	
Franco (1997)	Manual Integral de Prevención: Comparación del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos.	Médicos Enfermeras Paramédicos	Comparar el nivel de Síndrome de Burnout en diferentes profesionales en el área de salud y dar una alternativa al problema.	Todos los profesionistas evaluados presentaron Burnout Las variables sociodemográficas (estado

				civil, edad ,hijos, profesión) correlacionaron con los tres factores de Burnout.
Arita y Arauz (1998)	La tarea laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería.	Enfermeras	Evaluar si la tarea laboral correlacionaba significativamente en las dimensiones del Burnout entre personal que laboraba en el IMSS como en el ISSSTE.	Se encontraron correlaciones entre el IMSS y la cantidad del trabajo, agotamiento emocional, tedio, responsabilidad por el trabajo. Mientras que el ISSSTE con responsabilidad en el trabajo y las características de la tarea
Portillo (1998)	Manual informativo del síndrome de Burnout(agotamiento profesional) dirigido a médicos	Revisión teórica	Realizar un manual informativo para profesionistas en el área de la salud.	Se presentó un manual informativo de Burnout y se incorporaron

	mexicanos			medidas de intervención para prevenirlo.
Stavans (1998)	El Burnout del psicoterapeuta	Psicólogos *	Identificar el nivel de Burnout en psicoterapeutas.	El Burnout es un fenómeno multideterminado por variables individuales y laborales El psicoterapeuta dedicado a asistir a los demás puede verse deteriorado por el Burnout.
Rossier y Soria(1999)	Taller dirigido al personal médico de la Cruz Roja para mejorar la calidad en la atención médico-paciente.	Revisión teórica	Ofrecer una alternativa al problema del Burnout	Es necesario poner atención a los factores institucionales e individuales El taller puede ayudar para manejar el estrés, autocuidado.

Sandoval (2000)	La alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o Burnout	(Revisión Teórica)	Se relaciona el síndrome del trabajador quemado (Burnout) como un encuadre explicativo para las alteraciones psíquicas en el trabajo y se revisan brevemente algunos de los principales modelos que han estudiado la relación integridad/ alteración mental y trabajo.	
Tevni (2000)	Un estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionistas mexicanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Profesores • Médicos • Enfermeras • Policías • Secretarias • Arquitectos • Comerciantes 	Verificar la validez factorial del Maslach Burnout Inventory (Burnout) en profesionales Mexicanos.	Aunque es el instrumento más utilizado para evaluar Burnout, en población mexicana es necesario tener sus reservas por los resultados

				obtenidos en el análisis estadístico.
Arita (2001)	Un nuevo modelo para la investigación del proceso del síndrome de Burnout	Enfermeras	Presentar una propuesta de modelo teórico para la investigación del proceso del estrés crónico-asistencial, o Burnout, que considera los estresores, las respuestas del estrés, la ansiedad y los afrontamientos, así como los resultados de una investigación realizada con enfermeras para buscar la sustentación empírica del mismo.	Es necesario realizar más estudios para comprobar y verificar la validez del mismo.
Teran (2001)	Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Angeles del pedregal, factores de riesgo sociodemográficos, Ansiedad y	Enfermería		

	Depresión.			
Pinelo y Salgado (2002)	Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médico y paramédico del C.M.N 20 de noviembre ISSSTE.	Enfermeras Paramédicos Enfermeras	Identificar si existen diferencias del nivel de Burnout en el staff médico. Nivel de Burnout con respecto a la especialidad. Establecer el nivel de validez y confiabilidad del Maslach Burnout Inventory.	

Tabla 2. Trabajos de Investigación de Burnout que se han realizado en México.

Con estos trabajos, se puede afirmar nuevamente que la profesión con mayor riesgo de padecer Burnout, son las enfermeras.

A continuación se menciona brevemente algunos de los instrumentos utilizados para evaluar Burnout.

3.6 Instrumentos de medición de Burnout

Desde que el concepto de Burnout apareció en la literatura de corte psicológico, hace más de dos décadas (Freudenberger, 1974), se han propuesto diferentes instrumentos para estimarlo. En un primer momento, el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación.

Pero la mayoría de estos métodos para estimar el síndrome, con la excepción de las escalas de estimación, han sido utilizados solo de forma ocasional por los investigadores. Las escalas de estimación han sido poco empleadas, en consecuencia, el método del cuestionario ha llegado a ser el más empleado para estimar este síndrome. Cabe señalar que el principal problema para conseguir medidas fiables y válidas del síndrome a través de cuestionarios ha sido la vaguedad o la amplitud con que este ha sido definido(Gil-Monte y Peiró,1997).

En la literatura sobre el síndrome aparecen una serie de cuestionarios que se podrían denominar de “evalúese usted mismo”. Estos cuestionarios no han sido estudiado psicométricamente, y por supuesto no han generado ninguna investigación con rigor metodológica. Estos cuestionarios han sido publicados bajo títulos como “El test de estar quemado: evalúe sus creencias sobre su trabajo y sobre usted mismo. (Daley,1979) ¿Hasta qué punto está usted quemado?. Un segundo tipo de cuestionarios son aquellos que, aunque han sido empleados con más frecuencia, sus ítems y los trabajos en los que se emplean tienen rigor metodológico (cálculo de la fiabilidad, validez convergente y/o discriminante, análisis factorial de las dimensiones, por mencionar algunos ejemplos).

Para dar un panorama general de los instrumentos se retomará la clasificación de García Montalvo y Garcés de los Fayos (1996).

Maslach Burnout Inventory(MBI)

Perlam y Hartman (1982) realizaron un trabajo de revisión en el que los autores definieron el síndrome como “una respuesta al estrés crónico que tiene tres componentes: a) agotamiento emocional y /o físico b) baja productividad y c) una excesiva despersonalización. Esta definición resultó muy similar a la elaborada por Maslach y Jackson (1981) como resultado de la factorización del MBI donde se generalizó el Burnout, como un síndrome caracterizado por sentimientos de

agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Cabe señalar que el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el Burnout , es el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson, 1981). Por lo tanto es uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado.

Este instrumento esta formado por 22 ítems, en la versión inicial (Maslach y Jackson, 1981), la escala para valorar presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora mediante un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “todos los días” (6), y la intensidad es evaluada con cada una de las situaciones descritas de los ítems.

Staff Burnout Scale for Healt Professionals (SBS-HP)

Estos autores dicen que en 1980, Jones elaboró el “Staff Burnout Scale for Healt Professionals” (SBS-HP) para medir el síndrome del quemado de forma específica en profesionales de salud. Jones (1980) entiende el síndrome de quemarse por el trabajo como un síndrome de agotamiento físico y emocional que conlleva al desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto profesional, rencor, dureza, y pérdida de interés por las personas hacia las que trabaja.

El cuestionario está formado por 30 ítems que son valorados en una escala de 6 grados en la que el sujeto indica en qué medida está de acuerdo con lo que se expresa en el ítem. Aunque la escala fue elaborada para profesionales de la salud, en algunos trabajos, tras la modificación de sus ítems, ha sido empleada para estimar el síndrome en otro tipo de profesionales de ayuda como supervisores, trabajadores sociales y funcionarios.

Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS)

Los tres objetivos que perseguían los autores al desarrollar este instrumento fueron: 1) Conseguir una escala que ayudase a la investigación teórica que se estaba realizando acerca del Burnout, 2).Proporcionar un estímulo de discusión y evaluación del síndrome individual y grupal, y 3.)Que sirviera para ayudar a los profesionales a prevenir y afrontar este fenómeno, enmarcado dentro de un programa amplio de entrenamiento y asesoramiento a éstos.

Agregan que diversos autores realizaron estudios con este como Emener, Luck y Gosh 1982, consiguiendo aislar seis factores que configuraban la escala: trabajo general-sensaciones relacionadas, sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo, trabajo-preparación del ambiente, respuestas negativas de la persona dentro del ambiente, disonancia autoconcepto frente al autoconcepto de otros, y carrera/alternativas del Trabajo; de los 100 ítems con los que comenzaron el estudio estadístico del instrumento se mantuvieron finalmente 30 que se aplicaron a 251 profesores, mediante una escala bipolar con nueve puntos (desde nunca a siempre), presentando una aceptable validez y una fiabilidad de 0.877(Garcés de los Fayos, 2002).

El ELBOS no tuvo un desarrollo posterior, ni siquiera por sus propios autores quedando, como otros que también se presentan en este apartado, en un intento más de medir Burnout sin generar una línea de investigación posterior.

Burnout Scale.

El Burnout Scale (BS) no es realmente un intento de desarrollar un instrumento de medida del Burnout, sino la consecuencia de estudiar el Burnout en una investigación más amplia. En este sentido, los autores crearon cinco ítems que a modo de autoinforme se incluyen en un instrumento más ambicioso que mide otros constructos. Estos ítems no se someten a análisis factorial por lo que se desconoce si analizan realmente Burnout y si lo hace de una manera unidimensional o si por contra sus ítems se distribuyen en más de un factor. El único dato que ofrecen los autores es el relacionado con su reducida fiabilidad ($\alpha = 0.54$). Puesto que sus autores no pretendían desarrollar un nuevo instrumento, no aparecieron investigaciones posteriores que contrastaran el mismo.

Teacher Burnout Scale.

Habiéndose desarrollado ya el MBI (Maslach Burnout Inventory) algunos autores se plantearon que si bien es un instrumento adecuado para medir Burnout en profesiones de servicios humanos, no lo es para medir específicamente el Burnout en profesores.

Como consecuencia de esta premisa, ponen a prueba el Teacher Burnout Scale (TBS) que en su inicio lo constituían 65 ítems en una escala tipo Likert, para una muestra de 217 profesores, quedando finalmente en 23 ítems tras los análisis estadísticos correspondientes. De esos ítems tres se reformularon de nuevo, se introdujeron tres nuevos y se volvieron a administrar a 365 profesores, quedando la versión definitiva en 21 ítems que explican el 60% de la varianza mediante cuatro factores: Satisfacción con la Carrera, que correlaciona con reducida realización personal y tiene 5 ítems; Afrontamiento del Estrés Relacionado con el Trabajo, que correlaciona con agotamiento emocional y está compuesta por 6 ítems; Actitudes hacia los estudiantes, que correlaciona con despersonalización y tiene 4 ítems; por último, Percepción de apoyo por parte del supervisor, que no

correlaciona con ninguna escala del MBI y tiene 6 ítems. La fiabilidad del TBS oscila entre 0.89 (satisfacción con la carrera) y 0.72 (actitudes hacia los estudiantes), presentando por tanto una aceptable consistencia interna.

Sin embargo, se da la circunstancia que en ese mismo año Maslach y Jackson (1986), al presentar la segunda edición del MBI, desarrollan una versión del instrumento específico para estos profesionales

Cuestionario de Burnout del Profesorado.

El Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP) fue presentado todavía en fase experimental (Moreno y Oliver, 1993), y es consecuencia del planteamiento teórico que los autores habían mantenido años antes, donde habían encontrado en los diversos análisis factoriales que habían realizado sobre el MBI que la escala despersonalización no aparecía suficientemente descriptiva, ni con una clara independencia estadística. Como consecuencia de estos estudios previos, Moreno y Oliver (1993) se plantean mejorar esta dimensión y para ello construyen una escala exclusiva de despersonalización, que se compone de 16 ítems que corresponden a los siguientes descriptores: culpabilización del usuario, aislamiento, distancia interpersonal, endurecimiento emocional, autodefensa deshumanizada, cambio negativo en las actitudes hacia los usuarios, e irritabilidad con los usuarios.

De los anteriores instrumentos, el Cuestionario de Burnout del profesorado(CBP) es el que están contrastando estadísticamente. Este cuestionario consta de 75 ítems, 2 cuestiones abiertas, 11 descriptores de salud física y 9 referencias sociodemográficas o profesionales, que una vez sometido al análisis factorial correspondiente dio lugar a cuatro factores: Estrés (con las subescalas de "estrés de rol" y "efectos del estrés"), Burnout (con las subescalas Despersonalización y Calidad de Vida), Desorganización (con las subescalas Realización y Condiciones Organizacionales) y Problemática Administrativa (con las subescalas Clima

Organizacional e Inseguridad). Parece que el CBP paso las exigencias estadísticas de este planteamiento experimental, que a su vez constituye uno de los enfoques teórico-empíricos más amplios para el desarrollo de un instrumento adecuado para la medida del Burnout. Posteriores contrastaciones nos permitirán saber si el CBP cumplirá las positivas expectativas generadas.

Energy Depletion Index.

El Energy Depletion Index (EDI) es una escala para valorar la "Deplección de la Energía" que se corresponde con la dimensión Agotamiento Emocional de Maslach y Jackson (1981), pero que la autora denomina así para hacer especial hincapié en el "vaciamiento existencial" que esta dimensión supone.

Se dice que Garden (1987) cuestionó la dimensión despersonalización, pretendió ahondar en las verdaderas características del Burnout , para lo cual elaboro una escala compuesta de siete ítems que miden niveles de energía o agotamiento. Tras el análisis factorial encuentro dos factores: "Deplección de la Energía" compuesto por cuatro ítems y con una fiabilidad de 0.82, mientras que el segundo estaría compuesto por dos ítems que valorarían "Sentimientos Energéticos y Entusiasmo". La autora concluye que queda demostrado que su instrumento mide la dimensión central del Burnout, que corresponde con Agotamiento Emocional. Tampoco este instrumento tuvo un desarrollo empírico posterior.

Matthews Burnout Scale for Employees.

El Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE) es un autoinforme, que mide Burnout como constructo único no abordó la posibilidad de que existieran diversas dimensiones que compongan el síndrome. La escala proporciona una puntuación que permite discriminar entre la presencia o ausencia de Burnout, mediante el análisis de una serie de aspectos relacionados con las variables cognitivas, afectivas y psicológicas del individuo.

Introduce en su autoinforme cuatro aspectos relacionados con el trabajo (actitudes acerca del trabajo, ajuste de rol, locus de control y habilidades de afrontamiento) y otras dos más relacionadas con variables internas del individuo (ajuste personal y temperamento). Estas características permiten conocer qué variables están determinando la existencia de Burnout. Es un instrumento poco utilizado, si bien sus 50 ítems han mostrado un índice de fiabilidad en torno a 0.93.

El MBSE correlacionó positivamente con las tres dimensiones del MBI, a pesar de que el primero no presenta subescalas, cabe señalar que su influencia posterior en trabajos de investigación ha sido escasa; hasta donde se sabe el único que aplicó este cuestionario a una muestra de estudiantes de enfermería fue (Jorges,1992).

Escala de Variables Predictoras del Burnout.

Esta Escala de Variables Predictoras del Burnout (EVPB) surgió como consecuencia de un planteamiento teórico previo, según el cual las variables predictoras del Burnout deben estar relacionadas con las encontradas en otros dos constructos: ansiedad y depresión. Las autoras aplicaron a una muestra de trabajadores sociales un inventario de ansiedad y otro de depresión y, a partir de los resultados obtenidos, surgió una serie de variables que serían predictoras del Burnout. En total encuentran 23, de las cuales destacan las 16 que consideran estadísticamente relevantes.

Escala de Efectos Psíquicos de Burnout.

La escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) es una escala tipo Likert que se encuadra en otras escalas similares con las que se medían los efectos físicos del Burnout. En las diversas investigaciones en las que ha sido utilizada ha mostrado una consistencia interna muy adecuada, con índices de fiabilidad superiores a

0.90. También, es considerada aceptable la validez de criterio según los autores, calculada mediante la correlación de la puntuación total con los resultados obtenidos en otras escalas que evaluaban satisfacción en el trabajo y problemas físicos asociados. Algunos autores encontraron una fiabilidad de 0.92 en la EPB, apareciendo un único factor estable, a pesar de que en su origen el instrumento presentaba dos factores: Actitudes Negativas hacia el Trabajo (9 ítems) y Expectativas Negativas hacia el Trabajo (3 ítems), concluyendo que esta escala correlaciona con la dimensión agotamiento emocional del MBI. Este instrumento sólo mide agotamiento emocional ya que los autores parten del planteamiento de que es esta dimensión el núcleo principal explicativo del Burnout, quedando las otras dos dimensiones eliminadas, pues no se ha podido demostrar que tengan la misma capacidad explicativa que la otra. Quizás, lo más destacable de la EPB es que constituye el primer instrumento para medir Burnout en España, si bien es preciso destacar que sólo ha sido utilizada por estos autores.

Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

Al mismo tiempo los mismos autores crean el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) con 21 ítems y siete escalas: Cansancio Emocional, Despersonalización, Reducida Realización Personal, Tedio, Clima Organizacional, Características de la Tarea, y Repercusiones del Burnout en la Vida del Sujeto, que presentan una adecuada validez convergente según sus autores.

Este cuestionario fue realizado por Moreno y Oliver (1993), el cual evalúa siete dimensiones: cansancio emocional, despersonalización, realización personal reducida, características de la tarea, tedio, organización y consecuencias. Las tres primeras conforman la valoración del síndrome en sí; las tres siguientes valoran las causas del síndrome, y la última dimensión valora las consecuencias. Cada dimensión está conformada por tres aseveraciones en escala tipo Likert.

La valoración se lleva a cabo para cada dimensión y se obtiene el valor promedio dado a las tres aseveraciones. Se considera que el sujeto está afectado por la dimensión del Burnout si el valor es mayor a tres y altamente afectado si es mayor a cuatro.

Holland Burnout Assessment Survey.

El Holland Burnout Assessment Survey (HBAS) fue presentado en un trabajo en el que intentaban comprobar la validez concurrente del cuestionario. Este instrumento, compuesto por 18 ítems con cinco opciones de respuesta, está compuesto por cuatro factores: Percepción Positiva de la Enseñanza, Compromiso con la Enseñanza, Apoyo de los Supervisores, y Conocimiento del Burnout, y está dirigido a profesores. De ahí que los autores lo contrasten con la versión ES (Educators Survey) del MBI. En este análisis encontraron un buen comportamiento de las dos subescalas que miden los dos primeros factores, que por otra parte presentan coeficientes de fiabilidad en torno a 0.84; y un comportamiento menos adecuado de las otras dos subescalas (que miden los dos siguientes factores), que presentan coeficientes de fiabilidad alrededor de 0.62.

Rome Burnout Inventory.

El Rome Burnout Inventory (RBI) se divide en seis secciones: un primer bloque reúne ítems que dan información sobre diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, experiencia y años en el puesto de trabajo, calificación profesional, entre otras); un segundo bloque mide agotamiento emocional y físico según la adaptación que hacen del inventario de Pines y Aronson (1988); en tercer lugar valoran la percepción del apoyo social recibido de compañeros del trabajo, supervisores, amigos y familiares; en cuarto lugar miden los estresores laborales y no laborales (tipo de turno, responsabilidad, remuneración, dificultad en la carrera.); una quinta sección se refiere a la insatisfacción que le produce al individuo las actuales condiciones del trabajo; y, por último, el sexto bloque de

ítems miden el estado de salud, tanto en lo referente a trastornos psicológicos como a trastornos psiquiátricos.

La originalidad de este instrumento radica en haber confeccionado una serie de subtests que miden no sólo Burnout (que ellos lo hacen de acuerdo al Burnout Measure de Pines y Aronson, 1988), sino también aquellos otros constructos (satisfacción en el trabajo) o variables predictoras del síndrome (apoyo social o estresores laborales) que permiten una evaluación más completa. Al ser tan reciente, carece de estudios confirmatorios que demuestren sus propiedades psicométricas (Garcés de los fayos, 2002).

Escala de Burnout de Directores de Colegios.

Es un instrumento para evaluar el Burnout en directores de colegios. El procedimiento que siguió fue adaptar los ítems del MBI a estos profesionales, los administró a una muestra de 821 directores. Obteniendo la siguiente estructura factorial:

-Agotamiento (9 ítems), que describe sentimientos de fatiga emocional, física y cognitiva, siendo evidente el descenso de energía general de la persona.

-Reserva (7 ítems), que explica el distanciamiento que el profesor establece con los problemas cotidianos, con las nuevas ideas que se le propone, así como con las sugerencias que recibe. Se desprende la pérdida de entusiasmo, interés y apoyo hacia los profesores.

-Desprecio (6 ítems), que hace referencia a los sentimientos negativos de desprecio hacia profesores, estudiantes y padres.

Aunque son necesarias nuevas investigaciones que pongan a prueba el instrumento, parece que el inventario es adecuado para medir Burnout en

directores; de hecho, los datos psicométricos así lo demuestran: coeficiente alfa para el total de la escala 0.92 (0.98 para Agotamiento, 0.82 para Reservado y 0.97 para Desprecio). Así mismo, la varianza total explicada es del 46.3%.

Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)

Otro de los cuestionarios que ha sido utilizado es el cuestionario “Maslach Burnout Inventory- General Survey” (MBI-GS) (Shaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). La subescala de agotamiento (Ag) comprende 5 ítems (ej. Estoy emocionalmente agotado en mi trabajo), la subescala de cinismo (Ci) también comprende en la versión original 5 ítems (ej. “me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo). La subescala de eficacia profesional (Ep), comprende 6 ítem (ej. “puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo”): La escala es de 6 puntos (desde “ninguna vez” a “todos los días”). Altas puntuaciones en agotamiento y cinismo y bajas puntuaciones en eficacia profesional son indicadoras de “Burnout”.

Cabe señalar que éste surgió de la investigación reciente sobre el Burnout, en el trabajo, que ha puesto de manifiesto dos tendencias en el estudio tradicional del estudio (Shaufeli, et al, 1996) . En primer lugar, el concepto de Burnout, se ha ampliado a todo tipo de profesionales y grupos ocupacionales, y ya no esta tan restringido al dominio de los servicios a personas (salud, educación y trabajo social) (MBI-GS) (Shaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) hizo posible estudiar el Burnout fuera de los servicios humanos ya que sus dimensiones o escalas se definen de forma más general al trabajo que uno realiza. Por ejemplo el “agotamiento” se mide con ítems que incluyen fatiga emocional pero sin hacer referencia explícita a “los otros” como fuente de esas emociones negativas. El “cinismo” refleja indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo que uno realiza pero en términos generales, no necesariamente con otra gente. Finalmente, la falta de “eficacia profesional” (autoeficacia laboral reducida) se refiere a la ausencia

de eficacia percibida en el desarrollo del trabajo, un concepto muy cercano a las creencias de eficacia de Bandura (1997).

No obstante, esta última dimensión ha sido criticada de ser realmente el “tercer” componente del Burnout, ya que está más cerca de ser una variable de personalidad, además de que también empíricamente hablando, la eficacia profesional juega un rol diferente. Por ejemplo, Leiter,(1993) mostró que la eficacia profesional se desarrolla de forma independiente a las dimensiones del Burnout, las cuales se han considerado el “corazón” del Burnout (Green,Walkey y Taylor,1991). También los resultados de un meta-análisis confirman, el rol independiente de la eficacia profesional.

La revisión que se efectuó para cada uno de los instrumentos se ha centrado en aquellos trabajos que aportan datos esclarecedores sobre las distintas propiedades psicométricas de los mismos: fiabilidad, validez o análisis factoriales, principalmente.

Ya se mencionaron los instrumentos que se han elaborado en distintas partes del mundo, y como se aprecia no hay ningún Instrumento elaborado en México para trabajadores Mexicanos, lo que provoca varias carencias de validez y confiabilidad en los estudios realizados en nuestro país.

Con respecto a esto, solo tenemos la información de un estudio de efectos negativos psicológicos que se llevo a cabo en nuestro país por Juárez, Ramírez, Rodríguez y Almirall (2002). Llamado Estructura factorial de las escalas del BMSII en trabajadores mexicanos, que se llevo a cabo en 452 trabajadores de diferentes grupos ocupacionales donde se evaluaron Estrés, Monotonía, Fatiga y Burnout.

Y es precisamente de este estudio que se retoman los reactivos que conforman la escala de este estudio llamada “ Escala Mexicana de Burnout ”.

Una vez revisados los instrumentos que han tenido mayor aceptación dentro de la investigación de Burnout, se revisaran las variables internas y externas que pueden ser predictoras de Burnout.

3.7 Variables Internas y Externas predictoras de Burnout

En el caso de las primeras, son aquellas que son parte de la personalidad del trabajador y que pueden variar de acuerdo a su historia de vida y/o su trayectoria laboral. Ahora se revisarán aquellas que variables que se encuentran fuera de su control.

Mientras que las variables externas se dan en el ambiente en el que se desarrolla el trabajador ya sea en la institución donde labora o en el medio en el que cotidianamente se desarrolla lo cual puede influir para que aumente o disminuya el Burnout.

3.7.1 Variables Internas predictoras de Burnout.

Garcés de Fayos (2002) menciona que algunas de las variables que más se han relacionado en el estudio del Burnout son:

Locus de control externo. Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría 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. El paradigma de la indefensión aprendida explica el Burnout; dicho paradigma esta relacionado, entre otras cosas, con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo, de tal forma que a menos control mayor Burnout.

Interés social. Definida como el interés activo en fomentar el bienestar humano, conforme decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer Burnout.

Personalidad resistente. Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y desafío). Pero si deja de ser desafío y se convierte en amenaza lo cual facilita la aparición de Burnout.

Estrategias de afrontamiento inadecuadas. Lo que supone es que el individuo está empleando estrategias de afrontamiento que no son acertadas para hacer frente a la situación, lo cual aumenta la posibilidad de padecer Burnout., se puntualiza que las estrategias de tipo escapistas aumentan la probabilidad de sufrir Burnout, mientras que las de control las disminuyen.

Autoeficacia. La autoeficacia es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere "comprobar" la valía personal del individuo. Según si existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir Burnout.

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, se ha señalado que este patrón de personalidad predispone claramente al Burnout.

Autoconcepto. Planteado como el concepto personal general que la persona tiene de sí mismo; aquí se incluye el concepto que tendría el individuo acerca de su actuación profesional. Un autoconcepto negativo de sí mismo predispone al Burnout

Expectativas personales. Se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital, si las expectativas de la persona no se cumplen aumentará el riesgo de padecer Burnout.

3.7.2 Variables externas predictoras de Burnout

En cuanto a las variables externas, Garcés de los Fayos (2002) hace la siguiente clasificación:

Negativa dinámica del trabajo. La cual es fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de los roles a desempeñar; se plantea que este tipo de dinámica predispone al Burnout.

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. A más exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición de Burnout sobre todo si estas exigencias van acompañadas de falta de tiempo.

Interacción trabajador-cliente. Se señala que si dicha interacción da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, entonces aparece como una variable predictora del Burnout.

Conflicto y ambigüedad de rol. El conflicto de rol está relacionado con el conflicto existente entre lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los otros (compañeros y supervisores) esperan que desempeñe. Lógicamente, a mayor ambigüedad y/o conflicto de rol, mayor probabilidad de aparecer Burnout.

Participación en la toma de decisiones. Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, ya que permite al individuo tomar decisiones que van a tener una repercusión en el trabajo, es decir a menor posibilidad de tomar decisiones, mayor probabilidad de padecer Burnout.

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 los supervisores y/o compañeros. A menor apoyo mayor predicción de Burnout

Relaciones con los compañeros. 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, 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) aumenta la vulnerabilidad al Burnout.

Desafío en el trabajo. Se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral; en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.

Autonomía en el trabajo. La autonomía en el trabajo es la libertad de acción, dentro de las normas establecidas por la organización, de las cuales dispone el individuo para desarrollar adecuadamente su trabajo; a menor autonomía más Burnout, especialmente la dimensión de agotamiento emocional.

Apoyo social. Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. Se entiende que a menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome.

Relaciones interpersonales. Fundamentalmente son las relaciones mantenidas con familiares y amigos, , que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de padecer Burnout. Se indica que especialmente en la dimensión despersonalización es 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, donde más incidencia tiene es en la dimensión reducida 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 Burnout .

Satisfacción vital. Esta variable describe 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.

Exigencias vitales. Las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades) pueden derivar en Burnout.

Problemas familiares. El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir Burnout.

Recursos de afrontamiento familiares. Cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a Burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento. Estos recursos de afrontamiento son independientes de los que puede poseer el individuo en su contexto laboral.

Cultura. El Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir. De ahí que estos

autores concluyan que la cultura puede ser un mediador relevante en la incidencia del Burnout.

Inadecuación profesional. Una de las posibles causas del Burnout es la Inadecuación del 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 en el que objetivamente no está capacitado profesionalmente. Esta variable estaría relacionada con la identidad profesional.

A continuación se revisan las diferentes consecuencias que trae consigo el Burnout.

3.8 Consecuencias para el individuo y para la organización

Tras definir el síndrome y profundizar en el estudio de las variables predictoras del mismo, el siguiente paso lógico es conocer las consecuencias que para el individuo, y para su contexto vital y laboral, supone su padecimiento.

Las consecuencias del Burnout se encuentran en diferentes niveles tanto en el plano fisiológicos, psicológico y conductual. Gil-Monte y Peiró (1997) clasifican las consecuencias de la siguiente manera: (ver tabla 3)

Indices Emocionales	Indices Actitudinales.	Indices Conductuales	Indices Psicosomaticos
<input type="checkbox"/> Agotamiento emocional <input type="checkbox"/> Sensación de falta de energía, de no dar mas de si, de sentirse desbordado <input type="checkbox"/> Sensación de	<input type="checkbox"/> No verbalizar <input type="checkbox"/> Cinismo <input type="checkbox"/> Apatía <input type="checkbox"/> Hostilidad <input type="checkbox"/> Susplicacia	<input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Aislamiento del sujeto. <input type="checkbox"/> Cambios bruscos de humor <input type="checkbox"/> Enfadado frecuente <input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Dolor precordial y palpitaciones. <input type="checkbox"/> Hipertensión (Enfermedades Cardiovasculares)

incapacidad <input type="checkbox"/> Sarcasmo e insensibilidad hacia los demás <input type="checkbox"/> Distanciamiento afectivo <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpabilidad o de desilusión <input type="checkbox"/> Cambios frecuentes de humor <input type="checkbox"/> Sentimientos de soledad <input type="checkbox"/> Sentimientos de alineación <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Sentimientos de impotencia		<input type="checkbox"/> Abuso del tabaco <input type="checkbox"/> Ira <input type="checkbox"/> Disfunciones sexuales	<input type="checkbox"/> Crisis asmáticas <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes <input type="checkbox"/> Mayor frecuencia de infecciones <input type="checkbox"/> Aparición de alergias <input type="checkbox"/> Dolores cervicales y de espalda <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Alteraciones menstruales <input type="checkbox"/> Úlcera gastroduodenal <input type="checkbox"/> Diarrea
--	--	--	---

Tabla 3. Consecuencias de Burnout clasificación de Gil- Monte y Peiró

La sintomatología que se deriva a nivel psicosomático es la que tiene mayores repercusiones percibidas sobre la calidad de vida de los profesionales y su salud, mientras que los síntomas de los niveles emocional, fisiológico y conductual repercuten mayormente en las relaciones interpersonales que los sujetos establecen, y en menor medida sobre las consecuencias negativas percibidas por el propio sujeto.

Maslach y Jackson (1983) señalan que las consecuencias del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afectan a su vida privada, debido al agotamiento emocional se encuentran incapaces para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y exigen mayor atención de los suyos pero no la dan. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales o la separación de la pareja.

En ocasiones, puede ocurrir que el sujeto amplíe su rol profesional a la vida privada comportándose en todo momento como un profesional. Esto supondrá un problema añadido, pues se comportan con los amigos y familiares como si fueran las personas para las que trabaja. Otra consecuencia que impacta en la familia es el endurecimiento permanente de los sentimientos del sujeto consecuencias de las actitudes de despersonalización. También puede ocurrir que el profesional se vuelque completamente en su trabajo desplazando las relaciones familiares a segundo plano (Peiró, 1992).

Por su parte Garcés de los Fayos(2002) hace la siguiente clasificación sobre las consecuencias del Burnout. La cual se retoma por que describe cada una de las consecuencias con mayor precisión.

Actitudes negativas hacia sí mismo. El individuo presenta una constelación sintomática que indica la presencia de uno de los factores evidentes de la depresión, en la que la persona desarrolla sentimientos negativos, así como una actitud negativa general hacia sí mismo.

Depresión. Como cabría esperar del apartado anterior se ha comprobado la presencia de depresión en sujetos afectados por el síndrome.

Sentimientos de culpabilidad. En este caso la persona presenta sentimientos de culpabilidad en relación a sus acciones personales, laborales o ambientales.

Ansiedad. es frecuente que el individuo con Burnout presente los síntomas propios de los cuadros de ansiedad.

Cólera. La persona con Burnout puede presentar reacciones de ira, indignación y/o enojo que manifiesta en sus interacciones habituales.

Aburrimiento. Es una característica del sujeto con Burnout es la presencia de sentimientos de aburrimiento en las actividades que realiza, que se convierte en un hastío emocional generalizado en las tareas laborales cotidianas.

Baja tolerancia a la frustración. indica, como la persona afectada por el Burnout, existe una gran frustración con cualquiera de las acciones habituales que realizan y que no acaban con el resultado positivo esperado inicialmente.

Abuso de drogas. Se mantiene que las personas que sufren el síndrome pueden presentar grandes ingestas de sustancias tóxicas (café, alcohol y otras drogas consideradas duras) sobresalen las personas que presentan reducida realización personal tienden a este abuso.

En cuanto a las Consecuencias del Burnout en el contexto organizacional, en el trabajador hay una disminución significativa del rendimiento en su que hacer cotidiano, en comparación con momentos anteriores, que no tienen una causa objetiva para que ocurra: cambios en la política de empresa, instalación de nuevas tecnologías, entre otras.

Actitudes negativas hacia el trabajo y falta de motivación. El trabajador, que ha perdido buena parte de su motivación hacia el trabajo, desarrolla constantes sentimientos negativos hacia su desempeño laboral.

Actitudes negativas hacia el cliente. El trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia el cliente al que trata de forma cínica y "despersonalizada".

Incapacidad para realizar adecuadamente el trabajo. El trabajador, a pesar de su interés por el trabajo, comprueba que es incapaz de realizarlo correctamente.

Rotación. Los sujetos con Burnout presentan un índice de rotación superior al considerado habitual. Parecen necesitar un cambio continuo de los puestos que desempeñan.

Intención de abandonar el trabajo o abandono real. El trabajador, al que le cuesta cada vez más aguantar la situación provocada por el síndrome, tiende a abandonar el trabajo

Absentismo, retrasos y largas pausas durante el trabajo. El trabajador comienza a incumplir sus obligaciones en el trabajo, manifestándose en retrasos, largas pausas durante los descansos y/o absentismo. Se ha planteado que el absentismo ocurre de forma involuntaria debido a la aparición del Burnout, siendo una consecuencia inevitable del mismo.

Insatisfacción en el trabajo. El trabajador se encuentra insatisfecho, tanto con lo que hace en el puesto y con el contexto laboral. Burke (1992) indica que esta consecuencia se aprecia sobre todo en relación con las dimensiones agotamiento emocional y reducida realización personal.

Disminución con el compromiso. Cuando una persona presenta el síndrome, especialmente la dimensión agotamiento emocional, se pueden observar una disminución del compromiso que presentaba con el trabajo, en cuanto a ilusión, metas, sentimientos positivos, entre otras características.

Como se observa son muchas las formas en que se puede manifestar el Burnout y las consecuencias que de éste deriva y es precisamente, una de las que traen mayores consecuencias, que se reflejan en el ámbito de la salud; donde la hipertensión que es una de las principales manifestaciones de la Enfermedad Cardiovascular.

Capitulo 4: Enfermedad Cardiovascular

4.1. Definición de enfermedad cardiovascular

El término “enfermedades cardiovasculares” se refiere a los trastornos orgánicos y funcionales del sistema cardiovascular y circulatorio, incluidas las lesiones resultantes en otros sistemas orgánicos (OIT;1988). El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos.

El problema de las enfermedades cardiovasculares es la acumulación de materia orgánica, principalmente grasa y colesterol, en el interior de los vasos sanguíneos. Este proceso se produce en mayor o menor medida en todas las arterias del organismo, pero cuando más preocupante se vuelve este proceso es cuando las arterias afectadas son las encargadas de aportar sangre fresca al corazón o al cerebro.

4.1. 1 Tipos de enfermedad cardiovascular

A continuación se mencionan algunas de las enfermedades cardiovasculares (ECV) mejor conocidas:

a)La cardiopatía coronaria

La cual afecta la red de vasos sanguíneos que rodea al corazón y riega el miocardio. Igual que otras arterias del cuerpo, las coronarias sufren aterosclerosis, un engrosamiento de las paredes y estrechamiento de la luz por la invasión de lípidos, colesterol principalmente, y otros materiales hacia la íntima o capa más interna para formar placas. A medida que estas lesiones crecen, la arteria se estrecha tanto que la circulación disminuye de manera importante, o puede ocluirse completamente por un coágulo (trombo), que puede formarse por hemorragia de la placa en sí o llegar a ella de alguna otra parte del cuerpo. La arteria también puede sufrir espasmo muscular que interfiere con la circulación.

La falta de sangre en los tejidos del corazón resultante (isquemia) causa un infarto o la muerte de la porción del miocardio que no recibe oxígeno ni nutrición (Guadalajara, 1991).

b) Cardiopatía Isquémica

Es el proceso mediante el cual se reduce la presión de perfusión sanguínea en un área del músculo cardíaco que condiciona una insuficiencia de oxígeno tisular y evita la remoción de sus productos catabólicos (Guadalajara, 1991).

b) La angina de pecho (angor pectoris) que es una sensación de opresión, el dolor no se limita necesariamente al área precordial ya que puede aparecer en cualquier zona del tórax, desde el epigastrio hasta la base del cuello. puede irradiarse a uno o ambos brazos y en ocasiones a la espalda. Ésta se presenta en momentos de tensión física o emocional y aparece al caminar, con el frío o después de comer, puede ser desencadenada por la ingesta de bebidas heladas, caminar contra el viento o salir de una habitación caliente a un lugar frío. Algunas de sus variantes pueden ser la *angina nocturna, la angina de Prinzmetal, angina estable e inestable* (Guadalajara, 1991).

c) Infarto agudo al miocardio

Este se presenta de diferentes maneras: desde el dolor torácico severo y opresivo, hasta una leve molestia o una ligera e inexplicable falta de aire hasta el edema agudo del pulmón; desde una lipotimia(sensación de falta de aire) fugaz hasta la muerte súbita. A menudo se presentan síntomas, como sudoración profusa, palidez y náuseas o vómito debido a un severo trastorno neurovegetativo asociado (Guadalajara, 1991).

d) Insuficiencia cardíaca

Se define como insuficiencia cardíaca (IC) aquel estado fisiopatológico en que una anomalía funcional cardíaca impide que el corazón bombee sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las necesidades del metabolismo tisular. Clínicamente la insuficiencia cardíaca es un síndrome que se identifica por síntomas de congestión pulmonar y disminución de la función ventricular izquierda con flujo sanguíneo insuficiente. La insuficiencia cardíaca según su forma de presentación puede ser aguda o crónica (Watson, 1985).

e) Arritmia cardíaca

Existe un sistema bio-eléctrico que controla los latidos del corazón. Si se daña en el infarto, pueden aparecer arritmias muy graves, como la llamada fibrilación ventricular, en la que los ventrículos se contraen de forma rápida, descoordinada e ineficaz como una "bolsa de gusanos", y a efectos de bombeo de sangre, el corazón se para. En otras personas, pueden aparecer arritmias lentas, que implican que el latido sea demasiado lento para que el corazón funcione normalmente. Esto puede requerir la implantación temporal o definitiva de un marcapasos artificial (Watson, 1985).

f) Accidentes Vásculo-Cerebrales (AVC) conocidos como trombosis, embolia y derrame cerebral.

Un AVC, llamado a veces ataque cerebral, ocurre cuando falla la circulación sanguínea al cerebro. Algunos minutos sin oxígeno y sin los nutrientes importantes de la sangre pueden dañar o destruir las células cerebrales. La embolia ocurre cuando una arteria cerebral es obstruída por un coágulo de sangre y suspende el suministro de oxígeno hacia el cerebro; sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos. Como resultado, dejan de funcionar correctamente las partes del cuerpo que están bajo control de estas células. A veces se puede reparar

parte del daño causado y se pueden recuperar algunas funciones, pero la destrucción de las células cerebrales es permanente. La mayoría de los AVC se producen debido a la presencia de coágulos o por el estrechamiento de una o más arterias por donde pasa la sangre al cerebro. Otros AVC se producen debido a una hemorragia (o sangrado) de una arteria. Existen tres tipos principales de AVC (Watson,1985).

g.1)La trombosis cerebral se produce al acumularse grasa (placas) en las arterias que llevan la sangre al cerebro; ésto demora el flujo sanguíneo y puede hacer que se formen coágulos que disminuyen o bloqueen completamente el flujo de oxígeno y de nutrientes al cerebro.

g.2)La embolia cerebral se produce por un coágulo que se forma en otra parte del cuerpo, luego se suelta y viaja por el torrente sanguíneo taponando totalmente una arteria que lleva oxígeno y nutrientes al cerebro. A los coágulos que se desplazan por el cuerpo se les llama émbolos.

g.3)La hemorragia cerebral o derrame se produce cuando se rompe una arteria que lleva sangre al cerebro. Esta rotura del vaso sanguíneo impide que lleguen al cerebro el oxígeno y los nutrientes. Un tipo de hemorragia cerebral ocurre cuando una arteria, que se ha debilitado, con el tiempo se dilata y se rompe (ésto se conoce como aneurisma).

h) La hipertensión arterial

La hipertensión es el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos fisiopatológicos e influencias ambientales, tales como el estilo de vida sedentario, el estado socioeconómico y el estrés como factor psicosocial que ocasiona un conjunto variada de lesiones en los órganos(Crawford y DiMarco 2002).

La definición clínica de hipertensión es la elevación de la presión diastolica arterial por arriba de las cifras consideradas como normales de acuerdo a la OMS.

Cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida se denota hipertension arterial secundaria y cuando el estudio exhaustivo del paciente no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial, se le denomina esencial(Gadalajara, 1991).

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardíaco. Cuando por mecanismos anormales aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de presión arterial.

Cabe señalar que la presión arterial es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial .(Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.).

En condiciones normales el corazón late de 60 a 80 veces por minuto. Con cada latido manda una ola de sangre a sus arterias. La Presión sistólica, mide la presión que se produce en las arterias mientras late el corazón y la Presión diastólica, mide la presión mientras el corazón descansa entre latidos.

La presión puede variar de un momento a otro, por cambios de posición, con ejercicio o mientras se duerme. La presión arterial alta usualmente no presenta síntomas al inicio. Por eso la llaman "la muerte silenciosa" (Norman y Kaplan, 1999).

De acuerdo con los criterios de la Norma Oficial Mexicana(NOM-030-SSA2-1999)para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial se considera la siguiente clasificación:

En cuanto a las mediciones óptimas:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg.
Presión arterial normal:120-129/80-84 mm de Hg
Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mm de Hg

En cuanto a hipertensión:

Hipertensión: se define como una presión sistólica >140mm de Hg y una presión sistólica <90 mm de Hg,

Clasificados en la etapa que le corresponda:

Etapa 1: 140-159/90-99 mm de Hg
Etapa 2: 160-179/100-109 mm de Hg
Etapa 3: >180/> 110 mm de Hg.

Clínicamente existen dos tipos de hipertensión arteria l(Guadalajara, 1991):

a) Hipertensión arterial diastólica: esta independientemente de la etiología la elevación de la presión arterial, fundamentalmente en el nivel diastólica. Este tipo de hipertensión arterial usualmente es dependiente de resistencias o de volumen, pero no por aumento cardiaco.

b) Hipertensión arterial sistólica: aparece en aquellas condiciones en que se eleva el gasto cardiaco como son los síndromes hipercinéticos secundarios hipertiroidismo, anemia entre otros sin embargo la causa más frecuente de hipertensión sistólica, es la perdida de la elasticidad de la orta.

Es importante señalar que si hay una sobrecarga sistólica para el ventrículo izquierdo, se le denomina Hipertensión arterial sostenida, la cual puede ocasionar diversos daños en el cerebro(aterosclerosis cerebral difusa, predisposición a la trombosis cerebral), en la retina (angiotonía, angiosclerosis y hemorragias retinianas, también llamada hipertensión maligna, edema papilar) y por su puesto en el corazón (hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia ventricular izquierda), en el riñon (nefroclerosis arteriosclerótica “beninga” o nefrosclerosis artiolonecrótica “maligna” o insuficiencia renal crónica) y el las arterias sistémicas (Aterosclerosis generalizada que se divide en coronaria (cardiopatía isquemica),

periférica (Insuficiencia arterial de miembros inferiores), renal (estenosis de arteria renal), mesentérica (angina mesentérica) y por último la Aórtica, por otra parte también pueden favorecer la formación de aneurismas aórticos y/o cerebrales (dissección y ruptura) (Crawford y Dimero, 2002).

Norman y Kaplan (1999), mencionan que la hipertensión durante su etapa inicial se presenta sin síntomas, de manera silenciosa, afectando los órganos vitales como el corazón, cerebro, riñones, ojos y arterias. Por lo tanto no se detecta ninguna alarma de los órganos afectados y no se toman medidas correctivas a tiempo. En una etapa tardía, cuando la enfermedad ha progresado la hipertensión arterial esencial produce síntomas, tales como:

- a) Dolor de cabeza prolongado y repetitivo
- b) Somnolencia, confusión y mareos
- c) Entumecimiento y hormigueo de manos y pies sangrado nasal sin causa aparente
- d) Fatigabilidad y cansancio

Hipertensión y otras alteraciones

Arteriosclerosis

Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles. En estas arterias endurecidas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. A nivel de corazón y etc. Y en la arteriosclerosis hace que llegue menos flujo al riñón, y los riñones responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la TA. Esto incrementa la hipertensión (HTA) y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.

Cardiopatía hipertensiva

La arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco o miocardio (vasos coronarios), el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva: El corazón se queda atrás en el bombeo de lo que la sangre circulante necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.

Enfermedad renal

La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la HTA y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más de la enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, incrementando la TA en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal, hasta llegar al fallo renal.

ICTUS

Término latino que engloba a todos los llamados accidentes vasculares cerebrales. Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos y el riesgo disminuye al tratar la HTA.

Mortalidad y ECV

Una vez revisadas las enfermedades cardiovasculares más comunes, se muestra a continuación las cifras de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en población Mexicana. En el año 2000 se informan 43,753 muertes por enfermedad isquémica del corazón de 435,486 totales que hubo en ese año (10.7%), ocupando así los primeros lugares de causa de muerte a nivel nacional (INEGI, SSA 2001) por lo cual resalta de primera importancia estudiar las causas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, entre ellos los factores psicosociales (ver Tabla 1).

Principales causas de mortalidad general, 2001.			
Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones
1	E10-E14	Diabetes mellitus	49,855
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	45,421
3	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	25,704
4	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	25,657

5	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,192
6	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15,944
7	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13,761
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	13,101
9	N00-N19	Nefritis y nefrosis	10,477
10	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	10,170

Tabla. 1 Principales causas de mortalidad en México.

Entre las causas nuevas de enfermedad se encuentra en octavo lugar la hipertensión arterial (ver tabla 2).

Causa de casos nuevos de enfermedad	Tasa^b
Infecciones respiratorias agudas	29 441.3
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 206.5
Infección de vías urinarias	2 968.9
Amibiasis Intestinal	1 354.4
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 285.6
Otras helmintiasis	735.4
Otitis media aguda	615.8
<i>Hipertensión arterial</i>	402.4
Varicela	377.4
Ascariasis	349.5
Candidiasis urogenital	303.3
Diabetes mellitus (Tipo II)	288.4
Asma	261.7

Tabla 2. Causas nuevas de enfermedad en Mexicanos.

4.2 Factores Psicosociales y su relación con Enfermedad Cardiovascular (ECV)

Reynoso, Alvarez, Tron, de la Torre, Seligson (2002) señalan que un trabajador reacciona, ante los eventos estresantes, bajo patrones aparentemente estables y constantes, aun cuando hay amplias diferencias entre las reacciones fisiológicas, cogniciones y conductas ante un estímulo estresante, considerando las interacciones que se presentan entre las variables personales y variables situacionales.

Es así como la enfermedad se vuelve el resultado de múltiples factores y no una simple relación unicausal como es el caso de las ECV.

El enfoque dominante en la investigación de la enfermedad cardiovascular por parte de la comunidad médica se ha centrado en aspectos individuales, especialmente de susceptibilidad genética (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, arritmias cardíacas) y conductas de riesgo; fumar, hábitos alimenticios, el estilo de vida sedentario consideradas como las más importantes en la etiología de la enfermedad cardiovascular (García, Frías y Reynoso, 2002).

A nivel de intervención, millones de personas han sido protegidas por medio de programas para dejar de fumar, para adoptar dietas, para hacer ejercicio y aquellos pacientes con enfermedad coronaria manifiesta ya han sido tratados por medio de angioplastías coronarias, aunado a los elementos farmacológicos y dispositivos diversos como los marcapasos o corazones artificiales que proveen esperanza para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes. A pesar del optimismo engendrado por estos logros, la etiología y patogénesis de la ECV no es muy clara, por lo cual, la eficacia para controlar la epidemia sigue siendo limitada.

Por ejemplo, en el clásico Framingham Heart Study (Haynes, Levine, Scotch, Feinleib, & Kannel, 1978 citados en Garcia, Frías y Reynoso, 2002), se utilizaron técnicas epidemiológicas para identificar factores de riesgo importantes (fumar, diabetes, hipertensión, y colesterol), sin embargo, estos factores de riesgo tradicionales explican sólo una parte de la probabilidad de enfermarse del corazón. En términos prácticos, ésto significa que esos factores “estándar” fallan en la predicción de muchos casos nuevos de enfermedad del corazón. Nótese que uno de estos factores, la hipertensión, es prácticamente de etiología desconocida. Además, algunos de ellos representan relativamente causas “próximas” de ECV, cada uno con un conjunto complejo de determinantes, mucho de los cuales son de origen psicosocial.

4.3 Hipertensión y Estrés

Desde 1974, el estrés ha sido relacionado con las enfermedades cardiovasculares, considerando varios factores como la personalidad y el trabajo como desencadenantes de esta relación (Eliot, 1974).

En el mismo período se detectó el fenómeno de la bata blanca, donde las personas con aparente hipertensión presentan tensiones normales o disminuidas cuando las mediciones se repiten fuera del ambiente médico. Este fenómeno llevó a centrar la atención en métodos de medición que proporcionen características del comportamiento de la presión arterial en lugar de basarse sobre determinaciones aisladas en circunstancias que de por sí pueden influenciar los valores de la TA con la técnica convencional, la automedición domiciliaria o en el ámbito laboral y la medición de la TA ambulatoria con nuevos dispositivos automáticos (Eoin, O 2003, et al).

Actualmente, uno de los investigadores que ha dado seguimiento a esta relación es el Dr. Schnall (2002) cuyos últimos hallazgos ha confirmado la relación que existe entre la tensión en el lugar de trabajo y la enfermedad cardiovascular.

Considerando que desde hace 20 años que se cuestiona la exactitud de la medición de la tensión arterial (TA) con la técnica tradicional de Riva-Rocci/Korotjoff, desarrollo el protocolo de puntos estimados, el cual consiste en la toma de la presión arteria en el lugar de trabajo, por medio de un baumanometro automatizado de muñeca, que se coloca en la mano y que el trabajador utiliza cotidianamente, que para un buen registro se coloca a la altura del corazón, si la muñeca no se encuentra a nivel del corazón durante la determinación, los registros serian imprecisos, la toma se realiza en dos sets con dos tomas cada uno, el puntaje que se considera para el análisis es el promedio de las cuatro tomas realizadas.

Señalando que independientemente del dispositivo empleado, la TA será siempre un fenómeno hemodinámico variable afectado por diferentes factores, como la respiración, las emociones, el ejercicio, las comidas, el cigarro, el alcohol, la temperatura, la edad, la raza y por supuesto el estrés. Si estas influencias, comunes a todas las situaciones de determinación de la TA, se pasan por alto, se puede arribar a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inadecuado (Eoin O'Brien, Roland Asmar, et al, op cit).

4.3. 1 Hipertensión y Burnout

Por esta razón se retoman en el presente estudio Burnout y Enfermedad Cardiovascular dos variables que por sí mismas provocan daños en la salud. Sin dejar de lado que la Enfermedad Cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestro país.

Capítulo 5:

Estudio de campo

5.1 Burnout en un grupo de riesgo: el personal sanitario

Gutiérrez, Contreras y Sugiyama (2003) mencionan que los profesionales de salud que laboran en ámbitos hospitalarios, trabajan en situaciones de interfaz entre ellos mismos y el estrés del paciente, la familia de este, con sus colegas, personal técnico y con la organización hospitalaria, por lo tanto es una población que constantemente vive en tensión laboral.

Además estos profesionales especializados, son evaluados constantemente en cuanto a sus habilidades y competencias, debido a las consecuencias de sus acciones son visibles y las repercusiones de sus errores son enormes en términos de la salud y vida de los pacientes, así como en los familiares involucrados. De aquí que la responsabilidad asumida para con los pacientes sea una de las importantes fuentes de tensión laboral (Gutiérrez, Contreras y Sugiyama, op cit).

La tensión laboral en estas profesiones está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales, por lo regular son profesiones en las que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, en algunas de ellas contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad del rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones así como rápidos cambios tecnológicos (Gil Monte y Peiró, 1997)

Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del Burnout. De acuerdo con Gil Monte y Peiró (1997) éstas son variables antecedentes del síndrome de quemarse que corresponden al entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas estas profesiones.

5.1.2 Enfermeras y Burnout

Las enfermeras, son un grupo que viven más situaciones de tensión, debido a los requerimientos de su profesión aunados a los de su vida personal y familiar.

En cuanto a la profesión, se puede decir que algunas de sus tareas son desagradables, como el ocuparse del manejo de la sangre, de la orina, del vómito, del cuidado de pacientes poco dóciles, además de la infinita lista de estresores a lo que son expuestas, como la sobrecarga de trabajo, dificultad con otros miembros del personal, sistema de turnos, relaciones con los médicos, no poder elegir a los compañeros de trabajo, la falta de reconocimiento, las fluctuaciones en la cantidad del trabajo, la desorganización con otros departamentos y la antigüedad en la profesión; por lo que existe la posibilidad de un desgaste emocional y físico en las enfermeras.

Con respecto a su familia, es un problema persistente debido al conflicto de desarrollar su carrera profesional y por otro las concesiones que suelen realizar en beneficio de su familia, con mayor dedicación a actividades domésticas y al cuidado de los hijos y del esposo (Mingote y Perez, 2002).

La profesión de enfermería supone tres características principales: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganizaciones de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental que dicha profesión supone, y el trato con la gente circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. Además, el profesional de enfermería suele quejarse principalmente del exceso de trabajo (por ejemplo, nuevas admisiones de pacientes cuando ya se está trabajando a su máxima capacidad) y de su formación continua no tiene sentido, pues las posibilidades de promoción son muy escasas y hay mucha competencia en este sentido (Llor, Abad, García, Nieto, 1995).

Algunas investigaciones han asociado ciertas áreas de trabajo dentro del hospital con mayor estrés, dentro de éstas esta la unidad de cuidados intensivos, las salas de urgencia, las de ortopedia, quemados y las áreas que involucran un número elevado de horas en contacto directo con los pacientes. En cambio se reportan como menos estresantes las áreas pediátricas y ginecobstétricas (Lartigue y Fernandez, 1998).

En la investigación realizada por Lawrence (1987; citado en Llor, Abad, García, Nieto, 1995) se vio que existía una alta rotación laboral en enfermeras en la unidad de cuidados intensivos para recién nacidos, recordando que la continuidad de las enfermeras es importante en una unidad como ésta, porque la calidad de la asistencia desciende si ésta se presta por enfermeras sin experiencia, a la vez que el costo de inducción al puesto y orientar a las nuevas enfermeras es siempre alto.

En México, Orozco (1992) encontró una relación entre el estrés y el área de trabajo en las enfermeras de un hospital de tercer nivel y reportó que el desgaste físico y emocional de las enfermeras de áreas críticas como terapia intensiva y quirófano. Es hasta 76% mayor que en otras áreas. También encontró manifestaciones de inconformidad, ausentismo, actitudes pasivas y quejas que asocian al hecho de no recibir gratificaciones extras por estar en estas áreas.

Como se puede observar una de las profesiones de mayor riesgo de desarrollar Burnout es la de enfermería, sin embargo, en los estudios revisados no se había considerado, la relación que puede existir entre el Burnout y la salud de las enfermeras, específicamente en enfermedades crónico degenerativas como es el caso de las ECV, principal causa de mortalidad en nuestro país. Por esta razón se realizó el presente estudio, que nos permitirá aportar datos que permiten entender la relación entre Burnout –presión arterial y Burnout –síntomas cardiovasculares.

5.2 Método

Objetivos

General

Determinar la prevalencia de Burnout en enfermeras que laboran en el Hospital Centro Médico Siglo XXI en la especialidad de cardiología y analizar su relación con la presión arterial (sistólica/diastólica) y síntomas de enfermedades cardiovasculares.

Particulares

- 1) Determinar la validez concurrente de una Escala Mexicana de Burnout(EMB), utilizando como criterio los indicadores cardiovasculares mencionados, así como la versión del Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBIGS) (Gil-Monte, 2001). En este estudio se asumirá el constructo de Burnout en su versión "core" (despersonalización y agotamiento).
- 2) Detectar altos niveles de Burnout
- 3) Identificar la relación de las escalas "core" del MBIG-S y la EMB con la presión arterial y síntomas cardiovasculares
- 4) Identificar casos con hipertensión de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 "Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial".
- 5) Identificar la prevalencia de Ineficacia laboral en las enfermeras.

Hipótesis

H1: Habrá una correlación significativa entre los porcentajes obtenidos de los cuestionarios que evalúan Burnout; tanto la versión Española con respecto a la Mexicana, y viceversa por tanto la versión de Burnout Mexicana tendrá validez concurrente.

H2: Las enfermeras evaluadas presentarán niveles altos de Burnout iguales a los encontrados por Franco (1997) y Ramírez (1994) entre 10.9 % y 15.7 %.

H3: Habrá una correlación positiva estadísticamente significativa entre la escala “core” del MBIG-S y la EMB con presión arterial y síntomas Cardiovasculares.

H4: Se presentarán algunos casos de hipertensión en las enfermeras.

H5: Las enfermeras presentarán altos niveles de ineficacia.

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de septiembre a noviembre de 2003, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) en las instalaciones de Centro Médico Siglo XXI en la especialidad de Cardiología en el Distrito Federal, Ciudad de México.

Población

Fue una muestra no probabilística, Intencional. Las participantes fueron 109 Enfermeras, que se ubicaban en diferentes servicios y categorías (Generales, Especialistas (Intensivistas, Quirúrgicas y Pediatras), Supervisoras y Jefas de piso.

Situación

La evaluación se realizó en el servicio en el que laboran cada una de ellas (Quirófano, Pos-Quirúrgico, Unidad Coronaria, Hospitalización, Urgencias, Jefatura de enfermeras).

Diseño de Investigación y tipo de estudio

El presente estudio fue Observacional, Prospectivo, Transversal y Correlacional (OPTC) (Sampiere, Fernández y Baptista, 1998).

Materiales e Instrumentos

- Baumanómetro de muñeca electrónico-automatizado marca NISSEI
- Registros de pulso y presión arterial (sistólica y diastólica) (Anexo 1)
- Protocolo de puntos estimados de presión arterial puntual en el puesto de trabajo desarrollado por Schnall, (2003) Se utilizó este protocolo porque sus medidas son más representativas que la evaluación clínica tradicional y similares a las del monitoreo ambulatorio (M/A).
- Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 10 para Windows.
- Escala Mexicana de Burnout que se compone de 23 reactivos, de los cuales 9 miden la Ineficacia laboral, 6 insatisfacción (despersonalización) y 8 miden el agotamiento emocional derivada de la entrevista de factores psicosociales (FPS) (Juárez, G,A) (Anexo, 1). La mayor parte de los reactivos de esta escala mexicana de burnout se derivaron de un estudio de validez en población Mexicana de un instrumento de evaluación de efectos psicológicos negativos (Juárez, et. Al 2002).
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory- General Survey, versión española, validado por Gil-Monte, (2001) midiendo sólo el corazón ("core") del Burnout (agotamiento emocional), (insatisfacción) y (despersonalización)(De Rijk, LeBlanc,Schaufeli & De Jong,1998). La Subescala de agotamiento emocional comprende 5 ítems y en cuanto a confiabilidad en otros estudios se han encontrado coeficientes (alpha) de.85. Por otro lado la subescala de cinismo (despersonalización) también comprende la versión original de 4 ítems con un coeficiente de .78. Altas puntuaciones en agotamiento y despersonalización son indicadores de Burnout. Como ha sido sugerido por Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000) (Ver anexo 1).
- Cuestionario de síntomas de enfermedades cardiovasculares, desarrollado por Servicio médico de la UNAM, el cual contiene 11 preguntas del aparato circulatorio (p/ejem: "Hinchazón en las piernas, rodillas, tobillos y pies(ver anexo 1).

Definición conceptual de variables en el presente estudio

Burnout: Efecto negativo psicológico en o por el trabajo que incluye: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que se puede dar en cualquier persona que ejerce alguna actividad laboral (Maslach y Jackson, 1981), sin embargo, en últimas investigaciones se ha considerado al Burnout, únicamente con sus componentes “core” agotamiento emocional y despersonalización, como lo han documentado (Salanova , Shaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). Se decidió incluir la ineficacia laboral de la escala mexicana sólo con fines de analizar prevalencia de este componente.

Alto nivel de Burnout: Se tomó a partir de una desviación estándar por arriba de la media de la suma de los componentes Despersonalización y Agotamiento (versión core) de la escala MBI-GS. No se utilizaron los puntos de corte establecidos tradicionalmente a esta escala pues sólo se utiliza la versión core y por necesidades particulares de la investigación se cambiaron las opciones de respuesta de 6 a 4.

Componentes “core” del Burnout

Agotamiento emocional (AE): Cuando los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel efectivo (Maslach y Jackson, 1981) El equivalente a validar con la Escala Mexicana de Burnout, lleva el mismo nombre y se caracteriza por cansancio físico y emocional percibido en y por el trabajo (Juárez y et al, 2003).

Despersonalización (D): Desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo (Maslach y Jackson, 1981) el equivalente a evaluar será insatisfacción que se caracteriza de una actitud negativa o de desagrado ante el trabajo (Juárez y et al , 2003).

Ineficacia (I) Se caracteriza por la creencia negativa de las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones en la actividad laboral (Juárez y et al, 2003). Recordando que siempre se ha evaluado como tercer componente de Burnout y en los últimos estudios ha desempeñado un papel importante.

Síntomas de enfermedades cardiovasculares: Cuestionario de síntomas percibidos de problemas en el aparato circulatorio (examen Médico UNAM).

Presión arterial: es el nombre con el que se conoce a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.(Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.)

Hipertensión: Cabe señalar que para efectos de diagnóstico hipertensión, se considero la NOM-030-SSA2-1999. Se define como una presión sistólica >140mm de Hg y una presión sistólica <90 mm de Hg (tomas repetidas), clasificándolos en la etapa que le corresponda.

Etapa 1: 140-159/90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/100-109 mm de Hg

Etapa 3: >180/> 110 mm de Hg.

Recordando que las mediciones óptimas son:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg.

Presión arterial normal:120-129/80-84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mm de Hg

Presión sistólica: Es la presión que se produce a la contracción de los ventrículos del corazón.

La Presión diastólica: mide la presión de la relajación de los ventrículos del corazón.

Procedimiento

1. Se contactó a la población de enfermeras en el Hospital Centro Medico Siglo XXI, en la especialidad de cardiología y se les explicó la logística de la aplicación.
2. Los cuestionarios fueron aplicados en cada uno de los servicios: Unidad de cuidados intensivos cardiovasculares coronaria, Unidad de cuidados intensivos Posquirúrgica, Quirófano, Hospitalización, Urgencias y Jefatura de Enfermería de Cardiología, de manera individual y colectiva, dando tiempo para contestar los instrumentos.
3. De acuerdo al protocolo de Schall (2003) se tomó la T/A al inicio de su actividad laboral usual y dos horas después de iniciada su actividad laboral se recogieron los cuestionarios (ver anexo 1).

Características de la muestra

Participaron 109 personas (100%) del sexo femenino, la edad de las participantes varió en un rango de 24 a los 58 años, la media fue de 41, mientras que la moda fue de 43 años. La escolaridad mostró en su mayoría Preparatoria técnica (42.2%), Licenciatura (22.9%), Especialidad (25.7%) Maestría (2.8%) y no contestaron (6.4%). Con respecto a la antigüedad, la media fue de $X = 15$ años en el puesto, aunque cabe señalar que la moda fue de 20, respecto a las horas de trabajo: la media es de 35 horas, aunque la moda es de 40 horas a la semana (29.4%).

En cuanto al estado civil, un poco más de la mitad fueron casadas (62.4%), solteras (22.9%) en unión libre (2.8%) y Viudas (1.8%). Puesto: Enfermeras Generales (22.0%) Especialistas; Internistas-Quirúrgicas (61.5%), Auxiliares (8.3%) Supervisoras y/o Jefas (6.4 %), auxiliares(8.3%) y el 1.8% no contestó. Servicio: Unidad de cuidados intensivos coronaria (24.8%), Unidad de cuidados intensivos Posquirúrgico (42.2%) Hospitalización (29.4%) Jefatura de enfermeras de cardiología (2.8%)y .9% no contestaron

5.3 RESULTADOS

De acuerdo con la primera hipótesis: “habrá una correlación significativa entre los porcentajes obtenidos de los cuestionarios que evalúan Burnout; tanto la versión Española (MBIGS) como la Mexicana, por tanto la versión de Burnout Mexicana (EMB) y tendrá validez concurrente”, se encontró lo siguiente:

La Escala Mexicana de Burnout, versión “core” y el Maslach Burnout Inventory-General Survey, validado por Gil-Monte (2001) versión “core”, obtuvieron una correlación de $r = .755, P <= 0.01$ (ver tabla 1).

Correlations

		COREGS	COREMEX
COREGS	Pearson Correlation	1.000	.755**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	109	109
COREMEX	Pearson Correlation	.755**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	109	109

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 1. Resultados de la prueba pearson entre la Escala Mexicana de Burnout y la versión “core” del Maslach Burnout Inventory- General Survey.

Las correlaciones que se obtuvieron de los componentes por separado de la Escala Mexicana de Burnout (EMB) y el Burnout -Inventory General Survey,(MBI-GS)se encontró que el componente agotamiento emocional de ambas escalas, obtuvo una correlación de $r=.657, P \leq 0.01$. Mientras que el componente despersonalización de ambas escalas (EMB Y MBI-GS) tuvieron una correlación de $r=.826 P \leq 0.01$ (ver tabla2).

Correlations

		AEGS3	AEMEX3	DESGS3	DESMEX3
AEGS3	Pearson Correlation	1.000	.657**	.380**	.418**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
	N	109	109	109	109
AEMEX3	Pearson Correlation	.657**	1.000	.367**	.494**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
	N	109	109	109	109
DESGS3	Pearson Correlation	.380**	.367**	1.000	.826**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
	N	109	109	109	109
DESMEX3	Pearson Correlation	.418**	.494**	.826**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
	N	109	109	109	109

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 2. Resultados de la prueba pearson entre los componentes “core” de las Escalas Mexicana de Burnout y del Maslach Burnout Inventory- General Survey.

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos se aplicó la prueba estadística Alpha de Cronbach, de lo cual se obtuvo como resultado:

El Maslach Burnout Inventory-General Survey, version "core" obtuvo un coeficiente alpha de .8451. La Escala Mexicana de Burnout, obtuvo como escala .9289. Y por separado los componentes que integraron ambas escalas obtuvieron lo siguiente:

El componente agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory General Survey (MBIG-S) .7276, mientras que el de la Escala Mexicana de Burnout (EMB) .7979 y el componente despersonalización del MBIG-S .6515 y la EMB .7240.

En comparación con otros estudios realizados, la confiabilidad que se obtuvo fue mejor que la mayoría de los trabajos realizados en población Mexicana con el Maslach Burnout Inventory . A continuación se mencionan de manera general:

1. Ramírez (1994) en la dimensión de agotamiento emocional obtuvo .8256, en despersonalización .4576 y en la dimensión de realización personal .7074. En este estudio se observó que los ítems de la dimensión despersonalización no alcanzaron el mínimo grado de confiabilidad, para considerarse.

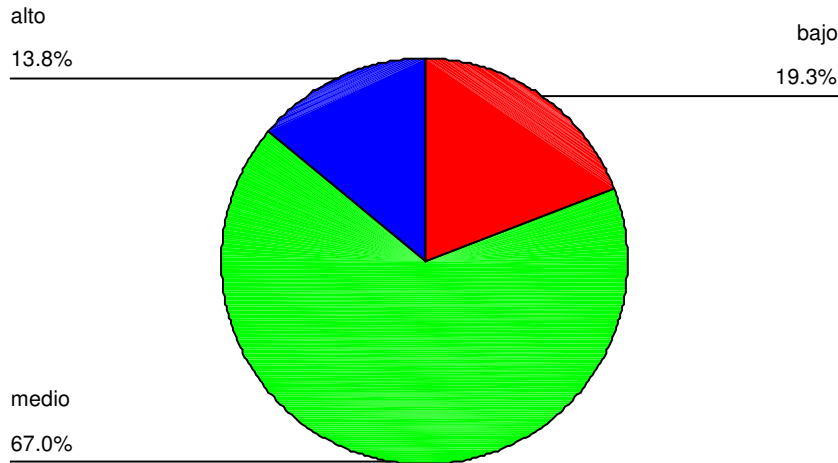
2. Franco (1997) en la dimensión agotamiento emocional obtuvo un alpha de .7817, en despersonalización .5037, y en realización personal .6029. Se presentó la misma situación anterior en la dimensión de Burnout.

3. Tevni (2000) en agotamiento emocional .80, en despersonalización .57 y en realización personal .72, mientras que en la versión "core" obtuvo .80 y por separado las dimensiones (AE, D) en la primera .78 y en la segunda .80. En el primer análisis es baja la confiabilidad de la dimensión despersonalización

De acuerdo a la segunda hipótesis "Se identificó el nivel de Burnout de la población estudiada", con el Maslach Burnout Inventory General Survey el 19.2% obtuvo un nivel bajo, 67.0% nivel medio y el 13.8% alto (ver gráfica 1).

Maslach Burnout Inventory General Survey

Niveles de Burnout Total

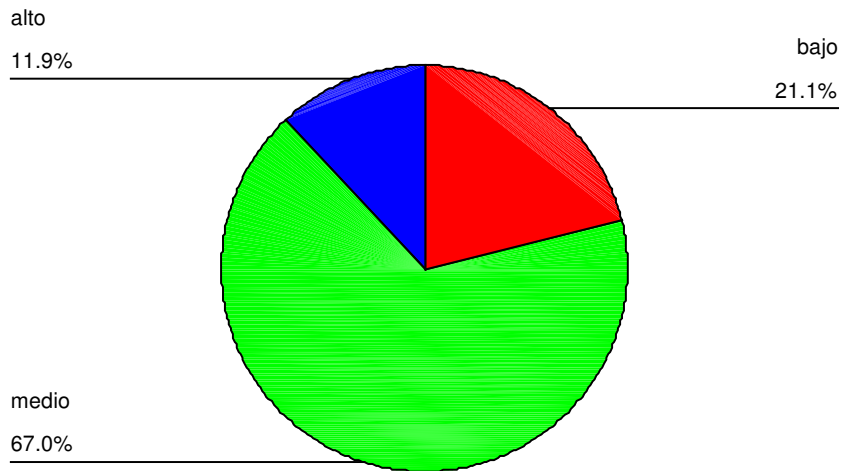


Gráfica 1. Niveles de Burnout evaluados con el Maslach Burnout Inventory General Survey

En cuanto al componente agotamiento emocional, con el Maslach Burnout Inventory General Survey el 21.1% de la población obtuvo un nivel bajo, 67.1% medio y 11.9% un nivel alto (ver gráfica 2) . Por lo tanto, que se rechaza la hipótesis ya que de acuerdo al estudio de Franco (1997) y Ramírez (1994), se esperaba una prevalencia más alta de este síndrome (entre el 10.9% y el 15.7%).

Maslach Burnout Inventory General Survey

Agotamiento Emocional

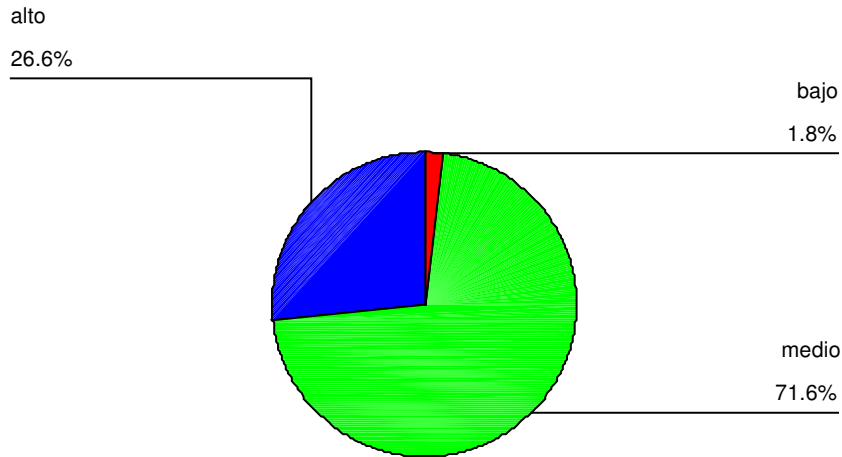


Gráfica 2. Niveles de Agotamiento Emocional evaluados con el Maslach Burnout Inventory General Survey

En el componente despersonalización, se obtuvieron los siguientes porcentajes: 1.8% bajo, 89.9% medio y 8.3% alto (ver gráfica 3).

Maslach Burnout Inventory General Survey

Despersonalización



Gráfica 3. Niveles de Despersonalización evaluados con el Maslach Burnout Inventory General Survey

En cuanto a la hipótesis tres que refiere a la "relación entre la Escala Mexicana de Burnout versión "core" con presión arterial", no se confirmó pues se encontró que no hubo correlación significativa entre estas dos variables, ya que los valores de la r de person no fueron significativos. (ver tabla 2).

Correlations

		SISTO2	DIASTO2	TOBURMEX
SISTO2	Pearson Correlation	1.000	.797**	-.005
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.958
	N	109	109	109
DIASTO2	Pearson Correlation	.797**	1.000	.078
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.423
	N	109	109	109
Total de la Escala Mexicana de Burnout	Pearson Correlation	-.005	.078	1.000
	Sig. (2-tailed)	.958	.423	.
	N	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 2. Resultados de la prueba pearson entre presión arterial y la Escala Mexicana de Burnout

También cabe señalar que no se obtuvieron relaciones significativas entre presión arterial y el Maslach Burnout Inventory- General Survey, versión “core”. (ver tabla 3).

Correlations

		TOTBURGS	SISTO2	DIASTO2
Total del Burnout MBGS	Pearson Correlation	1.000	-.035	.120
	Sig. (2-tailed)	.	.719	.215
	N	109	109	109
SISTO2	Pearson Correlation	-.035	1.000	.797**
	Sig. (2-tailed)	.719	.	.000
	N	109	109	109
DIASTO2	Pearson Correlation	.120	.797**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.215	.000	.
	N	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 3. Resultados de la prueba pearson entre presión arterial y la escala de Maslach Burnout Inventory- General Survey.

De igual manera, no se obtuvo ninguna correlación por separado entre agotamiento emocional y despersonalización del Maslach Burnout Inventory General Survey y presión arterial (ver tabla 4 y 5) .

Correlations

		AGOTGS	SISTO2	DIASTO2
Agotamiento emocional MBIGS	Pearson Correlation	1.000	-.028	.093
	Sig. (2-tailed)	.	.774	.334
	N	109	109	109
SISTO2	Pearson Correlation	-.028	1.000	.797**
	Sig. (2-tailed)	.774	.	.000
	N	109	109	109
DIASTO2	Pearson Correlation	.093	.797**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.334	.000	.
	N	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 4. Resultados de la prueba pearson entre presión arterial y el componente agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory- General Survey.

Correlations

		SISTO2	DIASTO2	DESGS
SISTO2	Pearson Correlation	1.000	.797**	-.033
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.734
	N	109	109	109
DIASTO2	Pearson Correlation	.797**	1.000	.117
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.227
	N	109	109	109
Despers onalizaci ón MBGS	Pearson Correlation	-.033	.117	1.000
	Sig. (2-tailed)	.734	.227	.
	N	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 5. Resultados de la prueba pearson entre presión arterial y el componente despersonalización del Maslach Burnout Inventory- General Survey.

Respecto a los componentes despersonalización y agotamiento emocional por separado de la Escala Mexicana de Burnout versión “core” tampoco hubo correlación con la presión arterial (ver tabla 6).

Correlations

		INSMEX	AGOTMEX	SISTO2	DIASTO2
Desperso nalización EMB	Pearson Correlation	1.000	.494**	-.021	.055
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.827	.568
	N	109	109	109	109
Agotamie nto emociona l EMB	Pearson Correlation	.494**	1.000	.006	.075
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.948	.435
	N	109	109	109	109
SISTO2	Pearson Correlation	-.021	.006	1.000	.797**
	Sig. (2-tailed)	.827	.948	.	.000
	N	109	109	109	109
DIASTO2	Pearson Correlation	.055	.075	.797**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.568	.435	.000	.
	N	109	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 6. Resultados de la prueba pearson entre presión arterial y el componente despersonalización y agotamiento emocional de la Escala mexicana de Burnout.

En cuanto a la relación entre la Escala Mexicana de Burnout con síntomas de enfermedades cardiovasculares, se obtuvo una correlación significativa de $r=.266$, $P \leq 0.01$ con la Escala Mexicana de Burnout (ver tabla 7) y con el Maslach Inventory General Survey versión “core” se tuvo una correlación de $r=.348$, $P \leq 0.01$ (ver tabla 8). Por lo que se acepta la tercera hipótesis.

Correlations

		SINTCARD	TOEMB4
SINTCARD	Pearson Correlation	1.000	.266**
	Sig. (2-tailed)	.	.005
	N	109	109
Escala Mexicana de Burnout	Pearson Correlation	.266**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.005	.
	N	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 7. Resultados de la prueba pearson entre síntomas cardiovasculares y la Escala Mexicana de Burnout.

Correlations

		SINTCARD	TOGSB4
SINTCARD	Pearson Correlation	1.000	.348**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	109	109
Maslach Burnout Inventory General Survey	Pearson Correlation	.348**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 8. Resultados de la prueba pearson entre síntomas cardiovasculares y el Maslach Burnout Inventory- General Survey, versión “core”.

En cuanto a la relación entre los componentes de Burnout por separado con síntomas de enfermedades cardiovasculares, se encontró que el primer componente de la Escala Mexicana de Burnout (despersonalización) se encontró una correlación $r=.229$, $P \leq 0.05$ y con él segundo (agotamiento emocional) también se encontró una correlación $r=.233$, $P \leq 0.05$ (ver tabla 9)..

Correlations

		SCARDIO	AGOTMEX	INSMEX
SCARDIO	Pearson Correlation	1.000	.233*	.229*
	Sig. (2-tailed)	.	.015	.016
	N	109	109	109
Agotamiento de la EMB	Pearson Correlation	.233*	1.000	.494**
	Sig. (2-tailed)	.015	.	.000
	N	109	109	109
Despersonalización de la EMB	Pearson Correlation	.229*	.494**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.016	.000	.
	N	109	109	109

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 9. Resultados de la prueba pearson entre Síntomas Cardiovasculares y los componentes despersonalización y agotamiento emocional de la Escala mexicana de Burnout

En cuanto al Maslach Burnout Inventory- General Survey, versión “core” con síntomas cardiovasculares en su componente despersonalización no se obtuvo correlación alguna, en cuanto al segundo componente (agotamiento emocional) se obtuvo una correlación $r=.374$, $P \leq 0.01$ (ver tabla 10).

Correlations

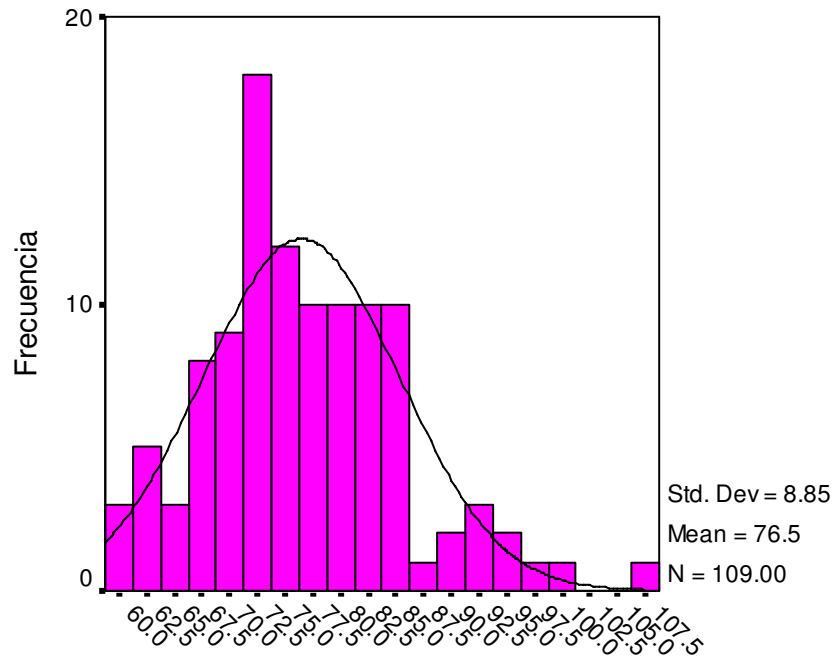
		SCARDIO	DESGS	AGOTGS
SCARDIO	Pearson Correlation	1.000	.148	.374**
	Sig. (2-tailed)	.	.125	.000
	N	109	109	109
Despersonalización MBIGS	Pearson Correlation	.148	1.000	.380**
	Sig. (2-tailed)	.125	.	.000
	N	109	109	109
Agotamiento emocional MBIGS	Pearson Correlation	.374**	.380**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 10. Resultados de la prueba pearson entre Síntomas Cardiovasculares y los componentes despersonalización y agotamiento emocional de la Escala mexicana de Burnout

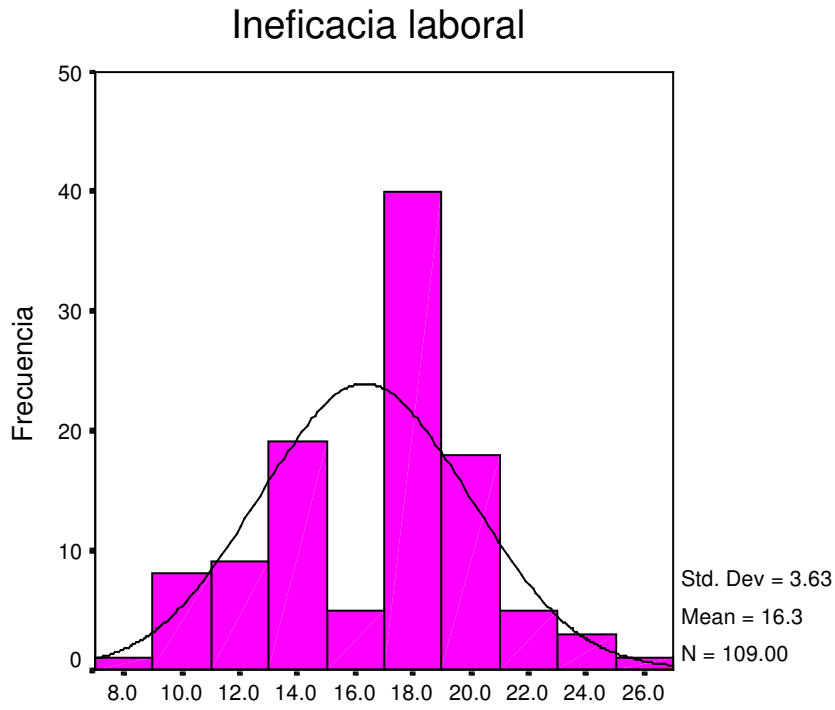
Respecto a la cuarta hipótesis, “Se presentarán algunos casos de hipertensión en las enfermeras” se encontraron siete personas que padecen presión arterial alta y de acuerdo con la NOM-030-SSA2-1999, se encuentran seis en la etapa 1 y una en la etapa 2, esto representa que el 6.4% de la muestra estudiada presento hipertensión (ver grafica 7).

Presión arterial diastólica



Grafica 7. Presión arterial diastólica

En cuanto a la Quinta hipótesis (las enfermeras presentaran altos niveles de ineficacia) se obtuvo que una media de 16.32, y una desviación estándar de 3.63, por lo que se partió de un rango de (12.69-19.95) como puntuaciones normales, respecto a estas el 76.1% se colocó dentro de éstas, mientras que el 11.0% tuvo un nivel bajo de ineficacia y un 12.9% de nivel alto de ineficacia (ver gráfica 8). Por lo cual se rechaza la hipótesis, ya que se identificó que la mayoría de las enfermeras estudiadas obtuvo un alto nivel de autoeficacia.



Gráfica 7. El componente de ineficacia de la Escala Mexicana de Burnout

Capítulo 6: Conclusiones

Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo principal, verificar la relación entre Burnout, síntomas cardiovasculares e hipertensión; en cuanto a este objetivo, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre Burnout y Presión arterial con ninguna de las dos escalas utilizadas, pero sí entre los síntomas subjetivos cardiovasculares registrados y los puntajes del Maslach Inventory General Survey versión "core" ($r=0.348, P \leq 0.01$) y con la Escala Mexicana de Burnout ($r=0.266, P \leq 0.01$).

Cabe destacar, que si bien no se encontró una relación entre Burnout y Presión arterial, no puede ser un resultado generalizado para enfermeras mexicanas, ya que la muestra fue pequeña y fue un muestreo no probabilístico, por lo cual es necesario realizar más estudios para corroborar los hallazgos encontrados. No deja de ser importante la correlación de Burnout y síntomas subjetivos cardiovasculares; si bien el Burnout no afecta a nivel de salud física en las enfermeras evaluadas, al parecer si puede manifestar deterioro en la salud mental o psicosomática, lo cual resulta interesante, ya que por lo regular la perspectiva médica tradicional se centra en lo fisiológico- biológico, olvidándose que su paciente es un ser integral como lo menciona la OMS en su definición de salud. Esta perspectiva médica tradicional diagnosticaría como "sanas" a las enfermeras que no presentaron hipertensión, sin embargo los psicólogos saben que gran parte de las enfermedades son de etiología psicológica, y el hecho de que una persona no presente daño orgánico no quiere decir que este sano (a), como lo muestran los síntomas subjetivos de ECV reportados por las enfermeras, los cuales podrían evolucionar hasta convertirse en enfermedades cardiovasculares bien definidas, la importancia de estos indicios se ve reflejado en las enfermedades psicosomáticas que en los últimos años han sido consideradas por los médicos.

La prevalencia de Burnout alto, (sólo el 13.8%) de la población evaluada, puede estar relacionada con los resultados de autoeficacia, donde se muestra que sólo el 13.8% de las enfermeras reportan altos niveles de ineficacia (percepción de ausencia de capacidades para organizar y ejecutar las acciones requeridas en su trabajo), mientras que el 86.2% presentó altos niveles de dicha variable, lo cual indica que la mayoría de las enfermeras evaluadas perciben que tienen las habilidades y acciones necesarias para desarrollar su trabajo, por lo tanto este componente (autoeficacia) puede estar regulando los otros componentes (agotamiento emocional y despersonalización) del Síndrome, para que el Burnout no se desarrolle e influya de manera negativa en su trabajo.

Lo interesante de esta parte es que en términos generales, la ineficacia tiene que ver con las variables de personalidad, por tanto las variables individuales sí deben de ser consideradas y no únicamente las organizacionales, cuando se habla de Burnout. Estos resultados confirman el planteamiento de Shirom,1989,Cordes & Gougherty, citado en Salanova y Shaufeli,(2001), quienes afirman que es una variable de personalidad.

De acuerdo al marco teórico de las teorías cognitivas del yo, que se caracterizan por explicar el Burnout, así como las ideas de Bandura(1999), citado en Gil-Monte y Peiró (1997); se puede decir que:

a) Las cogniciones de los individuos influyen en los que estos perciben y a la vez, se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas por los demás.

b) la creencia o el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que este pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para determinar ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompaña a la acción. Los modelos de Burnout, que parten de este marco teórico es el de competencia social de Harrison (1983), Modelo de Cherniss (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

De acuerdo al primer modelo, las enfermeras que fueron evaluadas en el presente estudio, se encuentran más factores de ayuda, que de barrera en su trabajo, lo que ocasiona que los sentimientos de autoeficacia aumenten y consigan sus objetivos.

De acuerdo al segundo modelo, puede que las enfermeras evaluadas experimenten sentimientos de auteficacia y enfrenten emocionalmente la situación, por lo tanto aumenta su ejecución y aumenta su interés. A si mismo aumenta su autoconcepto a través de los mecanismos de defensa los cuales les pueden ayudar a las situaciones difíciles de su trabajo.

Y finalmente, de acuerdo al tercer modelo, que parte de que la autoconciencia, puede que las enfermeras autorregulen sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de alguna tarea para conseguir sus objetivos en el trabajo (Gil-monte, Peiro, 1997).

Cada enfermera puede enfrentar las mismas situaciones de estrés en su trabajo, pero la forma que tiene para solucionarlo son diferentes, esto explica porque unas si experimentan Burnout y otras no; es decir las variables organizacionales y personales juegan un papel muy importante en el desarrollo de Burnout.

Ante estos resultados con una perspectiva más bien salutogénica (pocas enfermeras con altos niveles de Burnout), se propone que en futuros estudios se evalúen efectos psicológicos positivos como el “Engagement” que es el constructo opuesto al Burnout (Salanova, shaufeli, Llorens, Peiró y Grau,2000) y que fomentaría la promoción de la salud mental y física en los centros de trabajo, superando el enfoque centrado en la enfermedad.

Sin embargo, aunque fue mínimo el porcentaje de enfermeras que tienen Burnout en este estudio, se propone continuar esta importante línea de investigación con metodologías alternativas, como se ha venido haciendo por diferentes investigadores mexicanos(Franco (1997), Arita y Arauz (1998), Tevni (2000), Arita (2001), Teran (2001), Pinelo y Salgado (2002) que consideran a la ocupación de enfermería de nuestro país, una profesión que está en riesgo de padecer Burnout.

En cuanto a la validez concurrente de una Escala Mexicana de Burnout “version core” y el Maslach Burnout Inventory- General Survey, versión “core” de (Gil-Monte, 2001).Obtuvieron una correlación estadísticamente significativa($r=.755, P\leq 0.01$). La Escala Mexicana de Burnout, es confiable, por lo menos ésto si lo afirmamos con el nivel de Alpha Cronbach (.9063) que se obtuvo en el análisis estadístico.

Ésto permite afirmar que la Escala Mexicana de Burnout tiene validez concurrente, lo cual significa que se tendrá que realizar mas estudios que permitan demostrar su validez y confiabilidad para evaluar Burnout en trabajadores Mexicanos, recordando que no existe todavía una escala en México que haya sido validada y se sigue usando hasta hoy alguna versión española como el Maslach Burnout Inventory (MBI), sin tomar en cuenta los diferentes factores Psicosociales de cada país. El valor de este estudio exploratorio radica en ser el primer esfuerzo de realizar la primera escala para Burnout realizada en nuestro México, para nuestros trabajadores Mexicanos.

Cabe destacar que la versión “core” no estuvo completa del todo, ya que faltó un reactivo del componente despersonalización, debido a un error de la fuente consultada, es importante mencionarlo para tener ciertas reservas en los resultados obtenidos, con esto, no se pudo comprobar si en realidad ese ítem, podría haber contribuido a que existiera una correlación entre despersonalización y síntomas cardiovasculares, lo que hace mas necesario comprobarlo es estudios posteriores, ya que su otro componente que fue el agotamiento emocional si tuvo una correlación con síntomas de enfermedad cardiovascular ($r=0.347, P<=0.01$). En cuanto a esto último, se puede afirmar que a mayor cansancio físico y emocional percibido en y por el trabajo. (Juárez et al, 2003 y Gil-Monte 2001) hay un aumento en síntomas de enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la prevalencia de hipertensión de la muestra estudiada, siete personas sobrepasaron de acuerdo a la NOM-030-SSA2-1999 que define como presión alta, una presión sistólica >140 mm de Hg y una presión sistólica <90 mm de Hg. Una explicación a este suceso es que las enfermeras evaluadas están al tanto de su presión arterial, esto se constató cuando se tomó la presión, ya que se recibieron comentarios durante el procedimiento de que ellas no se tomaban la presión cotidianamente pero si estaban al pendiente, posiblemente por que su trato es con pacientes que padecen alteraciones cardiovasculares, lo cual puede influir para que reflexionen acerca de su salud.

Es importante señalar que en este estudio se utilizó una nueva forma de evaluación de presión arterial, diferente a la evaluación clínica tradicional, ya que como bien sabemos la presión varía de acuerdo a la postura del cuerpo, las condiciones en las que se encuentre el paciente, las condiciones ambientales, entre otros. El protocolo que se utilizó, permite no tener sesgo ya que se hace la medida de la presión arterial, más representativa del sujeto en el lugar donde el trabajador pasa la mayor parte de su día y de su vida en: el trabajo.

El protocolo de puntos estimados en el puesto de trabajo (Schall,2000) puede retomarse por diferentes investigadores que se dediquen a evaluar la tensión arterial (T/A) en el trabajo o bien en la detección de problemas cardiovasculares, considerando que es un método confiable que se puede implantar en diferentes instituciones del país ya que es un protocolo práctico y de bajo costo. Estas metodologías y teorías marcan un avance en la Salud en el trabajo, al enfrentar los problemas derivados del trabajo desde una perspectiva que es novedosa y ofrece otro marco de estudio, no solo es necesario considerar factores químicos, físicos o ergonómicos, sino que es necesario que la atención se centre también hacia la integridad de estas variables (organizacionales- personales). Ésto permitirá concebir la relación salud - trabajo- persona desde un enfoque integral

Por último, es recomendable que se realice algún estudio de tipo longitudinal que permita identificar en trabajadores mexicanos de diferentes profesiones incluyendo este tipo de profesiones de riesgo la posibilidad de detectar y diagnosticar a tiempo a trabajadores hipertensos, para que éstos sean controlados, tratados y medicados antes de que se presente la enfermedad cardiovascular en sus diferentes modalidades o la muerte repentina.

Lamentablemente, todavía se observa que a pesar de la diversidad de alternativas que existen para estudiar la salud en el trabajo, la mayoría de las investigaciones se han centrado en factores físicos, químicos, ergonómicos, entre otros. A nivel nacional se apoyan proyectos con estas características, pero no se ha considerado hasta hoy , la importancia que tiene la parte psicológica en los trabajadores, olvidando que el trabajador es un ser integral con emociones, sentimientos, actitudes, las cuales lo acompañan en todos los ámbitos en los que este se desarrolle, incluyendo el laboral.

Para estudiar a las enfermeras, o cualquier profesionista Mexicano, es necesario considerar y estudiar estas variables que pueden ser moderadoras para que el trabajo sea agradable y productivo o de lo contrario que éste se convierta en generador de malestar físico y psicológico. Y de acuerdo a esto la Psicología en México, debe desarrollar nuevos campos de conocimiento y de trabajo que permitan entender los problemas psicológicos desde una perspectiva psicosocial, para dar respuesta a las diferentes demandas que existen en nuestro país, derivadas de nuestras propias deficiencias.

Es necesario considerar estos aspectos para que en el manejo de prevención o intervención en problemas en el trabajo o accidentes del trabajo, se incluyan variables organizacionales y personales del trabajador.

La aportación que tuvo la presente tesis para la psicología, es que fue un hallazgo más que comparte los postulados de la psicología positiva, que es una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano y que durante tanto tiempo han sido ignoradas por la psicología. El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que los individuos padecen, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud (Spilgman,2002).

La Psicología Positiva estudia las emociones positivas, los rasgos positivos del carácter y las instituciones positivas. Este enfoque ha supuesto un giro importante en las ciencias que estudian la mente humana ya que, a diferencia de la psicología tradicional, trata los problemas mentales desde las fortalezas del individuo, dirigiendo su atención a aquellas características que nos permitan aprender, disfrutar, ser generosos, solidarios y optimistas.

La Psicología, tradicionalmente, ha prestado mucha más atención a las causas del malestar y de los trastornos psicológicos que al bienestar y sus causas. En los últimos años bajo el nombre genérico de Psicología Positiva, se han multiplicado los esfuerzos en el estudio y promoción del bienestar, a través de su nuevo concepto que permite regular el disfrute que las personas experimentan, lo cual repercute en el bienestar y la calidad de vida de las personas, que incluye habilidades, creencias, estilos cognitivos y estilos de vida, por lo tanto, comprende el sentido del humor, la capacidad de concentración, la amplitud de intereses, la capacidad para plantearse retos, la confianza en si mismo y otras características que hacen que una persona disfrute más que otras en las mismas situaciones.

Este enfoque alternativo puede ser el inicio de nuevos estudios, en diferentes campos incluido el de la psicología industrial, lo cual permitiría estudiar al trabajador, conocer las demandas de la organización y al mismo tiempo las necesidades del trabajador Mexicano; esto ultimo es muy importante porque en muchas de las ocasiones se retoman estudios o test de personalidad validadas en otros países, y se aplican suponiendo que nos van a dar un parámetro del trabajador, cuando en realidad no sucede lo mismo. Un trabajador español, no puede sentir y vivir lo mismo que un trabajador mexicano, es ilógico por lo tanto que se pretenda usar un mismo cuestionario. Por lo cual considero que fue y es importante realizar estudios de las escalas que se aplican en cualquier área de la psicología, ya que además de ser una herramienta de los psicólogos es una forma más de hacer psicología.

Si los psicólogos, innovamos nuestras herramientas de trabajo, daremos cada vez mas soluciones a los problemas que nos encontramos en nuestro campo de trabajo, cualquiera que sea nuestra área, porque vamos a responder a las necesidades de nuestra población, además de contribuir al incremento del bienestar y salud físico y mental de la población en general, también podremos

dar alternativas de prevención, tratamiento e intervención en enfermedades crónico degenerativas, además de los ya conocidos trastornos psicológicos.

REFERENCIAS

Almirall,P. (1995) *Ergonómico y Diagnóstico Automatizado de los efectos del trabajo*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo del departamento de psicología.

Almirall, P.(1993) *Efectos Negativos de las cargas de trabajo*. Cuba: Instituto de medicina del trabajo.

Almirall,P. (1992) *Modelos para el análisis del trabajo*. Cuba: Instituto Nacional de Salvo de los trabajadores.

Arita, B. (2001) *Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout (A model to investigate the process of burn-out syndrome)*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa (Culiacán) Revista Médica (UAS), Vol.11(1)pp.74-79.

Arita, B. y Arauz ,J. (1998) *La tarea Laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería*. México: Universidad Mexicana Autónoma de Sinaloa. Revista psicología y salud, Vol.11.pp.13-22.

Astrad, P y Rodah, K. (1992) *Fisiología del trabajo físico*.(3ª.ed) Argentina: panamericana.

Bandura, A.(1997) *Self efficacy the exercise of control* .New York : Freeman.

Bandura, A. (1992) *Social cognitive theory of personality*.En .Pervin y O John. Hanbook of Personality, (2nd. ed) pp. 154-196 New York :Guilford.

Beas, C. y Salanova, M. (2002) *Las creencias de autoeficacia: aplicación en la prevencion de riesgos laborales*. España: Universidad de Jaumé.

Benavides, M. Boggina,R y Hreczuch,V .(2000) El compromiso emocional y la despersonalización como síntomas de riesgo en le profesional de la salud. Revista de psicología en línea. Recuperado el 12 de julio del 2002 en http://www.psicooncologia.org/articulos_detalle.cfm?Art_ID=33.

Buceta.J, Bueno. A , Mas. B (2000) *Intervención Psicológica en trastornos de la salud*. Madrid : Dykinson.

Bunk,P Y Shaufeli,M.(1993) *Burnout: A Perspective Fromm Social Comparison Theory* UK : Taylor and Francis.

Burke(1992)*Correlate of psychological Burnout Phases amons police officers*. Madrid: Human relation 39(6) 487-502

Casedell y Varselli (2000) *Síndrome de agotamiento emocional en médicos de la ciudad de Buenos Aires*. Revista Newsletter "Estrés y salud", Año 1. Vol 11, recuperado el día 12 de julio del 2002 en <http://www.sames.org.ar>.

Corcoran, K.J. (1985) Measuring burnout: A reliability and convergent validity study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1(1), 107-112.

Cordova y Ortiz (1979) *Social organizational behaviors*. Academy of Management Review. E.U: Harsel.

Cox,T, kuk G Y Heiter (1993)*Burnout, healt, work, stres and organizational heathiness* E.U: Taylor and franciss

Crawfor .M. y Dimerco.Y (2002) *Cardiología*. Vol.1.España: Harcout.

Cherniss (1993) The role of professional self-efficacy in the etiology of Burnout. Waschinton. Ed: Hemisphere.

Christensen (1960) The use of moderator variables. *Psychological Bulletin*, 76. 295-310.

De Rijk, LeBlanc,Schaufeli & De Jong(1998) *Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects on Burnout*. *Journal Occupational and Organizational Psychology*. Vol. 71, pp.1-18.

Eliot.R(1974) *Strees and the heart Contemporary Problems in Cardiology*. New York : Futura Publishing Company.

Eoin. B, Roland. F, Amor. C, Lawrie. P, Berlin.R , Yutaka. I, y etal (2003) Recomendaciones de la sociedad Europea de Hipertensión para medir la tension arterial en forma convencional ,ambulatoria. *Jovial of hipertension separato en español*. Revista oficial de la sociedad Internacional de Hipertensión. De la Sociedad Europea Houston. Vol. 21 pp. 821-848.

Firth, H. y Britton,P (1989) "Burnout absences and turnovel amongst Brititsh nursi staff *Journal of Ocupational Phycholusy*",Vol. 62(1), pp. 55-59.

Fischer.H (1983) *A phychoanalytc view of Burnout. Stress and Burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.

Franco, B.(1997) *Manual Integral de prevención-comparación del nivel de Síndrome de Burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos*. Tesina de Licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana. Edo, Mex, México.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.

Freudenberger, H.J. (1975). The staff burn-out in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12(1), 73-82.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1974) *Type A Behavior and your heart*. New York: Knopf.

Galliani, F. (1992) *Comportamiento humano en el trabajo ,comportamiento organizacional*. México :Graw Hill.

Garces de los Fayos, E. (2002) Revista digital Colombiana. Recuperado el 18 de junio, de [http:// www.abacolombia.org.co/areas/organizaciones/burnout.htm](http://www.abacolombia.org.co/areas/organizaciones/burnout.htm).

García Montalvo, C. y Garcés de Los Fayos, E.J. (1996). *Revisión teórica del burnout en entrenadores: Aportaciones de un modelo teórico a la comprensión del síndrome en la profesión de entrenador*. Apuntes de Psicología, Vol.48, pp.83-93.

García, J, Frias .A y Reynoso. (2002) *Estructura Factorial de una Escala Mexicana de Patrón a conductas y su relación con síntomas de enfermedad*. En prensa.

García, F. (2000) *Entrenadores y Burnout*. Revista Digital Buenos Aires. Año.5.Vol. 28, recuperado el 12 de julio del 2002, de [http:// www.efdeportes.com/efd28/burnout1.htm](http://www.efdeportes.com/efd28/burnout1.htm).

Garden, A.M. (1987). *Depersonalization: A valid dimension of burnout?*. Human Relations, Vol.40(9), pp.545-560.

Gil Monte, P. (2002) Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory. General Survey. Salud Pública Mexicana, Vol. 44. pp. 33-40.

Gil-Monte, P. Y Peiró, J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gillespie, P. (1984) *The Gillespie-Numerof Inventory technical manual*. St. Louis: Washington University.

Ginsburs, R. (1974) *Psychometric theory*. New York: Mc Graw Hill.

Golembiewsky, R, Munzenrider, R y Corter, D. (1983) "Phase of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis". Journal of applied Behavioral Science, Vol .9(4)pp. 461-481.

- Grandjean, J. (1979) *La actividad laboral y su contexto*. España: Síntesis.
- Green,D, Walkey,F y Taylor,R. (1991)The tree factors structurel the Maslach Burnout Inventory.Journal Sicence Behavior and Personality,Vol. 6.pp.453-472.
- Guadalajara,J. (19991) *Cardiología* .Mex.D.FI: Francisco Méndez Cervantes
- Gutiérrez, M, Contreras y Susuyama, I.(2003) *Salud Mental estrés y trabajo en profesiones de la salud*. SWS Survey (Desarrollo y criterios de aplicación). México, Facultad de Psicología: Universidad Nacional UNAM.
- Hobfoll,L y Fredy,R. (1993) *Among users guide version*. Madrid: Síntesis.
- Irving,F. (2001)Guía normativa, diagnóstica y terapéutica. Para el médico en el primer nivel de atención. México: Manual Moderno.
- INEGI/SSA (2001). *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Juárez, A, Ramírez, J , Rodríguez, M y Almirall. P (2002) *Estructura Factorial de las escalas del BMSII en trabajadores Mexicanos*. Revista Cubana de Salud y Trabajo, Vol. 3 (1-2)pp.32-9.
- Juárez, A (2003) *Construcción y Desarrollo de un modelo de factores Psicosociales en el trabajo y su relación con la salud en México*. Manuscrito presentado para su publicación. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM
- Kalimo, R., Batawi, M. y Cooper, C. (1988). *Factores Psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. OMS.
- Lartiguet, y Fernández, V. (1998) *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. México: Plaza y Valdes.
- Laurell, A. (1992) Para la investigación de la salud de los trabajadores. OPS Serie Paltex.
- Laurell, C. y Noriega, E. (1987)*El trabajo como determinante de la enfermedad* . México: Cuadernos de Médicos Sociales. Vol. 56. pp. 17-33.
- Lee,R.y Anfoth, B. (1993) *A further examination of management Burnout*. Journal of Organizational Behavior,Vol.81.pp 123-133.

Leiter, M. (1990) *Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns*. Journal of Organizational Behavior, Vol. 12 (2) pp. 123-44.

Leiter, M. y Maslach, C. (1988) *Burnout as a function of communication patterns*. Group and Organization Studies, Vol. 13 (1) pp. 111-28.

Leiter, M. (1992) *Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues*. Anxiety Stress and coping, Vol. 5(1) pp. 79-93.

Leiter, M. (1993) *Burnout as developmental process: Consideration of models* W.B. En: Shaufeli, M., Maslach, C. y Morek, T. Profesional Burnout Recent Developmental in theory and Research. New York : Taylor Francis.

León, R. (2003) *Introducción a la Psicología de la salud desde un enfoque psicosocial. Asesoramiento al personal sanitario*, Sevilla: Secretario de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías de la Universidad de Sevilla.

Marmot, M. y Mustard, J. (1996) *La enfermedad coronaria desde una perspectiva laboral*. En R.G Evans, M.L Barer y Th.R Marmot (Eds), ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid: Díaz de los Santos.

Maslach, C. y Shaufeli, M. (1993) *Historical and conceptual development of Burnout*. E.U: Taylor and Francis.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981) *Maslach Burnout Inventory* Palo Alto, California Consulting Psychologists Consulting Psychologists Press.

Maslach C, Jackson, S. (1983) SE. *Burnout in Health Professions: a social psychological analysis*. En: Sanders GS, Sulz J (Eds) Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mingote .A y Pérez (2002) *Estrés, en la enfermería ,el cuidado del cuidador*. Madrid: Diaz de Santos.

Moreno y Peñacoba, C. (1993) *Estilos de vida y niveles de estrés en ejecutivos con Patron A de conducta*. España: Nueva Era.

Moreno, B. y Oliver, C. (1993). *El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones*. En M. Pons y M.T. Anguera (Comp.), *Aportaciones a la evaluación psicológica* (pp. 161-174). Barcelona: P.P.U.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). *El burnout, una forma específica de estrés laboral*. En G. Buéla-Casal y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.

Noriega, M.(1989) *El Trabajo sus Riesgos y la Salud México*. México: Universidad Metropolitana/Universidad Xochimilco SITUAM-Pg5-11,55-60.

Oddone (1987) *Estrés y psicopatología*, Madrid: Pirámide.

OIT (1986) Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad

OIT (1988) Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad.

Orlandini. A (1999) *El estrés, qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ovejero,P. (1993) *Psicología Social y Salud*. España: Universidad de Oviedo: Servicios de Publicaciones.

Peiro,S y Prieto,A. (1996) *Burnout o Síndrome del quemado*. España . Madrid. ED: Síntesis de Psicología.

Peiro, J. (1992): *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.

Perlman, B. y Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.

Pinelo,C. y Salgado,V. (2002) *Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médico y paramédico del C.M.N 20 de Noviembre (ISSSTE)*. Tesina de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología.

Pines,A., Aaronson, E. y Kafry, D. (1993) *Burnout: from tedium to personal growth*. NY: Free Press.

Pines, A y Aronson , E (1988)*Carreer burnout: Causes and cures*.New York. The Free Press.

Portillo, A. (1998) *Manual informativo del síndrome de Burnout (Agotamiento Profesional) dirigidas a médicos Mexicanos*. Tesina de Licenciatura no publicada México, Universidad Iberoamericana .

Ramírez, A (1994) *Estudiar exploración acerca del nivel del síndrome de (Burnout) en un grupo de Psicólogos Clínicos*. Tesina de Licenciatura publicada. México Universidad Iberoamericana.

Reynoso, Erazo L y Seligson, I.(1997) *Patrón conductual tipo A en México aplicación de un nuevo instrumento de evaluación*. Archivos del Instituto de Cardiología de México. Vol. 67, pp.419-427

Robles, M. (1995) Identificación de factores asociados al Síndrome de Agotamiento en maestros de Universidades Privadas Mexicanas. Tesina de Doctorado en Psicología no publicada. México, D,F. Universidad Iberoamericana.

Rodríguez,J. y García,J. (1996) *Psicología Social de la salud* . En: Alvarado,Jose Luis, Garrido y Torregosa (coordinadores).Psicología Social Aplicada. España: Mc Graw Hill.pp.351-380.

Rodríguez, J. y Marín (1994) *Psicología Social y Psicología de la salud Aspectos Psicosociales de la salud y la comunidad*. Barcelona: PPU.

Rossier, J. y Soria, L. (1999) *Taller dirigido al personal medico de la cruz roja para mejorar la calidad en la atención medica-paciente* Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana. México.

Salanova,M, Llorens,S, Jaume,I y Shaufeli, W. (2001) *Exposición a las tecnologías de la información, Burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional*. Revista de Psicología Social Aplicada. Vol 11,n 1, pp. 69-90.

Salanova, M, Llorens,S, Jaume, I y Shaufeli, W. (2001) *Exposición a las tecnologías de la información, Burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional*. Revista de Psicología Social Aplicada. Vol 11,n 1, pp. 69-90.

Salanova,M, Shaufeli,W, Llorens,S, Peiró,J y Grau, R. (2000) *Desde el Burnout al engagement: ¿Una nueva perspectiva?*. Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones, Vol. 12, n 2, pp 117-134.

Sampiere, Collado y Bautista (1998) *Metodología de la Investigación*. México. ED: Graw Hill.

Sandoval. J (2000) *El estudio de la alteración mental y el trabajo: síndrome del trabajador quemado o Burnout*. Revista Nueva Epoca / Salud Problemas. Año 5. Número 8 .

Sauter, Murphy y Hurrell (1990) *Factores Psicosociales y de organización*. En: OIT (1988) Enciclopedia de Salud Ocupacional y seguridad.

Schaufeli, W.B. y Dierendonck, D (1993): "*The construct validity of two burnout measures*". Journal of Organizational Behavior, 14, 631-647.

Schnall. P (2002) *Occupational Medicine*. The workplace and Cardiovascular Disease. Philadelphia. Ed: Hanley y Belfus.

Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000). *The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory- General Survey across occupational groups and nations*. Journal of Occupational and Organizational Psychology., 73, 53-66.

Seyle, H. (1979) "*History of the stress concept*". Handbook of the Stress. New York: Press.

Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C y Jackson, S. (1996) *Maslach Burnout Inventory. General Survey*. California: Consulting Psychology Press.

Spilgam, E. (2004) *Psicología Positiva*. Revista digital de Psicología. Recuperado el 15 de mayo del 2004, de [http:// www. Psicologia-positiva.com](http://www.Psicologia-positiva.com).

Stans, I. y Fischer, (1998) *El Burnout del Psicoterapeuta*. Tesina de Maestría no publicada, Universidad Iberoamericana. México.

Stora, J. (1991) *El estrés*. México: Lito arte S.A

Terán, E. (2001) Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Hospital Angeles del Pedregal, Factores de riesgo sociodemográficos, Ansiedad y Depresión. Tesis de subespecialidad de Psiquiatría. México. D.F. Universidad la Salle.

Terras y Stephen (1994) *A tripartite model of coping with Burnout*. IN Fober. Nyork. Ed: Pergamon press.

Tevni, G. (2000) *Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory. Versión Española*. En una población de profesionales mexicanos. Universidad de Montemorelos (U.M.) Nvo. León, Monterrey. Línea de investigación: Instrumentos de medición.

Theorell, T. y Karasek, R. (1998) *Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of work life*. USA: Basic Books.

Thompson, Page y Cooper (1993) *Measurement of job and work involvement*. Journal of Applied Psychology. Vol.67. pp. 54-60.

Tovalín, R. (1988) *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. ED: Pirámide. Madrid.

Vega, F. (2000) *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud*. Reseña Histórica Salud Pública. México. Vol.44. pp.258-265. recuperado en www.insp.mx/salud/index.html.

Watson, H. (1985) *Cardiología*. Argentina: Atlante.

Wisner, A. (1998) *Fisiología del trabajo y ergonomía*. Secretaria del trabajo y prevision social (STPS) y seguridad en el trabajo. Curso 2do año. Pg. 165-166.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Factores Psicosociales

Peso _____ Talla _____ IMC _____
Prom. P _____
S _____ D _____

Folio



CUESTIONARIO FPS-T
 MODELO CONTROL P/L
 (Juárez, G. A. 2003)

El presente cuestionario tiene como propósito identificar algunas cuestiones sociales del trabajo como parte de un proyecto de investigación para la UNAM. No hay respuestas buenas ni malas. Los datos serán manejados de forma estrictamente confidencial. Es importante que conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera, no deje alguna sin contestar pues de ser así el cuestionario se invalidaría. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación.

DATOS GENERALES

EMPRESA/INSTITUCION _____ DEPTO/SERVICIO _____

EDAD: _____ ES UD.UNA PERSONA: SOLTERA () CASADA ()

SEXO: _____ DIVORCIADA () UNION LIBRE () VIUDA ()

MAX.GRADO ESCOLAR: _____ PUESTO ACTUAL: _____

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO: _____ HRS. DE TRABAJO A LA SEMANA _____

SECCION I.

Marque cuál de las siguientes enfermedades ha padecido alguno de sus familiares consanguíneos o le ha sido diagnosticada a usted:

	Yo	Familiar	Anote parentesco
Diabetes	()	()	
Hipertensión arterial	()	()	
Colesterol alto	()	()	
Alguna enfermedad del corazón	()	()	

Otra enfermedad, ¿cuál?	()	()
-------------------------	-----	-----

	Rara Vez	Ocasionalmente	Frecuentemente	Diario
¿Hace usted ejercicio?				
¿ Fuma?				
¿Toma alcohol?				
¿Su alimentación es buena y sana?				

¿Toma algún medicamento? _____

¿Cuál y para qué es? _____

SECCION II.

A continuación encontrará una serie de enunciados respecto a su trabajo y manera de pensar. Solicitamos su opinión sincera al respecto. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Lea cuidadosamente cada enunciado y conteste colocando una **X** sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4) de acuerdo a las siguientes clasificaciones:

1	No, Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Estoy de acuerdo	4	Si, Completamente de acuerdo
----------	-------------------------------------	----------	----------------------	----------	-------------------------	----------	-------------------------------------

1. En mi trabajo necesito estar aprendiendo cosas nuevas	1	2	3	4
2. Frecuentemente las actividades de mi puesto son muy repetidas	1	2	3	4
3. Soy libre de decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4
4. Mi trabajo es aburrido	1	2	3	4
5. Para mi trabajo necesito ser creativo(a)	1	2	3	4
6. Mi trabajo requiere de un alto nivel de habilidad	1	2	3	4
7. Existe variedad en las actividades que realizo en mi trabajo	1	2	3	4
8. En mi trabajo tengo oportunidad de desarrollar mis propias habilidades	1	2	3	4
9. En mi trabajo puedo tomar muchas decisiones por mi mismo(a)	1	2	3	4
10. Tengo mucha libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4
11. Las actividades que tengo que realizar en mi trabajo se repiten una y otra vez	1	2	3	4
12. Mis opiniones cuentan mucho en mi trabajo	1	2	3	4
13. Tengo que trabajar muy rápido	1	2	3	4
14. Tengo que trabajar muy duro	1	2	3	4
15. Se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	1	2	3	4
16. Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	1	2	3	4
17. En mi trabajo tengo que responder a ordenes contradictorias	1	2	3	4
18. Mi trabajo requiere de largos períodos de intensa concentración	1	2	3	4
19. Mi trabajo es interrumpido con frecuencia antes que lo termine, por lo que tengo que continuarlo más tarde	1	2	3	4
20. Mi trabajo es muy agitado	1	2	3	4
21. El ritmo de mi trabajo baja con frecuencia debido a que tengo que esperar por el trabajo de otras personas o departamentos	1	2	3	4
22. Mi trabajo requiere de mucho esfuerzo físico	1	2	3	4

23. La estabilidad de mi empleo es buena	1	2	3	4					
24. Mi jefe se preocupa del bienestar del personal a su cargo	1	2	3	4					
25. Mi jefe presta atención a lo yo que digo	1	2	3	4					
26. Mi jefe ayuda al que trabajo se realice	1	2	3	4					
27. Mi jefe es bueno para lograr que se trabaje bien en equipo	1	2	3	4					
28. Mis compañeros de trabajo son competentes para hacer su labor	1	2	3	4					
29. Mis compañeros de trabajo se interesan en mí a nivel personal	1	2	3	4					
30. Mis compañeros de trabajo son amigables	1	2	3	4					
31. Mis compañeros de trabajo ayudan a que el trabajo se realice	1	2	3	4					
32. ¿Su jefe es amable?	1	2	3	4					
33. ¿Su jefe aprecia lo que usted hace?	1	2	3	4					
34. ¿Sus compañeros son amables?	1	2	3	4					
35. ¿Sus compañeros aprecian lo que usted hace?	1	2	3	4					
36. Mi jefe es comprensivo	1	2	3	4					
37. Mi jefe es demasiado exigente	1	2	3	4					
38. Mis compañeros son desagradables	1	2	3	4					
39. Mis compañeros son buenos	1	2	3	4					
40. Siempre cuento con todas las herramientas que necesito para realizar mi trabajo	1	2	3	4					
41. Las maquinas, herramientas o equipo con el que trabajo frecuentemente se descomponen o funcionan incorrectamente	1	2	3	4					
42. En mi trabajo existen los materiales y el personal necesario para cumplir con las exigencias laborales	1	2	3	4					
	1	No, Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Estoy de acuerdo	4	Si, Completamente de acuerdo	
43. Actualmente no hay disponibles algunos de los recursos (sean material o de equipo) que se necesitan para hacer mi trabajo	1	2	3	4					
44. Son claras para mí todas las obligaciones y responsabilidades que me corresponden en mi puesto	1	2	3	4					
45. Frecuentemente dudo cuáles son las funciones que debo desempeñar exactamente en mi trabajo	1	2	3	4					
46. Conozco perfectamente lo que me toca y no me toca hacer en mi trabajo	1	2	3	4					
47. Conozco la calificación que la empresa tiene de mi desempeño	1	2	3	4					
48. Frecuentemente en mi trabajo me dicen “como voy” y me dan retroalimentación	1	2	3	4					
49. Nunca me han dicho si mi trabajo es “bueno” o “malo”	1	2	3	4					
50. Actualmente desconozco lo que piensan en la empresa respecto a mi desempeño	1	2	3	4					
51. En mi trabajo hay falta reconocimiento por el buen desempeño	1	2	3	4					
52. Nunca se reconoce mi trabajo	1	2	3	4					
53. En mi trabajo toman en cuenta mi esfuerzo	1	2	3	4					
54. En mi trabajo siempre se valoran mis logros y aportaciones	1	2	3	4					
55. Pienso que en mi trabajo exageran con los castigos por ser impuntual	1	2	3	4					
56. En mi trabajo todo el tiempo me presionan y vigilan de una manera desagradable	1	2	3	4					
57. No me gusta la forma en que me piden las cosas en el trabajo	1	2	3	4					
58. Creo que las reglas y normas que deben cumplir los empleados en la empresa son muy exageradas	1	2	3	4					
59. En mi trabajo me presionan para hacer cosas que no me gustan o en las no estoy de acuerdo	1	2	3	4					
60. Siento que en mi trabajo me quieren controlar demasiado	1	2	3	4					
61. Me gustaría sentirme más libre en mi trabajo	1	2	3	4					
62. ¿Se describe usted como una persona relajada?	1	2	3	4					
63. Cuando usted se enoja, ¿lo nota la gente a su alrededor?	1	2	3	4					
64. Realiza habitualmente dos cosas a la vez	1	2	3	4					
65. Come usted rápido, camina usted rápido	1	2	3	4					
66. Cuando va en su automóvil o caminando y delante de usted va una persona más lenta, ¿la rebasa inmediatamente y le hace ver su lentitud? (ya sea que le dice algo o le toca el claxon)	1	2	3	4					

67. Cuando va a un supermercado y la cola es grande ¿puede esperar tranquilamente sin desesperarse?	1	2	3	4				
68. Generalmente soy una persona exaltada	1	2	3	4				
69. Generalmente me enojo muy fácilmente	1	2	3	4				
70. Generalmente tengo un humor colérico	1	2	3	4				
71. Siempre controlo mis impulsos cuando estoy en una discusión	1	2	3	4				
72. Generalmente puedo controlar mis emociones	1	2	3	4				
73. Soluciono todos los problemas de mi trabajo con rapidez	1	2	3	4				
74. En mi trabajo, trato de prevenir antes que sucedan los problemas	1	2	3	4				
75. Ante las interrupciones o problemas en mi trabajo, reacciono con serenidad	1	2	3	4				
76. Si hubiese un problema técnico en mi trabajo, sería capaz de tomar las medidas pertinentes para solucionarlo	1	2	3	4				
77. Puedo reaccionar ante situaciones perturbadoras en mi trabajo, rápida y correctamente	1	2	3	4				
78. En este momento siento que puedo cumplir con las exigencias de mi trabajo	1	2	3	4				
79. Gracias a mis cualidades y experiencia puedo superar situaciones imprevistas en mi trabajo	1	2	3	4				
80. Venga lo que venga en mi trabajo, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4				
81. Tengo confianza en mis capacidades para manejar eficazmente cualquier acontecimiento en mi trabajo	1	2	3	4				
82. Mi futuro en mi trabajo depende de mis acciones	1	2	3	4				
83. El éxito en mi empleo depende de mi	1	2	3	4				
84. Mi vida esta determinada por mi	1	2	3	4				
85. Llegar a tener dinero suficiente depende de mi	1	2	3	4				
86. Mis logros dependen de que tanto yo luche por ellos	1	2	3	4				
1	No, Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Estoy de acuerdo	4	Si, Completamente de acuerdo	
87. Obtener lo que quiero depende de mi esfuerzo y habilidades	1	2	3	4				
88. Me va bien en la vida porque me lo propongo	1	2	3	4				
89. Yo soy el responsable de lo bueno que me pase en mi trabajo	1	2	3	4				
90. Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mi	1	2	3	4				
91. Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones y capacidades	1	2	3	4				
92. Actualmente encuentro agradable mi trabajo	1	2	3	4				
93. Actualmente realizo mi trabajo muy a gusto	1	2	3	4				
94. Actualmente estoy interesado en mi trabajo	1	2	3	4				
95. Mi trabajo me gusta	1	2	3	4				
96. Actualmente considero mi trabajo muy placentero	1	2	3	4				
97. Actualmente mi trabajo me produce satisfacción	1	2	3	4				
98. Mi trabajo es importante	1	2	3	4				
99. Mi trabajo requiere de gran responsabilidad	1	2	3	4				
100. Mi trabajo es retador	1	2	3	4				
101. Mi trabajo me inspira	1	2	3	4				
102. Estoy entusiasmado sobre mi trabajo	1	2	3	4				
103. Estoy orgulloso del trabajo que hago	1	2	3	4				
104. Mi trabajo esta lleno de significado y propósito	1	2	3	4				
105. Actualmente trabajo a disgusto	1	2	3	4				
106. Por momentos siento repugnancia por el trabajo	1	2	3	4				
107. En este momento estoy hartado del trabajo	1	2	3	4				
108. Continúo trabajando pero sin interés	1	2	3	4				
109. Actualmente trabajo sin ganas	1	2	3	4				
110. Actualmente este trabajo me enoja	1	2	3	4				
111. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	1	2	3	4				
112. He perdido entusiasmo por mi trabajo	1	2	3	4				
113. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	1	2	3	4				
114. Me he vuelto más cínico con respecto a la utilidad de mi trabajo	1	2	3	4				

115. Actualmente mi trabajo es muy agotador	1	2	3	4
116. Actualmente las pequeñas interrupciones hacen que enseguida me ponga nervioso	1	2	3	4
117. Necesito de más energía para realizar mi trabajo	1	2	3	4
118. Siento miedo ante determinadas situaciones laborales	1	2	3	4
119. Para poder continuar con el trabajo tengo que reponerme del cansancio	1	2	3	4
120. Me siento totalmente exhausto	1	2	3	4
121. Actualmente me siento presionado y desgastado	1	2	3	4
122. La mas pequeña interrupción me pone intranquilo	1	2	3	4
123. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto	1	2	3	4
124. Estoy consumido al final de un día de trabajo	1	2	3	4
125. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	1	2	3	4
126. Trabajar todo el día es una tensión para mí	1	2	3	4
127. Estoy quemado por el trabajo	1	2	3	4
128. En mi trabajo me siento lleno de energía	1	2	3	4
129. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	1	2	3	4
130. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	1	2	3	4
131. Soy muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4
132. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo	1	2	3	4

SECCION III.

Por favor lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una “X” en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas que son de salud se refieren exclusivamente a las molestias en las últimas semanas.

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho Peor que antes	
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	

5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
6. ¿Se despierte demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
7. ¿Al despertar se siente cansado?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
8. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aun para comer?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
9. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
10. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
11. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
12. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
13. ¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
14. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
15. ¿Se tarda mas en hacer las cosas?	Menos que antes	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
16. ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho Peor que antes	
17. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
18. ¿Ha sentido que esta jugando con un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
19. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
20. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
21. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
22. ¿Ha perdido confianza y fe en si mismo?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
23. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
24. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
25. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
26. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No	No creo	Alguna vez	Sí	
27. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No	No creo	Alguna vez	Sí	
29. Ha sentido la sensación de falta de aire al hacer un esfuerzo como subir escaleras	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
30. Hinchazón, ya sea en las piernas, pies, tobillos o rodillas	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
31. Palpitaciones rápidas	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
32. Sensación de que “se le voltea el corazón”	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	

			Veces		
33. Dolor en el pecho	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
34. Dolores de cabeza	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
35. Zumbidos en los oídos	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
36. Ha visto manchitas brillantes o lucecitas	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
37. Ha sentido debilidad repentina, siente desmayarse	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
38. Ha sentido dolor al caminar que lo ha llevado a cojear o a pararse	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
39. Ha visto que tiene varices	No	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	
40. ¿Qué tan estable es su empleo?	Regular y estable	Temporal	Hay despidos frecuentes	Es temporal y hay muchos despidos frecuentes	
41. Durante el último año ¿con qué frecuencia estuvo en situación de que le despidieran?	No estuve en esa situación	Pocas Veces	Algunas veces	Frecuentemente	
42. Algunas veces la gente pierde su empleo a pesar de querer conservarlo. ¿Qué tan probable es que usted pierda su empleo en los próximos dos años?	Nada Probable	Poco probable	Algo probable	Muy probable	

ESO ES TODO, GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 2

Protocolo de medición de presión arterial

Protocolo de medición de presión arterial.

Folio	Nombre	Locación Típica (dónde encontrarlo)	Posición (típica en el trabajo)	1er SET Toma	Hora	Pulso	Sist.	Diast.	Prom 1 set	2° SET Toma	Hora	Pulso	Sist.	Diast.	Prom 2set
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					
				1a						1a					
				2a						2a					

