



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

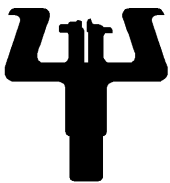
**RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT
Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
EN ODONTÓLOGOS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ANA LAURA ESTELA ZÚÑIGA CHÁVEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO

REVISORA: MTRA. MARÍA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO

ESTA INVESTIGACIÓN ES PARTE DEL PROYECTO PAPIIT IN302806
DE DGAPA, UNAM



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



AGRADEZCO

A DIOS:

Por haber permitido mi existencia al lado de la maravillosa familia a la que pertenezco, por estar conmigo en aquellos momentos que necesité fuerza, seguridad, paz, apoyo y estabilidad; y sobre todo, por haberme dado la capacidad y sabiduría necesaria para culminar satisfactoriamente esta hermosa etapa de mi vida.

A MIS PAPAS:

María de Lourdes, por haberme dado la vida, por darme tu amor, apoyo, cariño, confianza y comprensión en todo momento; por ayudarme a salir adelante y a ser mejor cada día, por todos los consejos que me han orientado en la vida, por ser mi guía, mi motivación y ejemplo a seguir; pero sobre todo por enseñarme a ser fuerte y a luchar y superar todos los obstáculos de la vida sin importar lo difícil que estos sean. Gracias por ser mi amiga y la mejor mamá que pueda existir, por ti soy quien soy y siempre quiero mejorar.

Ricardo, por haberme dado la vida e instruirme en ella, por todas tus experiencias y consejos compartidos, los cuales me han ayudado a orientarme por el camino de la vida, gracias por haberme inculcado el cariño y deseo de preparación, y por estimularme a tomar riesgos en la vida.

A MIS HERMANOS:

Ricardo, por todos los momentos compartidos, por tus consejos, por ayudarme cuando así lo necesité, por ayudarme a no ver como imposible este momento y por enseñarme a salir adelante ante cualquier dificultad y por llevarme a CV en tu chevy.

Sergio, por tu apoyo incondicional, ayuda, cuidado y protección, por tus sabios consejos, por instruirme y orientarme en la vida, e inculcarme los deseos de superación, y por enseñarme a ser mejor y a no conformarme.

Carlos, por compartir tantos momentos agradables conmigo, por ayudarme a sonreírle a la vida, por todos tus conocimientos brindados, muchos de los cuales me ayudaron a realizar este trabajo; y por ofrecerme tu ayuda y apoyo incondicional.

Jessica, por ser más que una hermana, por ser mi mejor amiga y mi confidente, por apoyarme en todo momento, por todos los momentos compartidos y por irradiar con ellos mi vida de una inmensa alegría y satisfacción.



A MIS ABUELOS:

Enriqueta Carrasco y Gabriel Chávez, por ser un gran ejemplo a seguir, por su enorme ayuda y generosidad brindada no sólo a mi sino a mi familia entera, gracias a ustedes hemos podido salir adelante todos nosotros, gracias por su apoyo, cariño y cuidados brindados, gracias por estar pendiente de nosotros en cada momento, por abrimos su corazón y por ser unas excelentes personas y unos magníficos abuelos.

A MIS TÍOS Y PRIMOS:

Agradezco a cada uno de ustedes por influir de cierta forma en mí, por todo su apoyo y ayuda brindada, y por todos los momentos compartidos que me han dejado una gran alegría, pero en especial agradezco a mis tíos padrinos Lina y José por ver siempre por mi bienestar y el de mi familia.

A la memoria de Mony quien lleno mi vida de buenos momentos con su ternura y alegría incondicional.

No cabe duda que todos ustedes son un pilar fundamental en mi vida y lo más valioso de ella. No existen palabras que puedan expresar todo lo que significan para mí, ni palabra alguna que pueda expresar todo mi agradecimiento, ustedes son mi mayor aliento y motivación en la vida y gracias a todos ustedes he logrado escalar un peldaño más en ella; gracias por estar conmigo, por su ayuda, apoyo y por haber creído en mí, por ustedes soy quien soy y siempre trataré de mejorar, por eso y muchas cosas más... mi más sincero y profundo agradecimiento.

Ana Laura Estela Zúñiga Chávez



AGRADEZCO

A MI UNIVERSIDAD:

La Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por abrirme sus puertas desde el nivel medio superior, y por otorgarme la enorme satisfacción de estudiar en la Facultad de Psicología, al lado de los mejores maestros y así obtener la mejor de las formaciones, gracias a lo cuál de ahora en adelante formo parte de los profesionales que engrandecen tu nombre y es por ello que hoy...

“Por mi raza hablará el espíritu”

AL DR. JESÚS FELIPE URIBE:

Por su valiosa dirección, por su gran paciencia, ayuda y apoyo brindado en la realización de este estudio; por ofrecerme su entera confianza y permitirme trabajar al lado suyo, otorgándome con ello una gran satisfacción; sin usted la elaboración de la presente tesis no hubiese tenido lugar.

A MIS PROFESORES:

Por que fueron la parte vital de mi formación académica, ya que sin ustedes no tendría los valiosos conocimientos que ahora poseo, pero sobre todo gracias al Dr. Jorge Rogelio Pérez, quien con toda su sabiduría y enseñanza ayudó a despertar en mi el gusto por la psicología clínica y ayudó a que tuviera una enorme pasión por mi profesión.

A MIS SINODALES:

María de la Luz Javiedes, Alejandra García, Carmen Gerardo y Mirna Ongay, por su profesionalismo, experiencia y tiempo brindado en la revisión de este trabajo, agradezco en gran manera todos sus comentarios y sugerencias.



A MIS AMIGOS:

Gracias a todos ustedes por su ayuda, cariño y apoyo, pero en especial gracias a Ana Laura, Blanca, Gabriela, Lourdes, Maricela y Viridiana por estar al lado mío durante toda la carrera, y por hacer más fácil y divertido el recorrido; gracias por todos los momentos compartidos durante esta hermosa etapa de mi vida, por su gran amistad, ayuda, cariño, comprensión y apoyo incondicional; y gracias a Anabell y Marco por haberme brindado su valiosa amistad, confianza y apoyo, y por haber iluminado con su alegría mis últimos meses en la facultad. Les doy las gracias a todos ustedes por ser excelentes amigos y estar conmigo en todo momento.

Y gracias a Liliana J., Pamela L. y Mariana S., por ayudarme a enriquecer esta tesis con su valioso apoyo en la recolección de datos.

Este trabajo está dedicado a cada uno de ustedes por que de una u otra forma han influido en mi vida y ayudaron a hacer esto posible.

Ana Laura Estela Zúñiga Chávez



Índice



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA Y SALUD	2
LA PSICOLOGÍA DEL TRABAJO	3
BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA DEL TRABAJO	3
<i>Definición de la Psicología del trabajo</i>	5
<i>Objetivo de la Psicología del Trabajo</i>	6
SALUD Y ENFERMEDAD	6
RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO SALUD Y ENFERMEDAD	6
<i>Modelo Biomédico</i>	13
<i>Modelo Biopsicosocial.....</i>	13
PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	14
<i>Definición de la Psicología de la Salud.....</i>	16
<i>Importancia de la psicología de la salud y áreas de aplicación.....</i>	17
<i>Psicología de la Salud en México.....</i>	18
<i>Áreas relacionadas con la psicología en la Salud.....</i>	18
TRABAJO Y SALUD.....	22
SALUD OCUPACIONAL.....	24
FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.....	25
CAPÍTULO 2. ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT.....	28
ESTRÉS	29
DEFINICIÓN DE ESTRÉS	31
TIPOS DE ESTRÉS	33
FUENTES DE ESTRÉS	34
RESPUESTAS DE ESTRÉS.....	35
MODELOS DEL ESTRÉS.....	38
ESTRESORES PSICOSOCIALES	39
VARIABLES MODERADORAS DEL ESTRÉS	40
ESTRÉS LABORAL	42
ESTRESORES LABORALES	43
FUENTES DE ESTRÉS LABORAL	44
MODELOS DEL ESTRÉS LABORAL	47
CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL.....	50
MOTIVOS DEL INCREMENTO DEL ESTRÉS LABORAL.....	51
SÍNDROME DE BURNOUT	52
HISTORIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	52
DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	54
DIMENSIONES DEL BURNOUT	56
APROXIMACIONES TEÓRICAS.....	57
BURNOUT Y SUS FASES: MODELOS DE SUS FASES	58
CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	61
SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	63
CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	64
MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	64
BURNOUT Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	66
INTERVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	69



<i>Estrategias de intervención a nivel organizacional</i>	69
<i>Estrategias de intervención a nivel grupal e interpersonal</i>	70
<i>Estrategias de intervención a nivel individual</i>	70
CAPÍTULO 3. ELECCIÓN PROFESIONAL Y ODONTOLOGÍA	73
ELECCIÓN DE LA OCUPACIÓN PROFESIONAL	74
TEORÍA DE LA ELECCIÓN OCUPACIONAL DE HOLLAND	75
PROFESIONES DE SERVICIO	79
ODONTOLOGÍA	80
ODONTÓLOGO	80
TRASTORNOS FÍSICOS.....	82
<i>Lesiones Músculo esqueléticas</i>	82
<i>Alteraciones en la piel</i>	84
<i>Adquisición de enfermedades</i>	84
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.....	85
<i>Estrés</i>	85
<i>Depresión</i>	88
<i>Síndrome de Burnout</i>	88
ESTADO DE SALUD EN GENERAL	91
CAPÍTULO 4. MÉTODO	94
JUSTIFICACIÓN.....	95
OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.....	95
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	96
HIPÓTESIS.....	96
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	96
<i>Definición Conceptual</i>	96
<i>Definición operacional</i>	97
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	98
MUESTRA.....	98
SUJETOS	98
INSTRUMENTO	99
PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	100
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	101
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	102
ESTADÍSTICA INFERENCIAL	113
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	131
REFERENCIAS	145
ANEXOS.....	152



Resumen

En las últimas décadas el Síndrome de Burnout ha despertado un gran interés dentro de la psicología de la salud, ya que este representa una amenaza para la salud de los trabajadores y para la salud de las organizaciones; debido a que el deterioro que genera sobre la salud física y psicológica de los trabajadores repercute sobre el trabajo que realiza, sobre la persona a la que presta un servicio y sobre la organización en la que labora. Éste Síndrome es una respuesta inadecuada ante el estrés laboral crónico, cuya expresión consiste en tres dimensiones: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud despersonalizada en el trato con los demás, y un sentimiento de inadecuación ante las tareas que se deben realizar; el cual surge al fallar las técnicas de afrontamiento para manejar los estresores y se puede desarrollar en aquellas profesiones que mantienen un contacto o interacción constante con personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.).

Los Odontólogos son un sector importante de trabajadores que pueden desarrollar el síndrome de Burnout (población poco estudiada en México), por las características propias de su trabajo, por tal motivo el objetivo del presente estudio fue identificar la relación existente entre el síndrome de burnout con algunas variables sociodemográficas en los odontólogos (estudiantes y profesionistas en activo), con la finalidad de detectar las características particulares que los hacían más vulnerables a padecer este síndrome, para posteriormente tomar medidas preventivas e interventivas en estos profesionales.

El estudio estuvo conformado por 518 Odontólogos mexicanos (tanto estudiantes como profesionistas en activo), de diversas Facultades de Odontología y consultorios del Distrito Federal. Para Medir el síndrome se empleó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), elaborada por el psicólogo mexicano Felipe Uribe Prado, la cual es considerada el primer instrumento que mide este síndrome para la población Mexicana. Para analizar la información se realizaron análisis de varianza de una vía entre el Síndrome de Burnout, Trastornos Psicósomáticos y Variables Sociodemográficas, con la finalidad de identificar las diferencias entre los grupos de variables. De igual forma se llevaron a cabo correlaciones entre las variables de Síndrome de Burnout y las Variables Sociodemográficas para detectar si existían relaciones entre ellas. Por otro lado para detectar en nivel de prevalencia del Síndrome de Burnout que tenían estos profesionistas se utilizó el modelo de fases de Leiter y Maslach (1988).

Se encontró que en efecto existe una relación entre algunas variables sociodemográficas de los odontólogos estudiados con el Síndrome de Burnout; más aún, se encontró un perfil de riesgo en los odontólogos mexicanos para padecer el Síndrome de Burnout, el cual sería: ser mujer, joven (18-20 años), estudiante y no tener pacientes fuera de la escuela, sin hijos o con un hijo, tener poco tiempo con una pareja, tener pocas y malas relaciones (con su pareja, amigos, familia, compañeros de trabajo y pacientes), tener pocas horas de descanso y pocas actividades, poseer pocos ingresos, no conocer todo lo que implica el ejercicio odontológico, no poseer las habilidades necesarias para ejercer la profesión, tener poca experiencia dentro del campo de trabajo, tener dificultades financieras, poseer de 3 a 4 pacientes, tener muchas cancelaciones de citas, estar inmersos dentro de un mal ambiente de trabajo. Asimismo se encontró que en estos odontólogos prevalencia un alto nivel de burnout (la mayoría de ellos se encontraban quemados).



Introducción

El presente trabajo de tesis tuvo como finalidad el encontrar la relación existente entre el Síndrome de Burnout con algunas Variables Sociodemográficas en una muestra de Odontólogos (tanto estudiantes como profesionistas en activo) del distrito federal. Por tal cuestión consideré factible para su comprensión conformarla de la siguiente forma:

Capítulo uno titulado Psicología y Salud, comprende una breve reseña histórica tanto de la psicología del trabajo, como del estudio de la salud y de la enfermedad, se presentan los dos modelos del proceso salud enfermedad, así como la definición de la salud, el trabajo y la salud ocupacional. Por otro lado se presenta como se da el surgimiento de la psicología de la salud y cuales son los factores psicosociales en el trabajo.

Capítulo dos titulado Estrés y Burnout, contiene un amplio estudio de estos dos temas de suma importancia para la psicología del trabajo y la psicología de la salud. La cronicidad del primero de ellos trae como resultado que los trabajadores presenten el segundo. Por tal motivo este capítulo está integrado por reseñas históricas, definiciones, modelos, fuentes, síntomas, consecuencias, y algunas estrategias de intervención de estos dos fenómenos que afectan la salud de los individuos.

Capítulo tres titulado Elección Profesional y Odontología, en él se presenta una de las teorías de la elección profesional, la cuál de cierta forma ayuda a explicar el por qué los Odontólogos eligieron estudiar esa carrera. Por otra parte se exponen las características de la Odontología, así como algunos trastornos a los que están expuestos éstos Odontólogos (tanto los estudiantes como los profesionistas en activo) por las características de su labor.

El capítulo cuatro, esta conformado por toda la metodología que hizo posible la realización de la presente tesis. Contiene la justificación de ésta, el objetivo de investigación, el planteamiento del problema, el diseño de investigación, las características de la muestra de Odontólogos estudiada y el procedimiento y el tratamiento estadístico que se llevó a cabo.

Capítulo cinco, se conforma por todos los resultados obtenidos con la muestra de Odontólogos estudiada. Contiene resultados tanto de estadística descriptiva como de estadística inferencial.

Capítulo seis, contiene la discusión y las conclusiones de los resultados obtenidos por la presente tesis, en la cuál se hace referencia de que en realidad existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout con algunas Variables Sociodemográficas en los Odontólogos, como el sexo, la edad, los años con la pareja, el número de hijos, el nivel de estudios, el número de pacientes que atienden al día, las dificultades que tienen con sus pacientes, el ingreso mensual que obtienen, el ambiente de trabajo en el que se encuentran, y la convivencia que tiene con sus amigos y familia, entre otras.



Capítulo 1 Psicología y Salud

La riqueza consiste mucho más en el disfrute que en la posesión (Aristóteles).



En el presente capítulo se presenta una breve reseña histórica de la psicología del trabajo, rama de la psicología encargada del estudio de la conducta del ser humano en su dimensión individual y social, dentro de las instituciones relacionadas con el trabajo. Asimismo se presenta una breve reseña histórica del estudio de la salud y de la enfermedad, dos de las preocupaciones constantes de el ser humano, ya que son cualidades inherentes a su naturaleza y a su supervivencia; de igual forma se exponen dos de los modelos más importantes que explican de cierta forma, los elementos determinantes de la salud y la enfermedad, o sea el modelo biomédico y el biopsicosocial; siendo éste último el cuál abrió el camino al estudio de los factores psicológicos y sociales que intervienen en la salud y en la enfermedad. Consecutivamente se expone el surgimiento y la definición de la psicología de la salud (dada por el cuestionamiento del modelo biomédico); así como su importancia y las áreas de aplicación de ésta.

Finalmente, debido a que uno de los escenarios más importantes e influyentes de la vida humana es el trabajo, se expone su definición, así como la relación que tiene con la salud, posteriormente se presenta el surgimiento, la definición y el quehacer de la salud ocupacional, la cual trata de identificar, eliminar, intervenir o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial sobre la salud de los trabajadores; y posteriormente se presentan los factores psicosociales en el trabajo, interacciones existentes entre el trabajo y las capacidades del trabajador, las cuales pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo.

PSICOLOGÍA DEL TRABAJO

Breve historia de la Psicología del trabajo

La psicología del trabajo tuvo sus orígenes en los primeros años del siglo XX, cuando por primera vez algunos psicólogos en Estados Unidos y en Europa trataron de aplicar los nuevos conocimientos psicológicos al campo del trabajo, los negocios y las ventas (Alcocer, Martínez, Rodríguez y Domínguez, 2004).

Los psicólogos que protagonizaron la primera aproximación de la Psicología al estudio del Trabajo a comienzos del siglo XX, adoptaron un enfoque *Individual, Personalista*, ya que se centraron en el análisis de las variables individuales, como la personalidad, inteligencia, habilidades, y las aptitudes, etc., las cuales influían o de cierta forma se encontraban implicadas en el comportamiento laboral (como en la motivación, satisfacción laboral, el liderazgo, etc.), para ello utilizaron un enfoque *experimental* y sus teorías y conceptos tenían su origen principalmente en la Psicología Diferencial (Alcocer et al., 2004).

Dos psicólogos son considerados como los principales fundadores del área de la psicología del trabajo, o como los padres de la misma: Walter Dill Scott y Hugo Münsterberg (citados en Spector, 2002), ambos fueron psicólogos experimentales y



profesores universitarios, los cuales se involucraron en aplicar la psicología a los problemas de las organizaciones. Scott inicia la psicología industrial el 20 de diciembre de 1901 al pronunciar un discurso en el cuál analiza la posibilidad de aplicar los principios de la psicología al campo de la publicidad, tiempo después en 1903 publica la obra “The Theory of Advertising”, el primer libro que trata aspectos relacionados de psicología con el mundo laboral; Münsterberg en 1913 publica el libro “The Psychology of Industrial Efficiency”, en el cuál habla de la psicología del trabajo en una forma más amplia, al tratar temas como la economía de movimientos, el ajuste a las condiciones físicas, el aprendizaje, la fatiga, la compra, la monotonía y la venta (Blum, 1977; Schultz, 1991; y Spector, 2002).

Otra influencia importante en la psicología del trabajo fue el trabajo realizado por Frederick Taylor (citado en Spector, 2002), ingeniero que a finales del siglo XIX e inicios del XX estudió la productividad de los empleados, y desarrolló lo que denominó Scientific Management (Administración científica) el cuál fue un acercamiento al control de la productividad de los empleados en las fábricas, en éste proponía recompensar a los empleados por su productividad, capacitarlos con cuidado, seleccionarlos de acuerdo con las características relacionadas al desempeño de su puesto, dividir equitativamente el trabajo más adecuado entre jefes y empleados, analizar con cuidado cada puesto para encontrar la manera más óptima para realizar cada tarea, etc.

Tiempo después, otra aportación a la psicología del trabajo vino del campo de la ingeniería mediante Frank y Lillian Gilbreth (citados en Spector, 2002), un equipo de esposos que se dedicó a estudiar las formas más eficientes de realizar las tareas. Ellos combinaron la ingeniería y la psicología al analizar las maneras en que los trabajadores desarrollaban las tareas. Su mayor contribución al campo de la psicología laboral fue su estudio de tiempos y movimientos, el cuál consistía en medir los movimientos de las personas y tomar los tiempos de su realización con el fin de poder desarrollar formas más eficientes de trabajo.

La Primera y Segunda guerra Mundial tuvieron un gran efecto en el surgimiento de la Psicología del Trabajo, de hecho muchos marcan el nacimiento de esta disciplina con la petición de ayuda del ejército estadounidense durante la primera guerra mundial. (Schultz, 1991). En la Primera Guerra Mundial, varios psicólogos norteamericanos dirigidos por Robert Yerkes ofrecieron sus servicios a la armada, siendo su logro más famoso el conjunto de pruebas de capacidad mental *Army Alpha* y *Army Beta*, y debido a que uno de los mayores problemas del ejército era el colocar a los nuevos reclutas dentro de los trabajos para los cuales eran más aptos, los psicólogos utilizaron esas pruebas para resolver el asunto, logrando con ello la primera aplicación a gran escala de pruebas psicológicas para ubicar a las personas en el trabajo. En la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos trabajaron con problemas tales como: la selección de los reclutas, la ubicación en diferentes puestos, la capacitación moral, la evaluación del desempeño, el trabajo en equipo y el diseño de equipos de trabajo (Spector, 2002).

Sin lugar a dudas cada una de las dos guerras tuvo un gran efecto en la Psicología del trabajo, pero de una manera diferente, ya que mientras la Primera Guerra Mundial contribuyó a formar la profesión y le otorgó una aceptación social, la Segunda Guerra Mundial ayudó a desarrollarla y a refinarla. Dentro de la siguiente época en la historia de la



psicología del Trabajo hubo una evolución de la disciplina en subespecialidades, y se lograron niveles altos dentro del rigor científico y académico (Muchinsky, 2002).

En 1924 se iniciaron en la fábrica de Western Electric en Hawthorne los primeros programas de investigación del personal, estos estudios dieron las bases y el impulso para la expansión de la psicología laboral más allá del campo de la selección, la colocación y las condiciones laborales, para pasar a estudiar las motivaciones y las relaciones humanas dentro de la organización. En éste estudio se trataba de encontrar la relación entre la iluminación y la eficiencia de los trabajadores; sin embargo revelaron aspectos de la conducta humana en el trabajo que nunca antes habían sido reconocidos. Mediante estos estudios se demostró el influjo que las variables sociopsicológicas tienen sobre el comportamiento del trabajador y se demostró la enorme complejidad del problema de la producción, relacionado con la eficiencia (Blum y Naylor, 1977; Muchinsky, 2002; y Schultz, 1991).

A partir de la década de los años treinta y cuarenta, se incorporaron nuevos enfoques y teorías en el estudio del trabajo debido a la influencia de la Psicología Social; de igual forma se comprobó que el comportamiento laboral se encontraba muy influido por factores interpersonales, grupales y organizacionales. Por otro lado, el enfoque *individual* se relega a aspectos del comportamiento laboral y a procesos organizacionales limitados como: el estudio de la fatiga o los procedimientos de selección de personal (Alcocer et al., 2004).

En la década de los cincuenta se da la maduración de la Psicología Social y se incorporan al estudio del trabajo enfoques y teorías procedentes de la Sociología, confluyendo en un nuevo campo denominado Psicología del Trabajo, enfoque en el cuál se le da una mayor importancia a los factores organizacionales e institucionales y a su influencia en el comportamiento (Alcocer et al., 2004).

En la actualidad la Psicología del Trabajo está integrada por dos enfoques: la Psicología Diferencial y la Psicología Social (Alcocer et al., 2004).

Definición de la Psicología del trabajo

La Psicología del Trabajo es aquella área de la psicología, la cual se encarga de estudiar la conducta del ser humano en sus dimensiones individual y social dentro de las instituciones relacionadas con el trabajo, intentando comprender y solucionar los problemas que se presenten dentro de ese contexto y aplicando los métodos, acontecimientos y principios de la psicología a los individuos dentro del trabajo. Estudia las conductas y las experiencias de las personas desde una perspectiva individual, interpersonal-grupal y organizacional-social en contextos relacionados con el trabajo (Alcocer et al., 2004; Blum y Naylor, 1977; Rodríguez, 2001; Schultz, 1991).



Objetivo de la Psicología del Trabajo

El objetivo de la Psicología del Trabajo es describir, explicar y predecir los fenómenos psicosociales que tienen lugar dentro de estos contextos, así como prevenir y solucionar los posibles problemas que surjan. Su último objetivo consiste en mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores, la productividad y la eficacia laboral; incrementar el rendimiento y la calidad; así como también lograr una disminución del desperdicio, ausentismo, accidentes y distracciones laborales, etc. Otra de las funciones de la Psicología del Trabajo es intervenir en los conflictos laborales que se presenten (Alcocer et al., 2004; Matrajt, 1994).

Siguiendo a Schultz (1991), el máximo reto de la Psicología del Trabajo es humanizar el trabajo y mejorar la calidad de vida laboral, procurando que el trabajo sea interesante y que el trabajador goce de autonomía y participe en la toma de decisiones.

Debido a que uno de los objetivos de la Psicología del Trabajo es prevenir y solucionar los posibles problemas que surjan dentro del trabajo, y ya que muchos de ellos repercuten en la salud de los trabajadores, en el siguiente apartado del presente capítulo, nos enfocaremos en el estudio de la salud y la enfermedad; para posteriormente adentrarnos a la relación entre el trabajo y la salud.

SALUD Y ENFERMEDAD

El estudio de la salud y de la enfermedad ha sido una preocupación constante para el ser humano, ya que son cualidades inherentes a su naturaleza y a su supervivencia. Es por ello que históricamente han existido varias aproximaciones que han abordado su estudio; sin embargo todas ellas coinciden en que la salud es un estado de bienestar, equilibrio, armonía o equidad, y han dejado todo lo opuesto a la enfermedad.

Para poder tener una mejor comprensión de cómo el concepto de salud y enfermedad ha ido cambiando con el tiempo, se mostrará a continuación una breve reseña histórica de su evolución.

Reseña histórica del concepto salud y enfermedad

El concepto de salud y enfermedad en el mundo antiguo

En Egipto

Los egipcios vivían pensando en la muerte, ellos creían que su vida terrenal era una imagen fugaz del espectro que sería su vida eterna y asumían que nacían de una compleja



interacción de fuerzas materiales y espirituales dispuestas por los dioses (Vega-Franco, 2002).

La enfermedad y la muerte para ellos eran dos condiciones propias de la naturaleza humana, ya que para ellos tanto la salud como la enfermedad solamente eran manifestaciones de sucesos metafísicos originados por causas externas. Ellos creían que la enfermedad y la muerte ocurrían debido a fuerzas extrañas, efectuadas por objetos inanimados, los cuales podían ser tanto seres vivos como espíritus demoníacos (Vega-Franco, 2002).

Pensaban que la vida y la muerte entraban por un soplo, en donde el soplo de la vida entraba por la oreja derecha y el de la muerte por la oreja izquierda. Decían que con el soplo de la muerte se rompía la armonía entre la parte material y espiritual del hombre. Entre estos dos extremos de la vida y la muerte, la salud dependía de la interacción armónica de las fuerzas de la materia y del espíritu; y la gravedad de la enfermedad, del grado en que la armonía era alterada (Vega-Franco, 2002).

En Mesopotamia

Ellos pensaban que las enfermedades eran un castigo que los dioses les imponían a los hombres que llegaban a quebrantar sus normas; además tenían la creencia de que algunas enfermedades podían ser causadas tanto por maleficios de algunas personas o por el capricho de algunos demonios, por lo cuál, para poder recuperar su salud tenían que reestablecer la armonía entre el dios que estaba ofendido y el hombre que había sido pecador. Dependiendo de la enfermedad, el individuo era sometido a ritos religiosos o a exorcismos y brujerías; estas ideas y actos aún permanecen dentro del inconsciente colectivo (Vega-Franco, 2002).

En China

En el siglo VI a. C. consideraban que la naturaleza estaba constituida de cinco elementos (agua, tierra, fuego, metal y madera), además pensaban que todo en la naturaleza dependía de la interacción de dos fuerzas bipolares: el ying y el yang. El ying poseía todos aquellos atributos de lo femenino, oscuro, pasivo, misterioso y demoníaco, y el yang los atributos de lo masculino, brillante, activo, claro y benéfico; del balance entre los atributos de estas dos fuerzas dependía la salud y la vida, o el padecimiento de alguna enfermedad, en donde el exceso del yin conducía a enfermedades agudas, secas y calientes; mientras que el exceso del yang daba lugar a enfermedades crónicas, frías y húmedas. Además ellos consideraban que la salud estaba vinculada a un ente inmutable y eterno llamado Tao, y que la enfermedad era un fenómeno natural. Así mismo, para ellos la mente y al cuerpo estaban esencialmente unidos, por lo cuál la salud estaba influida por todas aquellas conductas y emociones del ser humano (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; y Vega-Franco, 2002).

Ellos consideraban a los cinco elementos como agentes activos, y los asociaban con los puntos cardinales, con los cinco colores primarios, con cinco animales y con las cuatro



estaciones del año. El simbolismo de esta concepción definía el rumbo del hombre, pero la salud o la enfermedad de los humanos dependía de la interacción equilibrada entre estos elementos y de la armonía entre las fuerzas del ying y el yang (Vega-Franco, 2002).

En la India

Su medicina Ayurveda desarrollada entre el siglo IV y III a.C., preservaba la idea de que para entender las enfermedades era necesario reconocer que aquellos elementos esenciales del cuerpo humano eran los mismos del macrocosmos (vacío, fuego, viento, agua y tierra) y que la combinación de estos elementos en proporciones diferentes era lo que daba origen a los órganos corporales, y el elemento que predominaba en un órgano definía su función. Los elementos que desempeñaban el papel más importante eran el agua, el fuego y el viento; mismos que tenían el poder de preservar la vida, por lo cuál habiendo un desequilibrio o perturbación en estos provocaba desordenes o defectos, los cuales identificaban a la enfermedad. La salud se encontraba en la armonía existente entre esos tres elementos (Vega-Franco, 2002).

De igual forma para ellos otros elementos que causaban las enfermedades eran: la ira de los dioses, los cambios en el clima, el incumplimiento en la dieta o en la higiene, o los factores relacionados con el ambiente del hombre o con su modo de vida (Resik Habib, 1986, citado en Morales, 1999).

En Grecia

Los griegos fueron una de las primeras civilizaciones en comprender a la enfermedad como un fenómeno natural (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). En la Grecia antigua, se consideraba que la mente y el cuerpo estaban unidos, por lo cuál decían que uno influía en el otro, para ellos la enfermedad se debía a causas naturales (Amigo et al., 1998).

Pitágoras (582-497 a. C., citado en Vega-Franco, 2002), pensaba que los hombres, los órganos y los miembros corporales eran número y armonía. La armonía del todo y de sus partes generaba la vida y salud en el hombre, mientras que la desarmonía producía la enfermedad y la muerte. Para él la medida en todos los actos de la vida eran una condición indispensable para conservar la armonía corporal o para recuperarla en dado caso de que esta se llegara a perder. Según Pitágoras (citado en Gil, 2004), el tratamiento terapéutico debía componerse por: una higiene (a base de ejercicios corporales), el empleo de la música (elemento sanador) y una dieta, la cual mantenía la armonía.

Según Morales (1999), se distinguen dos corrientes diferentes dentro de esta civilización, una representada por Hipócrates (460-337 a.C.) el considerado padre de la medicina y la otra por Platón (428-374 a.C.).

Hipócrates (citado en Amigo et al., 1998; Morales, 1999) planteaba que la salud era el estado de armonía del individuo consigo mismo y con el medio exterior, y que la enfermedad se daba por la ruptura de ese equilibrio, la cuál se originaba por causas



naturales (tanto de naturaleza biológica como de su personalidad) y que sin dichas causas la enfermedad no podía existir. Él creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad, además reconoció la importancia de diversas características personales; de igual forma señaló que la existencia del organismo estaba determinada por cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y que la salud se daba por el equilibrio de estos. En base a esto postuló que los cambios corporales producían cambios comportamentales (Gil, 2004).

Platón (citado en Morales, 1999), encabezó la filosofía idealista y estableció que la salud y la enfermedad estaban determinadas por un principio no material, el alma divina o pneuma; en donde las enfermedades eran producidas por las modificaciones del pneuma en los organismos y por su influencia sobre los órganos. Para él las enfermedades eran consecuencia de un castigo divino, por lo cual únicamente los ritos, los himnos y la música podían tener un efecto en ella. Según Gil (2004), Platón recomendó actuar primeramente sobre el alma, antes que sobre el cuerpo, para curar las enfermedades.

Por otro lado Alcmeón de Crótona (citado en Vega-Franco, 2002), decía que la salud del cuerpo y del espíritu dependía del equilibrio de las fuerzas húmedo-seco, frío-caliente, amargo-dulce (entre otras), y que la desigualdad de estas fuerzas llevaba a la enfermedad.

Empédocles (490-430 a. C., citado en Vega-Franco, 2002), indicaba que los principios elementales del Cosmos eran el fuego, el agua, el aire y la tierra, mismos elementos que eran las sustancias esenciales del cuerpo humano. Así mismo, asignó un papel importante al amor y al odio, indicando que la mezcla de esos cuatro componentes marcaban el por qué el amor dominaba al odio. Él decía que la esfera del amor mantenía la cohesión y la armonía de las sustancias esenciales, pero cuando el nexo se perdía (predominaba o existía una carencia de alguno de ellos), la salud se alteraba y daba pie a la enfermedad.

Pólibo según Vega-Franco (2002), incorporó la creencia de Hipócrates sobre la participación de los humores corporales en el proceso de salud-enfermedad; él pensaba que el cuerpo humano estaba conformado por: sangre, flema, bilis negra y amarilla, y que estos elementos explicaban los dolores y la salud de los seres humanos. La salud era el resultado de la correcta proporción, intensidad y cantidad de estos elementos y, la enfermedad se daba por el aumento o disminución de alguno de ellos

En el siglo II d. C. los estoicos pensaban que el hombre enfermaba por que así lo disponía el universo. Ellos aceptaban todo aquello que les pasaba, ya que pensaban que con eso contribuían a la salud y al bienestar del universo (lo más importante para ellos era que el universo estuviera en armonía) (Vega-Franco, 2002).



El concepto de salud y enfermedad en la Edad Media y en el siglo XIX

Edad Media

Durante esta época debido a la dominación de la Iglesia Católica sobre la ciencia muchos de los aportes de las culturas clásicas fueron desatendidos, prevaleciendo el pensamiento de que las enfermedades estaban asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios. De igual forma surgió la idea de que las enfermedades eran producidas por las impurezas del aire y del ambiente (Morales, 1999).

Sin embargo más adelante, los médicos árabes, persas y judíos fueron los impulsores de la medicina griega y occidental (Vega-Franco, 2002). Los árabes (Morales, 1999) sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad, señalando que la salud se producía por el equilibrio de seis principios: aire puro, moderación en el comer y beber, descanso y trabajo, vigilia y sueño, evaluación de lo superfluo y reacciones emocionales.

La teoría que más influyó fue la de los cuatro humores, ya que de una forma grafica ilustraba la interpretación de la salud y la enfermedad. Tiempo después con la creación de la Escuela de Salerno (fundada por un judío, un árabe, un griego y un italiano), se retoma la idea de fomentar la salud mediante modelos higiénicos retomados de Hipócrates (Vega-Franco, 2002).

Siglo XIX

Durante esta época el pensamiento Hipocrático y Galeno continuó siendo la base de la medicina; sin embargo, más adelante Paracelso agregó otro aporte, ya que se dedicó a explicar los mecanismos de las enfermedades mediante términos químicos. Para explicar la salud y la enfermedad, desarrolló un sistema de cinco sujetos (un alquimista, el favor de los astros, la constitución natural de cada humano, el espíritu del ser humano y la aprobación de Dios), siendo el último de ellos el más importante ya que de él dependía la salud (Vega-Franco, 2002).

Sin duda alguna el personaje más importante de este siglo fue Claudio Bernard, ya que fue quien introdujo la medicina en el mundo de la ciencia. Para él la salud dependía del funcionamiento armónico de los órganos y sistemas corporales, indicaba que existía una salud si en el organismo existía un equilibrio sin importar las variaciones del ambiente externo (Vega-Franco, 2002).

Y es precisamente en este siglo donde se comenzó a sugerir que las enfermedades podían tener relación con las condiciones materiales de la vida y el trabajo. De hecho Engels en 1845, citado en Morales (1999), describió las pésimas condiciones de vida de los trabajadores y señaló que la clase trabajadora envejecía antes, y que se enfermaba, accidentaba y moría más que la clase burguesa.



El concepto de Salud y enfermedad a partir del siglo XX

A finales de los años 60 se comenzó a dar una gran importancia al estudio del proceso salud-enfermedad. En este siglo, el vínculo entre la medicina y la biología se hizo más estrecho, logrando con ello un aumento notable en los conocimientos con respecto a la base material de la enfermedad y se expuso una gran variedad de procesos internos que eran producidos dentro del organismo humano en estado sano y enfermo; además se encontraron nuevos recursos físicos y químicos para efectuar diagnósticos y tratamientos (Morales, 1999).

En el año de 1975, Dubos, según Vega-Franco (2002) y Labiano (2004) sostuvo que la salud era el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio. Para él el concepto de salud tenía un sentido ecológico, ya que pensaba que la vida implicaba la interacción y la integración de dos ecosistemas: el medio interno y el externo; y cualquier factor que rompiera estos sistemas ocasionaba la enfermedad. Este enfoque ecológico retoma algunas de las ideas expresadas por Hipócrates, por los hindúes y por los árabes, ya que considera la salud como el resultado de una interrelación adecuada y favorable del hombre con el ambiente, produciendo un adecuado y armónico equilibrio orgánico, el cual le permite al ser humano ejercer a plenitud todas sus potencialidades de acuerdo a su edad, sexo, etc. Para este enfoque la enfermedad se da por una disfunción del organismo del ser humano como resultado de una interrelación ambiental desfavorable (Morales, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna en el año de 1946 definió salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad” (citado en Taylor, 1999, p. 3). Sin embargo Gil (2004) menciona que esta definición estuvo bajo el debate médico durante muchos años, en donde algunos de sus defensores señalaban que en esta definición se encontraba la preocupación por contemplar al individuo como un sistema total y no como la suma de sus partes, proporcionando de esta forma una visión de la salud que atendía tanto al ambiente personal como al externo; además recalcan que se ponía un énfasis en la salud y no en la enfermedad. Dentro de sus críticas, destacan la falta de operatividad, su cualidad utópica, la equiparación de bienestar con salud y el olvido de los aspectos objetivos.

Esta definición emitida por la OMS se ha tomado como un ideal, y según Benavides, García y Ruiz-Frutos (2000) la propia OMS en su 30ª Asamblea Mundial reformuló este ideal de salud con el fin de hacerla más medible, por lo cual en 1986 definió la salud como “el grado en el que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades; y por la otra, de cambiar o enfrentarse con el ambiente. La salud es vista, por tanto, como un recurso para la vida diaria, no como el objetivo de la vida; un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas” (Gil, 2004, p. 94).

Según Gil (2004), con esta nueva concepción, la salud pasó a ser considerada como un instrumento para la vida, siendo lo que uno debe tener para poder llevar a cabo los asuntos de la vida, por lo cual pasó a ser un medio y no un fin; sin embargo este autor



subraya que esta definición no cumple la función de decir que es la salud, ya que indica simplemente para que sirve, por lo cuál propone unirla a la definición proporcionada en 1946.

Debido a que ha existido una gran insatisfacción por las definiciones antes mencionadas de salud, en la actualidad se continúan generando diversas propuestas, no obstante estas suponen rectificaciones o añadiduras a la definición propuesta por la OMS (Gil, 2004). Un ejemplo claro de esto es Terris, quien en 1980 (citado en Gil, 2004, p. 97) considera a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Este autor tomó en cuenta dos aspectos en su definición de salud, uno de carácter subjetivo (sensación de bienestar) y otro de carácter objetivo (capacidad de funcionamiento), los cuales (indicó) pueden manifestarse en grados diferentes dentro de un continuo.

Según Gil (2004), esta definición de Terris marcó un continuo de salud-enfermedad, pasando a ser el eje definicional en torno al cual giran numerosas definiciones de salud. Un claro ejemplo de esto es la definición propuesta por San Martín en 1989 (citado en Gil, 2004), el cuál define a la salud y a la enfermedad como “un conjunto complejo y dinámico integrado por las condiciones biológicas, ecológicas, sociológicas, económicas, culturales y experienciales, que se expresan en diferentes grados a lo largo de un continuo” (p. 94). Otro ejemplo de esto sería la definición dada por Salleras, quien en 1985 (citado en Gil, 2004), indicó que la salud era “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (p. 97).

Sin embargo, estas últimas definiciones aunque poseen un mayor nivel práctico y reconocen a la salud como un asunto de niveles que se dan en las personas de forma individualizada, no logran ofrecer un marco de referencia operativo con el cual diferenciar el momento en el cual se logra la salud en un individuo, el momento en el que el equilibrio-armonía o bienestar se rompe, y el por que se rompe (Gil, 2004). Por tal motivo, en los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente de nuestros hábitos de vida. Por lo cuál, las creencias, actitudes, los hábitos cotidianos (nuestro comportamiento), constituyen aspectos centrales de la salud, y es por ello que el mantenimiento de conductas saludables constituyen una medicina esencial para la salud (Labiano, 2004).

Según Labiano (citado en Oblitas, 2004), el Informe Lalonde, del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá en 1974 definió las variables que determinan la salud y la enfermedad, las cuales son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas de asistencia sanitaria.

En el año de 1977 la OMS (citada Benavides et al., 2000) planteó en su asamblea número 30 como meta para el año 2000 que todos los ciudadanos alcanzaran un grado de



salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, y estableció los requisitos mínimos necesarios para poder obtener la salud (Vega-Franco, 2002), los cuales son: tener paz, una vivienda, gozar de educación, seguridad social, contar con relaciones sociales, alimentación, gozar de ingresos económicos, pertenecer a un ecosistema estable, tener recursos sostenibles y, respetar los derechos humanos y la equidad. Al lograr todos estos requisitos, la OMS sostiene que se podrá gozar tanto de la salud como del bienestar.

En la actualidad la salud ya no es percibida como algo a conservar, sino más bien a desarrollar, además no existe una definición científicamente aceptada con respecto a la enfermedad, ya que se requiere de una aproximación que tome en cuenta su gran complejidad, además de que es imposible llegar a una comprensión de la enfermedad sin comprender la salud y viceversa. Sin embargo para la mayoría de los estudiosos de la salud, la enfermedad es entendida como un estado o situación en la cuál la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre (Morales, 1999).

Con el fin de identificar las causas de la salud y de la enfermedad se ha requerido el uso de un modelo que las explique con el fin de prevenirlas o promocionarlas, siendo el modelo biomédico y el biopsicosocial dos de los más aceptados.

Modelo Biomédico

De acuerdo a Engel (1977, citado en Amigo, et al., 1998), el modelo biomédico reside en dos supuestos básicos, el primero es el dualismo mente-cuerpo, en el cuál se sustenta que el cuerpo es una entidad física, mientras que la mente es parte del dominio espiritual; el otro supuesto básico en el que reside este modelo es el del reduccionismo en el cual se asume que todo el proceso de enfermedad está limitado a cuestiones de reacciones físicas y químicas. El modelo biomédico supone que la enfermedad se puede explicar en términos de variables biológicas mesurables; mientras que la conducta social no tiene cabida en el mismo (Becoña et al., 2000).

Modelo Biopsicosocial

Para Weiss (1987, citado en Gil, 2004) el surgimiento de las aproximaciones multifactoriales del origen de la enfermedad es lo que permitió unir a las ciencias de la conducta con las biomédicas. Debido a las evidencias que muestran que la enfermedad no es un fenómeno puramente orgánico y que el mantenimiento de la salud depende de muchos otros factores, se estableció un modelo de salud-enfermedad que trascendió mas allá de lo biológico (pero conservó su complejidad y diversidad) y lo integró a todas las realidades existentes, superando todas las limitaciones del modelo biomédico.

Según Gil (2004), el nuevo modelo tenía que integrar todo el cúmulo de las evidencias encontradas, las cuales señalaban que: 1) el comportamiento era un factor



implicado (en cierto grado) en todos los procesos de la enfermedad, 2) el paciente debía integrarse en el tratamiento y en la prevención de la enfermedad, 3) las enfermedades crónicas ya siendo tratadas también requerían de intervención psicológica, y 4) se debía poner un especial énfasis en el mantenimiento de la salud, el cuál tenía que ser a nivel individual, social, institucional y presupuestal.

Es por ello que en el año de 1977, Engel (citado en Becoña et al., 2000), planteó el modelo biopsicosocial, un modelo alternativo al biomédico, apoyándose de argumentos sólidos. En este modelo hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento; y criticó al modelo médico, ya que decía que este debía de tomar en cuenta al paciente, al contexto social en el que se vive y al sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad.

Por tal motivo, el modelo biopsicosocial sustenta que los elementos determinantes de la salud y de la enfermedad son los factores biológicos, psicológicos y sociales (Amigo et al., 1998). Según Labiano (2004), este modelo acepta que tanto la salud como la enfermedad están multideterminadas, ya que admite que las causas que intervienen en los procesos de salud y enfermedad están determinadas por variables de diversa naturaleza y origen, ya que intervienen tanto elementos de macroprocesos (como el apoyo social, los trastornos de salud mental, el ambiente físico, las circunstancias socioeconómicas, etc.) como otros de microprocesos (tales como las alteraciones bioquímicas, las emociones, los pensamientos, etc.).

Al modelo biopsicosocial le interesa de igual forma el estudio de la salud como el de la enfermedad y sostiene que se alcanza la salud al cubrir las necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Amigo et al., 1998). Este modelo enfoca su atención en aspectos preventivos, en la promoción de la salud humana y, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físicas como sociales. Además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social (Labiano, 2004).

Para Amigo et al. (1998), este modelo conlleva diversas implicaciones clínicas, primeramente sostiene que el mejor diagnóstico es aquel que se efectúa de forma multidisciplinaria, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales; de igual forma sostiene que el tratamiento debe incluir esos mismos factores, y por último destaca la importancia existente en la buena relación del paciente con el doctor, ya que esta mejora la efectividad del tratamiento.

Psicología de la Salud

La psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistemática e integrativa, mediante las aportaciones de diversos psicólogos pertenecientes a distintas áreas de la psicología, los cuales reafirmaron la idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud o para generar la enfermedad (Labiano, 2004).



Dentro de la literatura científica diversos autores han expresado los motivos por los cuales surgió la psicología de la salud, dentro de estos se encuentran los siguientes:

Para Stone (1979, citado en Becoña et al., 2000), la psicología de la salud surgió debido al cambio en la concepción de los términos de salud y de la buena salud. Puesto que en un inicio la salud era conceptualizada como la ausencia de enfermedad, cambiando después a un completo estado de bienestar físico, mental y social. Este cambio conllevó una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos de esta.

Engel en 1977 (citado en Becoña et al., 2000), indicó que esta disciplina surgió por el cuestionamiento del modelo biomédico (dominante en la medicina) el cual se basaba en el reduccionismo y en el dualismo cuerpo-mente, enfocándose únicamente en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, dejando a un lado todos los factores psicológicos y sociales que también intervienen en estas (como ya se había mencionado anteriormente).

Por su parte Becoña et al. (2000), sugieren que la psicología de la salud se desarrolló debido al cambio en los patrones de enfermedad, ya que antiguamente gran parte de las enfermedades eran de tipo agudo o infeccioso, pero con el descubrimiento de los fármacos, aunado al avance en la tecnología médica, se logró erradicar el porcentaje de víctimas de estas enfermedades; por lo tanto ellos sugieren que en la actualidad la mayoría de las enfermedades se relacionan con la conducta y que estas son prevenibles, además indican que los factores psicológicos son quienes están relacionados con los principales problemas de salud. Además Agras (1982, citado en Becoña et al., 2000), indica que la evolución de la tecnología conductual jugó un papel importante en el surgimiento de la psicología de la salud.

Por otro lado Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), mencionan que debido al incremento exagerado de los costos del cuidado de la salud y a la poca mejoría en ella, los factores económicos y el cambio en los patrones de enfermedad provocaron un giro hacia las medidas preventivas, dirigidas a cambiar sobre todo, las conductas no saludables, siendo estas unas de las principales metas de la psicología de la salud. Es por ello que en el año de 1978 distintas disciplinas de la psicología (experimental, clínica, social, fisiológica, etc.) con un interés común en cuestiones de salud, se reunieron para formar la Health Psychology, la cuál es la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), y así es como nace de una manera formal, institucional y profesional la psicología de la salud (Becoña et al., 2000; Labiano, 2004).

Para 1979 sale a la luz el primer libro sobre salud titulado “Health Psychology”, y la primera revista de esta división de la APA se publica en el año de 1982, la cual fue titulada “Health Psychology”, sin embargo el primer texto en Latinoamérica titulado “Psicología de la Salud” apareció recientemente, producido por autores hispanos y latinoamericanos. Para el año de 1983 se llevó a cabo una conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud (Becoña et al., 2000; y Labiano, 2004).

Matarazzo en el año de 1979 (citado en Becoña et al., 2000), describió las principales metas de la psicología de la salud al momento de su surgimiento. Estas eran: aplicar las contribuciones de la psicología al conocimiento de la salud y de la enfermedad a



través de la investigación básica y clínica, y alentando la integración de la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico; promover la educación y los servicios de la psicología de la salud y de la enfermedad; e informar a la comunidad psicológica, biomédica y al público en general, de los resultados de las investigaciones y servicios que presta esta disciplina.

Definición de la Psicología de la Salud

Aunque en la literatura científica existe una gran cantidad de definiciones de psicología de la salud, Gil (2004) menciona que el primer intento de definir de manera formal a la psicología de la salud se le atribuye a Matarazzo en el año de 1980.

Para Matarazzo (citado en Piña y Rivera, 2006), la psicología de la salud es “el agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (p. 671).

Según Stone (citado en Gil, 2004), aunque en un inicio esta definición era considerada por Matarazzo como una definición tentativa, posteriormente se convirtió en la definición oficial de la División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en 1980 fue adoptada como tal teniendo únicamente el agregado “y el análisis y mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria” (p. 67).

Matarazzo (citado en Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006), en su definición incluye ciertas acciones específicas con respecto a la prevención y promoción, así como la formulación de políticas sanitarias que ayuden a sustentar la creación de un sistema eficiente de salud pública. En su definición refleja una visión del psicólogo de la salud, en la cuál las acciones están dirigidas a las personas específicas, y alcanza una amplia perspectiva la cuál implica la integración de la ciencia psicológica al conjunto de disciplinas (como la médica) y aporta una nueva concepción y práctica de la salud pública.

Sin embargo, como se dijo anteriormente, han existido diversos intentos por definir a la psicología de la salud, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

Por ejemplo Stone en el año de 1979 (citado en Piña y Rivera, 2006), indicó que la psicología de la salud era una especialidad de la psicología que comprendía la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, fuese que se hablara de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema; además para él la psicología clínica era una de sus subdivisiones.

Bloom en 1988 (citado en Piña y Rivera, 2006), expuso que la psicología de la salud era la disciplina interesada en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. Por otro lado para



Rodríguez y Palacios (1989, citados en Piña y Rivera, 2006), la psicología de la salud “es el área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto” (p. 671).

A pesar de estos intentos por definir a la psicología de la salud, la definición dada por Matarazzo ha sido la más aceptada (como se dijo anteriormente), y autores como Amigo, Fernández y Pérez (1998) indican que en esta definición se rescatan cuatro aspectos del quehacer del psicólogo de la salud. En primer lugar se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, incluyendo las campañas destinadas a promover los hábitos saludables, como por ejemplo el de hacer ejercicio y dejar de fumar. En segunda instancia se destaca la prevención y el tratamiento de la enfermedad, ya que el psicólogo de la salud trata de modificar los malos hábitos para prevenir la enfermedad, además enseña a las personas enfermas a adaptarse exitosamente a su situación actual y a seguir el tratamiento de forma adecuada. En tercer lugar se enfatiza que la psicología de la salud debe encargarse del estudio de la etiología (causas) y de las relaciones entre la salud, enfermedad y las disfunciones. Y en última instancia se atribuye el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud como una competencia de la psicología de la salud, ya que se necesita analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población; además se deben realizar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud de la población.

Importancia de la psicología de la salud y áreas de aplicación

Debido a la idea contemporánea de la multicausalidad de la salud y la enfermedad, estas deben ser consideradas desde diferentes perspectivas disciplinarias, entre las cuales la psicología de la salud ocupa un lugar muy importante, ya que aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y desarrollo de algunas enfermedades más que en otras, y son precisamente estas las que deben recibir una atención prioritaria por parte de la psicología de la salud (Morales, 1999).

La psicología de la salud tiene como propósito fundamental el comprender las influencias psicológicas en como las personas permanecen saludables, el por que se enferman, y el como estas responden cuando ellos se enferman, siendo lo prioritario la prevención; el modelo en el cuál se centra para dichos fines es el biopsicosocial (anteriormente expuesto), el cuál asume una perspectiva interdisciplinaria y reconoce el peso de los componentes biológicos, psicológicos y conductuales de la persona y el componente social (Becoña et al., 2000; Taylor, 1999). Además la psicología de la salud se interesa en todos los aspectos psicológicos que intervienen en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación; asimismo abarca todos los niveles de atención, además no sólo se enfoca en el individuo, sino también en la familia y la comunidad (Martín, 2003).



Con el transcurrir de los años, la psicología de la salud ha ido conformando un espacio propio como una disciplina aplicada, logrando el reconocimiento tanto de los psicólogos como de los profesionales de otras disciplinas del campo de la salud, además ha reivindicado a la salud como un punto de partida para la integración al estudio de un proceso sumamente complejo (Morales, 1999).

La psicología de la salud se enfoca tanto en la promoción como en el mantenimiento de la salud, siendo su campo de estudio la prevención y el tratamiento de la enfermedad, enfocándose en la etiología y en los correlatos de la salud, enfermedad y la disfunción, así como en los factores que incluyen hábitos de salud (Taylor, 1999). Ésta ofrece la posibilidad de mejorar el estilo de vida de las personas, la calidad en la atención hospitalaria y los servicios públicos, reduciendo con esto los costos de la salud (Labiano en Oblitas, 2004). El desarrollo de esta disciplina ha sido muy notable, de hecho ninguna otra rama de la psicología ha tenido un desarrollo tan amplio en un periodo tan breve de tiempo (Martín, 2003).

Psicología de la Salud en México

Hasta hace poco en México eran escasos los departamentos universitarios que habían implantado programas para formar a estudiantes en psicología de la salud; sin embargo, actualmente, se están poniendo en práctica nuevos planes de estudios en las distintas facultades de psicología de las universidades para tratar de corregir esta deficiencia y debido al creciente interés en esta área (Becoña et al., 2000).

En México existe una escasa cantidad de artículos publicados en revistas de nivel internacional, por lo cuál es necesario que los psicólogos mexicanos se dediquen a publicar, para que de esta forma dejen un sello propio y no solo sean simples consumidores de lo que producen los investigadores extranjeros (Piña, 2005).

Áreas relacionadas con la psicología en la Salud

La psicología de la salud tiene sus orígenes teóricos y prácticos en los modelos de la psicología médica, medicina psicosomática, medicina comportamental, salud comportamental, psicofisiología experimental, psicología clínica, psicología comunitaria y en la antropología médica, estas se exponen a continuación de forma breve.

Psicología médica

Rachman en 1977 (citado en Gil, 2004), proporcionó la definición más general de la psicología médica, delimitándola como “las aplicaciones de la psicología normal y anormal en la medicina” (p. 71). Sin embargo Asken en 1979 (citado en Amigo et al., 1998), manifestó que la psicología médica era el estudio de los factores psicológicos relacionados con la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel individual, grupal y sistemático.



Esta disciplina no tiene como prioridad el estudio de la salud, debido a que su objeto de estudio son las personas con enfermedades del cuerpo; por lo cual esta se dirige a la aplicación del conocimiento psicológico, a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades somáticas y al estudio de la relación médico-paciente (Martín, 2003).

Medicina psicosomática

Según Reig (citado en Amigo et al., 1998), el término de medicina psicosomática lo acuñó Heinroch en 1918 para investigar las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas.

Existen dos periodos en la evolución de esta área, el primero abarca de 1935 a 1960, y en él existe una predominante influencia del psicoanálisis, por lo cuál en este periodo se asumía que las causas de las enfermedades orgánicas se encontraban en ciertas características de la personalidad, en los conflictos interpersonales y en la forma de responder a esos conflictos. Posteriormente, a partir de 1965, la forma de explicar la enfermedad adquiere una base más sólida, y los objetivos de esta disciplina según Lipowski (1977, citado en Amigo et al., 1998) se tornan al estudio del papel existente entre los factores psicológicos, sociales y biológicos en la homeostasis del ser humano, a la aproximación holística a la práctica de la medicina y al establecer una relación con la práctica psiquiátrica mediante el apoyo.

Las raíces de la medicina psicosomática se encuentran en las ciencias biomédicas, el interés central de esta disciplina es el papel que juegan los factores psicológicos (en especial el papel de los estados emocionales y el estrés) en el desarrollo de enfermedades físicas. Aunque en un inicio solamente se prestaba atención a un singular número de enfermedades, actualmente la atención se ha extendido a un gran número de trastornos, incluyendo los factores psicológicos en el surgimiento y desarrollo de todas las enfermedades (Becoña et al., 2000).

Medicina comportamental

Birk en 1973 (citado en Becoña et al., 2000), acuñó el concepto de medicina comportamental, siendo en primera instancia restringido para las técnicas de biofeedback. Esta nació de la teoría conductista, su principal preocupación recae en las conductas de salud y enfermedad, en las contingencias que las mantienen y en los cambios necesarios en estas para modificar las conductas. Este modelo inicia como una continuidad del modelo de psicología médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades. Busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento puedan desempeñar una función útil en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades (Amigo et al., 1998; Martín, 2003).

Los primeros centros de medicina comportamental fueron creados en el año de 1974 (Becoña, et al., 2000), estos fueron el Center for Behavioral Medicine (en la Universidad de



Pensilvania) y el Laboratory for the Study of Behavioral Medicine (en la Universidad de Stanford).

Según Schwartz y Weiss (1978, citados en Becoña et al., 2000), tanto con la conferencia de Yale (1977), sobre medicina comportamental como con la reunión de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (1978), se logró definir la medicina comportamental, como “el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (p. 19).

Los principales objetivos de la medicina comportamental según Collins, Rici y Burkett, (1981) y Gentry (1984, citados en Becoña et al., 2000), son: 1) realizar intervención directa, 2) capacitar a los profesionales de salud para lograr su mejora, 3) entrenar a los pacientes para que sigan lo prescrito por el médico, 4) modificar los patrones de conducta para prevenir enfermedades, y 5) diseñar otras estrategias de intervención.

Salud comportamental

Matarazzo en 1980 (citado en Becoña, et al., 2000), propuso esta subespecialidad debido a que según el la definición de medicina comportamental no hacía énfasis en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad. Para él, la salud comportamental es “un campo interdisciplinario dedicado a proporcionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de la ciencia comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas” (p. 20).

Esta disciplina se focaliza en usar técnicas conductuales para mantener y prevenir la enfermedad de las personas que gozan de una buena salud (Matarazzo, 1980, citado en Becoña et al., 2000).

Psicofisiología experimental

El objeto de estudio de esta disciplina recae en las bases fisiológicas de los procesos psicológicos, intenta explicar una vasta variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Esta disciplina contribuyó al mejoramiento de la instrumentación y a la utilización de nuevas metodologías, lo cuál permitió explorar la relación entre la emoción, cognición y fisiología, además las investigaciones de éste campo aportaron descubrimientos sobre las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación y cognición, facilitando con esto la comprensión de varios problemas de salud (Becoña et al., 2000).



Psicología clínica

La psicología clínica comenzó en el año de 1986, cuando Lighthner Witmer establece una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania (Morales, 1999) y estaba asociada al trabajo de instituciones para enfermos mentales; actualmente está centrada en la enfermedad y enfocada tanto en el individuo como en la enfermedad mental. Se dirige principalmente al diagnóstico y se vincula al trabajo hospitalario, además se encuentra muy estrechamente asociada a la psiquiatría (Martín, 2003; Morales, 1999).

Psicología Comunitaria

La psicología comunitaria tiene un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud, vinculándose mayoritariamente a la salud mental (Martín, 2003).

Entre los pioneros de esta disciplina se encuentran Kurt Lewin y otros psicólogos (según Morales, 1999), los cuales partieron de la premisa de que muchos problemas de las personas se podían resolver de la mejor manera en el ámbito comunitario, en donde enfrentando un problema de forma grupal, el cual afectaba a la comunidad, daba como resultado un sentimiento de autorrealización.

En la Conferencia sobre la Educación de Psicología para la Salud Mental Comunitaria (1965), celebrada en Swampscott (EE.UU.), se utilizó por primera vez el término de psicología comunitaria. Esta disciplina se apoya en el modelo de competencia, el cual parte de la idea de que la ocurrencia de los problemas de salud que pueden presentar los individuos o la comunidad se deben a defectos o causas orgánicas, al estrés ambiental o, a los sistemas de autoestima o apoyo social (Morales, 1999).

Bajo este enfoque, unas de las acciones que los psicólogos deben realizar en su trabajo con la comunidad son: 1) promover y estimular las conductas saludables en las personas, 2) influir en el diseño del entorno ambiental, 3) facilitar el acceso a los servicios de salud, 4) fomentar sistemas de apoyo social y 5) propiciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud (Morales, 1999).

Antropología médica

Esta disciplina se encarga del estudio de los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. En ella se hace hincapié tanto en los aspectos culturales de la salud como en la forma en la cual las personas dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad. Además se centra en la comparación transcultural de los sistemas de curación y en las creencias con respecto a la salud. (Becoña et al., 2000)

Ahora bien, debido a que en la actualidad se ha aceptado que el trabajo o las condiciones de trabajo tienen un gran efecto sobre la salud de los individuos, a continuación nos enfocaremos en ello.



TRABAJO Y SALUD

El trabajo según Jódar y Benach (2000) es aquel esfuerzo físico o mental destinado a la producción de los bienes necesarios para nuestra supervivencia, éste según González-Rey (2006) no posee simplemente un sentido profesional, ya que el individuo al realizarlo se involucra de una forma total dentro de él, trayendo como resultado que adquiriera una gran diversidad de ideas y vivencias dentro de esta área, afectando de esta forma a su autoestima, seguridad, prestigio social, logro, comunicación, etc.

Uno de los escenarios más importantes e influyentes de la vida humana es el trabajo, ya que mediante este, el ser humano se perfecciona a sí mismo y se realiza como tal. Este representa una de las formas más estables de expresión y compromiso del hombre, por lo cual todo lo que ocurre dentro de este ámbito (laboral) se expresa en el hombre. (González-Rey, 2006; y Polaino-Lorente, 2006).

Desde la antigüedad se ha tenido la idea de que ciertas enfermedades provienen del ámbito laboral y según Kales (2004), se tiene la creencia de que Hipócrates fue el primer médico en considerar la influencia de los factores ambientales sobre la salud, por lo cuál tiempo después Bernardino Ramazzini (considerado el padre de la medicina ocupacional), propuso que los médicos en su entrevista tenían que añadir una pregunta a la lista Hipocrática, la cual era: ¿en qué trabaja?, debido a que notó que los trabajadores presentaban enfermedades originadas por sus actividades de trabajo.

Sin embargo actualmente ya nadie se cuestiona de si el trabajo o las condiciones de trabajo tienen un efecto sobre la salud, debido a que desde hace siglos se ha aceptado que dependiendo el tipo de trabajo y las condiciones de éste, se pueden producir tanto enfermedades como accidentes de trabajo (Ramírez, 2001).

La relación existente entre el trabajo y la salud (dos aspectos sumamente importantes del ser humano) es muy compleja, debido a que esta se produce en ambas direcciones dando como resultado tanto efectos positivos como negativos. Para tener una mejor aproximación al estudio de estas relaciones resulta conveniente retomar las dos categorías proporcionadas por Benavides et al. (2000), las cuales son la buena y mala salud frente a las buenas y malas condiciones de trabajo; dentro de estas categorías se deduce que se dan diferentes relaciones en cada una de las intersecciones posibles, por lo cuál los autores insinúan que las condiciones adecuadas de trabajo tienen un efecto positivo sobre la salud, lo cual trae consigo un incremento en la satisfacción y en el bienestar del trabajador. Esto se da ya que el realizar un trabajo en condiciones adecuadas, además de proporcionar ingresos económicos que ayuden a que los trabajadores posean vivienda, alimentación, educación, etc., facilita las relaciones interpersonales e incrementa el autoestima de estos. Igualmente estos autores indican que cuando los trabajadores cuentan con una buena salud esto se verá reflejado en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, ya que (como ellos dicen) un trabajador sano tenderá a mejorar su entorno laboral mediante las relaciones con sus compañeros de trabajo, con sus superiores y con sus subordinados, lo cual le permitirá ser más productivo y esto contribuirá al mejoramiento de su calidad de trabajo. Cabe destacar que lo importante en la relación salud-trabajo es que si existen buenas condiciones



de trabajo, estas podrán ayudar a mejorar la salud del trabajador, lo cuál a su vez mejorará las condiciones de trabajo.

Por otro lado, en cuanto a los efectos negativos de la relación salud y trabajo se encuentra la relación tanto en el sentido de la mala salud hacia el trabajo como de las malas condiciones de trabajo hacia la salud. En estas relaciones, Benavides et al. (2000) mencionan que los trabajadores que tienen problemas de salud van a afectar negativamente a su trabajo, ya que mostrarán un bajo rendimiento en su productividad o simplemente tenderán al ausentismo, trayendo consigo repercusiones para la organización. En sentido opuesto ellos recalcan que las malas condiciones de trabajo tienen un efecto negativo sobre la salud, ya que dan como resultado que el trabajador se enferme o que sea víctima de accidentes laborales, trayendo consigo que el trabajador no realice eficiente y adecuadamente su trabajo.

Es por esto que el trabajo resulta ser una fuente de salud en las personas siempre y cuando este se de bajo buenas condiciones, ya que de ser así, va a otorgarles tanto tiempo libre como ocupado, lo cuál ayudará a conectar a las personas con su entorno, produciéndoles estímulos y satisfacciones que les harán tener la sensación de bienestar; además lo proveerá de ingresos económicos para que cubra sus necesidades básicas (alimentación, vestimenta, etc.), o hasta sus lujos (carros, ocio, etc.), todo esto confluirá en la mejora de la salud de las personas. Esto se ve ratificado al estudiarse los efectos negativos que el desempleo provoca en la salud física y mental, ya que se ha encontrado que aquellas personas con un desempleo de larga duración presentan un mayor riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, infecciosas, mentales o tumorales. Asimismo en un estudio denominado el Longitudinal Study Inglés, se encontró que la probabilidad de morir era 20% mayor en las personas desempleadas con respecto a las que trabajaban (Benavides et al., 2000).

Sin duda alguna la mejora en las condiciones laborales trae consigo efectos positivos en la productividad y en la calidad de los trabajadores, por lo cual y debido a que esto es uno de los principales objetivos de las organizaciones (el lograr una buena productividad y calidad), la salud del trabajador debe ser un objeto básico de esta, por ello la organización debe de perseguir que sus trabajadores se encuentren satisfechos y motivados con sus condiciones de trabajo (Benavides et al. 2000). A pesar de ello en nuestro país, la salud en el trabajo es considerada como un elemento insignificante la cuál trae consigo un elevado costo económico tanto para las empresas como para las instituciones. (Ramos, Arias-Díaz, Arias-Ramos y Nava, 2001). No obstante Benavides, et al. (2000) refieren que esta es una necesidad y una obligación legal, por lo cuál no debería de verse como un costo, sino como una inversión a corto y largo plazo (Ardila, 2000).

Por otro lado las consecuencias negativas de la relación entre trabajo y salud son las más preocupantes, por lo cuál la prevención de los efectos negativos producidos por el trabajo es el objetivo principal de la salud ocupacional, ya que no cabe duda que la prevención es la alternativa más adecuada en todos los programas gubernamentales de salud, por que implica la mejor inversión social en salud, generando una adecuada calidad de vida. La prevención primaria (la cuál se realiza antes de que se presente el problema) es preferible a la prevención secundaria (cuando ya se ha presentado el problema) y a la



terciaria (rehabilitación); sin embargo, debido a los escasos recursos existentes para la salud en todos los países (ya que es sumamente cara), es mucho menos vendible la prevención primaria que la secundaria o terciaria (Ardila, 2000).

Actualmente existe un término para englobar al conjunto de efectos negativos entre la relación de trabajo y salud, el cual es el de daños; dicho término engloba una serie de efectos negativos que tiene el trabajo sobre la salud. Dentro del artículo 4.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), “se consideran como daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasionadas del trabajo” (Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2000, p. 39). Desde esta ley se deben considerar como daños derivados del trabajo a todos los problemas de salud relacionados causalmente con las condiciones de trabajo (como los accidentes, las enfermedades, y las incapacidades laborales), independientemente de que sean reconocidas legalmente (Benavides et al., 2000).

Salud Ocupacional

La salud ocupacional surgió como una respuesta para tratar de comprender el conflicto existente entre el trabajo y la salud; su principal objetivo es identificar, eliminar, intervenir o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial sobre la salud de los trabajadores, además se encarga de potenciar aquellos factores que tienen un efecto positivo sobre la salud del trabajador; por otro lado también se va a encargar del tratamiento y de la rehabilitación de los trabajadores que hayan tenido algún problema en su salud (García, Benavides y Ruiz-Frutos, 2000).

Para la OMS la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria que se dirige a proteger y promover la salud de los trabajadores, mediante la prevención de enfermedades y accidentes así como la eliminación de los factores o condiciones que ponen en peligro la salud y seguridad en el trabajo (Ramos, Arias-Díaz, Arias Ramos y Nava, 2001).

García et al. (2000) indican que la salud ocupacional es el esfuerzo organizado de la sociedad que tiene como finalidad el prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. Ésta tiene como finalidad fomentar y mantener el mayor nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir cualquier daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos para su salud y colocar y mantener a los trabajadores en el empleo que les convenga de acuerdo a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas, o sea, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo (García et al., 2000).

El campo de intervención de la salud ocupacional, incluye aspectos tecnológicos, relacionales y conductuales, así como también aspectos sanitarios (entre otros), lo cual obliga a que su campo de estudio sea multidisciplinario para conseguir sus objetivos (Olavaria, 2006), es por ello que la salud ocupacional utiliza distintas aproximaciones desde varias especialidades y perspectivas; siendo la seguridad en el trabajo, la higiene industrial, la ergonomía, la psicología o la medicina del trabajo distintas respuestas, necesarias en



función de la naturaleza y el origen de los riesgos sobre la salud en el trabajo (García et al., 2000).

La salud ocupacional trabaja mediante dos premisas: la prevención y la promoción de la salud; ya que ella señala que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo se pueden prevenir, puesto que estos se encuentran en las condiciones de trabajo, y es por ello que el lugar de trabajo es idóneo para establecer programas de promoción de la salud (García et al., 2000).

García et al. (2000) indican que las actividades que se desarrollan desde la salud ocupacional deben considerar tres principios: 1) intersectorialidad, ya que la efectividad de los programas de salud ocupacional requieren de la colaboración de múltiples disciplinas para afrontar todos los problemas de salud, 2) reorientación de los servicios, ya que en lugar de otorgar servicios centrados en la asistencia y la indemnización deben centrarse hacia la prevención y promoción de la salud; y 3) la participación de los trabajadores y empresarios en las acciones de la salud ocupacional.

Factores psicosociales en el trabajo

Muchos autores han demostrado que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de hecho existe una gran relación entre algunos trastornos psicológicos o somáticos con ciertas condiciones de trabajo estresantes (OIT-OMS, 1984).

Los factores psicosociales en el trabajo son las interacciones existentes entre el trabajo (su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de la organización) y las capacidades del trabajador (sus necesidades, su cultura y su vida personal), todo lo cuál puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (OIT-OMS, 1984).

Las formas de actuar de los trabajadores dependen de sus habilidades, necesidades, expectativas y de su vida privada; estos factores pueden cambiar con transcurso del tiempo. Los trabajadores pueden tener tanto interacciones positivas como negativas dentro de su trabajo, las interacciones negativas pueden conducir a perturbaciones emocionales, problemas del comportamiento y fisiológicos, los cuales pueden traer consigo enfermedades físicas sobre el trabajador, además pueden originar efectos perjudiciales para la satisfacción y el rendimiento en el trabajo. Las interacciones positivas pueden crear situaciones psicosociales en el trabajo que tienen una influencia positiva en la salud del individuo (OIT-OMS, 1984).

Los factores que influyen en estas interacciones son las tareas propias del trabajo, el medio ambiente físico y de trabajo, las prácticas administrativas, en suma las condiciones de trabajo; y los factores humanos que van a determinar el éxito de esta interacción se encuentran en las características psicológicas y biológicas de los individuos, y en las particularidades individuales y del contexto social. En efecto cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos se encuentran en un constante equilibrio, el trabajo creará



sentimientos de autoconfianza, aumentará la motivación, la capacidad del trabajo, la satisfacción en general y con ello mejorará la salud de los trabajadores. Sin embargo cuando hay un desequilibrio entre las oportunidades y las exigencias ambientales, y las necesidades, aptitudes y aspiraciones de los individuos, se producirán respuestas alteradas en éste de carácter cognoscitivo (tales como sentimientos de vacío, inseguridad, inquietud, nerviosismo, etc.), emocional (tales como frustración, depresión, enfado y desgaste emocional, etc.), fisiológico (alteraciones cardiorrespiratorias, dolor e espalda, fatiga, mareos, etc.) y comportamentales (tales como hostilidad, abuso de drogas, conflictos interpersonales, etc.). Los resultados van a depender de las habilidades del individuo para hacer frente a las situaciones difíciles de la vida y para controlar las manifestaciones iniciales de las consecuencias. Es por ello que al existir una exposición prolongada a la misma situación estresante, un individuo podrá reaccionar con éxito y mantenerse sano, o tendrá problemas de salud (OIT-OMS, 1984).

Dentro del ambiente de trabajo se han identificado una gran cantidad de factores psicosociales potencialmente negativos vinculados con la salud, tales factores son: los problemas laborales, la falta de control, la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, el conflicto con la autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (OIT-OMS, 1984), factores que se tienen que tener presentes ya que de ellos dependerá que tan bien realice su trabajo el individuo y que tan buena salud posea.

Síntesis

Uno de los escenarios más importantes e influyentes en la vida humana es el trabajo, por ello la Psicología del Trabajo surgió con la finalidad de estudiar la conducta humana dentro de éste escenario, con el objetivo de mejorar la calidad y la productividad del trabajador, así como prevenir y solucionar los posibles problemas que surjan en él. Históricamente el estudio de la salud y de la enfermedad ha sido una preocupación constante para el ser humano, por ello varias aproximaciones lo han abordado, coincidiendo en que la salud es un estado de bienestar, equilibrio, armonía, y que la enfermedad es todo lo opuesto a esto. Terris fue quién marcó un continuo de salud-enfermedad al considerar dos factores, uno de carácter subjetivo (la sensación de bienestar) y otro de carácter objetivo (la capacidad de funcionamiento), ya que definió a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de enfermedad.

En la actualidad la salud ya no es percibida como algo para conservar, sino más bien a desarrollar y la enfermedad es entendida como el estado o situación en el cuál la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre. Para explicar el proceso de salud enfermedad se desarrollaron dos modelos, uno de ellos es el biomédico, el cual supone que la enfermedad se puede explicarse en términos de variables biológicas medibles; por otro lado el modelo biopsicosocial asume que la enfermedad no es un fenómeno puramente orgánico, por lo cual asumió la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como los determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Por el



surgimiento de éste modelo biopsicosocial, originado por el cuestionamiento al modelo biomédico, surge la psicología de la salud (agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas), ya que se ha encontrado que las enfermedades tienen una determinación multicausal, siendo las variables del ambiente social y las psicológicas las que pueden ser más relevantes en el origen y desarrollo de algunas enfermedades, por lo cuál son estas las que deben recibir una atención prioritaria por parte de la psicología de la salud.

La salud ocupacional surgió como una respuesta para tratar de comprender el conflicto existente entre el trabajo y la salud. La relación entre estos dos (ambos aspectos sumamente importantes del ser humano) es muy compleja, debido a que esta se produce en ambas direcciones dando como resultado tanto efectos positivos como negativos tanto para los individuos como para la organización en la que labora. El trabajo resulta ser una fuente de salud en las personas siempre y cuando este se de bajo buenas condiciones, produciéndoles estímulos y satisfacciones que les harán tener la sensación de bienestar, ocasionando con ello una mayor productividad de éste; por el contrario, las consecuencias negativas entre el trabajo y la salud son las más preocupantes, por lo cuál la prevención de los efectos negativos producidos por el trabajo es el objetivo principal de la salud ocupacional. Muchos autores han demostrado que los factores psicosociales (interacciones existentes entre el trabajo y las capacidades del trabajador) relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de hecho existe una gran relación entre algunos trastornos psicológicos o somáticos con ciertas condiciones de trabajo estresantes.

Es por ello que en el siguiente capítulo se abordará uno de los fenómenos que poseen efectos negativos sobre la salud física y psicológica de los individuos, sobre todo en el ámbito del trabajo, o sea el estrés. Asimismo, se profundizará en una de las respuestas ente éste, el síndrome de burnout, el cual afecta a los individuos que mantienen un trato directo con personas y está caracterizado por tres factores: el agotamiento, la despersonalización y la insatisfacción de logro de las personas.



Capítulo
2

Estrés y Burnout

El dolor que calla es más doloroso (Racine).



A nivel internacional se ha despertado un gran interés por el estudio y la comprensión del estrés, ya que se tiene un amplio conocimiento de que éste posee efectos negativos sobre la salud física y mental de los individuos; es por ello que en este capítulo se presenta un amplio estudio del estrés, el cual según Lazarus y Folkman (1989), es el resultado de un desequilibrio percibido entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del individuo en condiciones en las que el fracaso tiene consecuencias que el individuo percibe como importantes. Se presentan algunas definiciones propuestas para el estrés; así como los tipos de este (eustrés y distrés). Sin embargo, debido a que en general se ha aceptado la noción del estrés con un significado de consecuencias negativas para el individuo, dentro de éste capítulo se habla del estrés adoptando la noción negativa (distrés). Así mismo se presentan las diferentes fuentes de estrés, las respuestas ante éste y tres modelos, que tratan de explicar el estrés desde diferentes puntos de vista (el biológico, el psicológico y el organizacional). De igual forma se presentan los estresores psicosociales y las variables moderadoras del estrés, posteriormente se profundiza en el estrés laboral, debido al impacto que tienen en el deterioro mental y físico de los trabajadores; asimismo se exponen las diferentes fuentes del estrés laboral y uno de los modelos más explicativos de éste (el modelo integrador de Peiró y Salvador), además se presentan tanto las consecuencias como los motivos del estrés laboral.

Finalmente debido a que una de las respuestas ante el estrés laboral crónico es el síndrome de burnout, y a que éste es la base fundamental del presente trabajo, se profundiza en éste tema. Se presenta la distinción entre éste síndrome y el estrés; posteriormente se ahonda en la historia del síndrome de burnout, y se exponen las diferentes definiciones proporcionadas a éste síndrome, y se culmina con la definición mayormente aceptada por la comunidad científica (dada por Maslach y Jackson). Posteriormente se presentan las tres dimensiones del síndrome de burnout (cansancio o agotamiento, despersonalización e insatisfacción), y algunas aproximaciones teóricas y modelos de éste. Como últimos puntos se mencionan algunos síntomas y consecuencias de éste síndrome, así como algunos de los instrumentos existentes que permiten medirlo, dejando en claro que el más idóneo para la población mexicana es la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (elaborada por Uribe); y finalmente se exponen algunas relaciones encontradas entre variables sociodemográficas con este síndrome y algunas estrategias de intervención tanto a nivel organizacional como a nivel grupal e individual.

ESTRÉS

Desde hace mucho tiempo a nivel internacional ha existido un gran interés por estudiar y tratar de comprender el estrés, esto debido al conocimiento que se tiene de sus efectos negativos sobre la salud física y mental de los profesionales. En las investigaciones realizadas se ha puesto un gran énfasis sobre los educadores y los profesionales de la salud, esta atención se debe a la preocupación existente por su salud y por la posible repercusión en los pacientes y estudiantes (Ortiz y Arias, en prensa).



Según un informe de la Universidad Sussex (2001, citado en Pereyra, 2004) de Inglaterra, México se encuentra dentro de los principales países con mayores niveles de estrés a nivel mundial, debido a que éste país presenta los principales factores que provocan esta enfermedad (pobreza y cambios constantes de situación).

El término “estrés” fue incorporado al contexto de las ciencias de la salud por el médico Austriaco Hans Selye en el año de 1936 para hacer referencia a la suma de cambios generales y específicos que se producen en el organismo en respuesta a determinados estímulos externos. El significado de esta palabra proviene de la física y de la ingeniería, y se refiere a cualquier fuerza o tensión aplicada sobre una unidad que la lleva a su deformación o al rompimiento (Antoniuk, Saliba, Ispier, Saliba y Dossi, 2006; Gil y López, 2004; Mora, García, Toro y Zarco, 1997).

El estrés desde el punto de vista médico, según lo afirmado por Selye citado en Gil y López (2004), se entiende como el precio pagado por el desgaste del organismo, el cuál se expresa mediante: cansancio, nerviosismo o malestar. Inicialmente el estrés es un fenómeno natural, el cual se produce por el intento de adaptación del organismo a su medio ambiente.

Selye (citado en Gil y López, 2004), denominó a toda la serie de cambios provocados en el organismo debido al estrés como el “Síndrome general de adaptación”, éste se desarrolla en tres fases, las cuales son:

- 1) La reacción de alarma, la cual es la fase que consiste en una reacción fisiológica la cuál se provoca por la aparición del estresor, en esta fase el organismo se moviliza para poder resolver la amenaza, por lo cual comienza a segregar adrenalina, aumenta la tasa cardiaca, acelera la respiración, etc. (Barrón, 1997; Taylor, 1999)
- 2) El estado de resistencia, fase en la cual el organismo se moviliza activamente para hacerle frente al estresor, con lo cual se van desapareciendo los signos fisiológicos de la reacción de alarma y el cuerpo regresa a la normalidad (Barrón, 1997), y
- 3) El estado de agotamiento, fase en la cual el organismo es más vulnerable a los trastornos y disfunciones orgánicas, por lo cuál en este momento es cuando los trastornos que se relacionan con el estrés comienzan a ser evidentes (Barrón, 1997). Esta fase ocurre cuando el organismo falla al hacerle frente al estresor y agota sus recursos fisiológicos en el proceso de intentar combatir la amenaza (Taylor, 1999).

Es más frecuente que el estrés se asocie con limitaciones y demandas; las primeras impiden que uno haga lo que quiere, las segundas se refieren a la pérdida de algo que se desea. (Díaz, Lartigue, Acosta, 2001)

En sí mismo el estrés no es algo puramente negativo, debido a que también posee un valor curativo; sin embargo su problema radica en la persistencia, ya que cuando se mantienen las condiciones de estrés, esto puede provocar una cronificación la cuál puede hacer que el estrés provoque cambios en el funcionamiento del organismo los cuales pueden terminar siendo negativos para la salud. (Gil y López, 2004)

Por tal motivo el estrés no siempre es malo por sí mismo, ni por cuenta propia, aunque éste se suele ubicar en un contexto negativo también tiene un valor positivo que significa una oportunidad cuando representa una posible ganancia, de hecho Díaz et al.



(2001) mencionan que es importante que exista una cantidad adecuada de estrés para realizar eficazmente las actividades cotidianas.

Según Olivier (2001) el estrés es una parte integral de nuestro organismo, ya que sin él existiría poca actividad constructiva y casi no habrían cambios positivos en la vida de las personas. Ya que según este autor nadie podría sobrevivir sin experimentar cierto nivel de estrés todo el tiempo, puesto que dos de las características más importantes de la vida (el instinto de supervivencia y el de procreación) no podrían realizarse sin la intervención de éste, por lo cual el estrés manejado de una forma correcta es útil en la vida.

Definición de estrés

En la actualidad existe una gran cantidad de definiciones propuestas para el estrés, ya que éste termino es empleado en muy diversas maneras, sin embargo aunque muchas de estas definiciones son complementarias en el plano psicológico del concepto general médico de Selye, existen otras que se alejan mucho de la idea que Selye quiso expresar con este término, ya que exageran el plano psicológico dejando de lado su base biológica, aunque el objetivo sea su efecto sobre la salud (Gil y López, 2004).

Selye en 1973 (citado en Mora et al., 1997), definió estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce” (p. 393). Él instaló su concepto dentro del campo de la medicina para tratar de complementar el concepto de especificidad del origen de la enfermedad (el cual introdujeron anteriormente, investigadores como Pasteur y Koch) según el cual cada enfermedad tiene un origen o etiología específica, e indica que debido a ello las reacciones de adaptación del organismo a la enfermedad son específicas (Gil y López, 2004).

El síndrome general de adaptación es para Selye lo contrario del concepto de especificidad, ya que demuestra que muchas enfermedades no tienen solamente una causa o un agente patógeno específico, sino que se desencadenan a causa de un estrés inespecífico, o que resultan de una situación patógena que dan como resultado una reacción insuficiente frente a un estrés inespecífico, a estas enfermedades las llamó enfermedades de adaptación. La ruptura del equilibrio interior de los seres vivos (ruptura de la homeostasis) vendría siendo el estrés y el síndrome general de adaptación, todos los intentos por restaurar el equilibrio alterado (Gil y López, 2004).

Según Gil y López (2004), inicialmente el concepto de estrés fue diseñado de un modo rigurosamente médico; sin embargo, actualmente este concepto dentro de la psicología de la salud es el resultado de la psicologización del concepto original. Estos autores señalan que la psicologización la llevó a cabo en un inicio Lazarus en 1966 y tiempo después Mason en 1971.

Mason (citado en Gil y López, 2004) enfatizó una visión del concepto de estrés que se apoyaba en considerarlo como una respuesta específica (en contra de la idea de respuesta generalizada) y que comprendía a la reacción emocional como una de las respuestas clave



en el estrés, de esta forma desde su punto de vista, el estrés se debía considerar como un ejemplo de agente patógeno capaz de afectar a la salud dependiendo del individuo.

Gil y López (2004) refieren que la visión de estrés proporcionada por Lazarus y Folkman (dadas en 1966 y en 1984 respectivamente), puede ser considerada como un intento para adecuar el concepto de estrés a términos psicológicos, sin embargo estos desvían el foco de atención de la emoción a la cognición. Ellos formularon el concepto de estrés como un proceso o experiencia psicológica, en el cuál el afrontamiento tiene un significado muy especial, ya que para ellos lo psicológico es un filtro que deja que algo sea o no estresante y que pueda afectar a la salud, sin dejar de lado a lo biológico.

Para Lazarus y Folkman, el estrés es un proceso que comienza ante una estimulación estresante la cual provoca una valoración, evaluación o estimación cognitiva primaria la cual se lleva a cabo sobre la demanda ambiental, para valorar las posibles implicaciones positivas, negativas (cuando las demandas implican daño, pérdida o amenaza) o neutras que esa estimulación tiene para el individuo; en el caso de que estas fueran una amenaza evocan una segunda valoración o estimación cognitiva secundaria (la cual se dirige a los recursos o habilidades del individuo disponibles para enfrentarla). Si nuevamente el balance es negativo (o sea, si la amenaza no puede ser controlada), entra la respuesta de estrés y el afrontamiento, el cual es un proceso mediante el cual la persona maneja las demandas que ha evaluado como estresantes o son las estrategias que utiliza para manejar las emociones causadas por el problema. Por tal motivo para ellos las variables cognitivas que afectan a la interpretación de los fenómenos como estresantes o no son más importantes que los eventos en sí mismos, ya que dependiendo de las propias capacidades de los sujetos los sucesos se percibirán como amenazantes o no amenazantes (Barrón, 1997; Gil y López, 2004).

En suma, la aproximación cognitiva del fenómeno del estrés considera que una persona se encuentra bajo este cuando tiene que enfrentarse a una situación que le implica demandas conductuales que no puede satisfacer o que le implican un elevado esfuerzo, lo cual se manifiesta por la aparición de la respuesta, síndrome o reacción de estrés (Barrón, 1997; Gil, y López, 2004).

Según Gil y López (2004) el modelo de estrés propuesto por Lazarus y Folkman hipotetiza la aparición de problemas debido a:

1. Sucesos estresores que sean excesivamente intensos o duraderos,
2. Percepciones y/o valoraciones inadecuadas
3. Inadecuación de las respuestas para afrontar o manejar la situación y el tipo de consecuencias que sigan, o
4. Por una inadecuada emisión de respuestas fisiológicas.

Para Antoniuk et al. (2006) el estrés es el conjunto de reacciones físicas y químicas del organismo que ocurren cuando el individuo es sometido a situaciones consideradas amenazadoras.

Barrón (1997), menciona que efectivamente a lo largo del tiempo han existido diversas definiciones de estrés, las cuales agrupa dentro de tres categorías:



- a) Estrés como estímulo. Barrón (1997) menciona que aquellos que han conceptualizado al estrés como un estímulo lo definen como “cualquier suceso que causa una alteración en los procesos homeostáticos” (p. 76), él refiere que dentro de las críticas recibidas por esta perspectiva destacan el no explicar las diferencias individuales que surgen ante una misma situación, apoyar la concepción de que el hombre solo es un sufridor pasivo de las condiciones ambientales y el hecho de que varias actividades normales producen alteraciones en los procesos homeostáticos sin que por esto deban considerarse como estresantes.
- b) Estrés como respuesta. En estas definiciones se dice que un organismo está o ha estado bajo tensión debido a la aparición de una serie de respuestas. Dentro de estas definiciones se encuentra la de Selye; sin embargo, la debilidad de este tipo de definiciones es que se pueden cometer errores, debido a que muchas situaciones se pueden considerar como inductoras de estrés cuando en realidad no lo son, un claro ejemplo de esto sería el ejercicio (Blanco, 1986, citado en Barrón, 1997).
- c) Definiciones interactivas o transaccionales. Entre estas se encuentra la dada por Lazarus y Folkman (citados en Barrón, 1997), los cuales (como se dijo anteriormente) definen al estrés como el resultado de un desequilibrio percibido entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo, en condiciones en las que fracasar tiene consecuencias que el sujeto percibe como importantes.

Tipos de estrés

Selye (citado en Pereyra, 2004) hizo una distinción entre los aspectos positivos y negativos del estrés, ya que diferenció resultados agradables y desagradables de éste. Al primero de ellos lo denominó eustrés (el cual es un buen estrés) y al otro lo denominó distrés (un mal estrés).

El eustrés ofrece a los individuos experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros, las cuales le fortalecen su autoestima y le refuerzan sus estrategias de afrontamiento. Desde un punto de vista fisiológico, el eustrés es el aumento de catecolaminas sin la aparición del cortisol (el cuál es un glucocorticoide), ya que este es un biomarcador de las situaciones de distrés (Pereyra, 2004).

De hecho, Selye en 1976 (citado en Carlson, 2002) indicó que la mayoría de los efectos perjudiciales en el organismo se producían por la producción prolongada de los glucocorticoides (presentes en el distrés), los cuales ayudan al organismo a reaccionar frente a situaciones estresantes, pero aunque sus efectos a corto plazo son esenciales, estos a largo plazo son dañinos, ya que pueden provocar diabetes esteroide, infartos, etc.

Sin embargo aunque existe el eustrés y el distrés, en general los científicos han adoptado la noción del estrés con un significado de consecuencias negativas para el individuo que las sufre (Pereyra, 2004).





Fuentes de estrés

Los estresores o estímulos causantes de estrés son diversos y han sido clasificados en muchas formas dependiendo de los parámetros empleados.

Para Selye (citado en Gil y López, 2004) un estresor es cualquier factor (por ejemplo la actividad laboral) que con su impacto sobre el organismo tiene la habilidad de provocar una respuesta de estrés.

Una clasificación dada para las fuentes de estrés sería la genérica planteada por Everly en el año de 1989 (citado en Gil y López, 2004), en la cuál divide a los estresores en psicosociales y biogénicos. Los estresores psicosociales serían las estimulaciones que funcionan como estresores debido a que el individuo no posee las habilidades para su control, y los estresores biogénicos serían aquellos fenómenos que cuentan con la capacidad para provocar cambios bioquímicos, los cuales disparan en forma automática la respuesta de estrés.

Smeltzer y Bare (1996, citados en Antoniuk et al., 2006) clasifican los estresores en físicos (frío, calor, agentes químicos), fisiológicos (dolor, fatiga) y psicosociales (reacciones emocionales).

Lazarus y Cohen en 1977 (citados en Gil y López, 2004; Mora et al., 1997), clasificaron a los estresores de acuerdo a su intensidad, para ellos estos se dividen en: cataclismos (aquellos que ocurren alguna vez en la vida, pero sus consecuencias a nivel comportamental y fisiológica pueden ser prolongadas, como podrían ser los terremotos), sucesos significativos en la vida (aquellos referidos a cambios importantes, como las pérdidas afectivas, matrimonio, etc.) y pequeños estresores diarios (aquellas situaciones cotidianas que generan tensiones y que se van acumulando con el tiempo, como las citas con el dentista).

Loo y Loo (1986, citados en Gil y López, 2004) distinguen los estresores procedentes de problemas de salud (como las enfermedades), de dificultades de la vida socio-profesional (como los cambios producidos en el trabajo) y los provenientes del medio ambiente (como el ruido).

Olivier (2001), menciona que en el ambiente laboral, agentes ambientales como la iluminación inadecuada, exceso de ruidos, lugares de trabajo mal diseñados, tecnología inadecuada, procesos de comunicación inapropiados, sobre carga de trabajo, conflictos de roles, horarios prolongados, son las principales fuentes de estrés.

Sarafino en 1990 y Brannon y Feist en 1992 (citados en Gil y López, 2004), clasificaron las fuentes de estrés de acuerdo al contexto en el que se producía. Sarafino distinguió entre fuentes de estrés propias de la persona (como enfermedades), de la familia como contexto inmediato (como los conflictos en las relaciones), y fuentes de estrés procedentes de la comunidad y la organización social (como el estrés laboral). Brannon y Feist (1992, citados en Gil y López, 2004) distinguieron entre fuentes personales y



ambientales de estrés. Para ellos el aislamiento social, el paro, el estrés laboral, la vida familiar, las relaciones de pareja y el desempeño de los roles sociales son las principales fuentes personales de estrés, y la aglomeración y contaminación ambiental son las dos principales fuentes de estrés ambiental.

Dentro de las fuentes personales de estrés el aislamiento social y las condiciones ocupacionales en sus dos extremos: carecer de trabajo o contar con unas condiciones estresantes de trabajo, han despertado un gran interés en varios investigadores, ya que estas pueden afectar seriamente a la salud (Gil y López, 2004).

El ajuste de horarios, las prisas, las discusiones, el tráfico en las ciudades, la coincidencia de obligaciones, los compromisos sociales, etc., situaciones a las que muchas personas se ven sometidas, son el tipo de sucesos que han sido denominados dañinos o fastidiosos y que suponen demandas irritantes o frustrantes, y por ello estresantes, cuyos efectos son acumulativos (Gil y López, 2004).

Se ha puesto de manifiesto que cualquier interacción, situación o evento puede convertirse en una fuente de estrés si de ella se derivan o pueden derivarse consecuencias aversivas, especialmente cuando son fenómenos de difícil control, resultan impredecibles para la persona que los sufre, o ésta no dispone de repertorios de afrontamiento. Incontrolabilidad del fenómeno, imprevisión de su ocurrencia y ausencia de repertorios de afrontamiento son los componentes que delimitará la capacidad de generar estrés de un fenómeno y el nivel del mismo (Gil y López, 2004).

Lipp (2001, citado en Antoniuk et al., 2006), cree que los estresores tienen origen en dos fuentes: una interna y otra externa. La fuente externa sería aquella que no proviene del organismo con la exigencia de algo o alguien; contrariamente la fuente interna estaría representada por la auto-destrucción.

Respuestas de estrés

Para Selye la respuesta de estrés es un mecanismo triple que consiste en: 1) el efecto directo del agente estresor sobre el organismo (o lo que vendría siendo la fase de alarma) ; 2) la reacción interna que estimula los tejidos de defensa (o mejor conocida como fase de resistencia), y 3) las reacciones internas que facilitan la rendición de los tejidos por inhibición de la defensa, conocidas como fase de agotamiento (Gil y López, 2004 y; Olivier, 2001).

La reacción de alarma inicia en el momento en el cual el ser humano se enfrenta a un estímulo o agente productor de estrés, si dicho estímulo es intenso y el organismo no es capaz de adaptarse muere, pero si no es intenso y permite que el organismo resista dará pie a la segunda etapa del síndrome de adaptación general que es la etapa de resistencia, en la cuál el estrés se convierte en algo permanente; si ésta etapa es intensa y se prolonga por mucho tiempo dará pie a que se manifieste la etapa de agotamiento, en la cual aparecerá la enfermedad o la muerte (Olivier, 2001).



Gil y López (2004), mencionan que el estrés provoca dos tipos de cambios: un cambio primario y uno secundario o también conocido como síndrome de adaptación. El cambio primario depende del estresor y de la parte o función del organismo a que afecte. Ambos cambios conforman el síndrome del estrés, entendido como el conjunto de cambios.

Olivier (2001), menciona diversas respuestas fisiológicas que ocurren a causa del estrés, según la etapa de estrés, estas se muestran a continuación:

Durante la reacción de alarma: “se libera adrenalina masivamente, hay un aumento del ritmo cardíaco, los índices de coagulación de la sangre, la fuerza muscular y la actividad cerebral; hay una dilatación de las arterias, se da una constricción de los vasos sanguíneos, se dilatan los bronquios, hay una suspensión de la actividad estomacal, se liberan las reservas de glucosa, se activan las glándulas sudoríparas, se dilata la pupila y se dan otros cambios fisiológicos incluyendo la activación del sistema endocrino y hormonal”. (Olivier, 2001: p. 33)

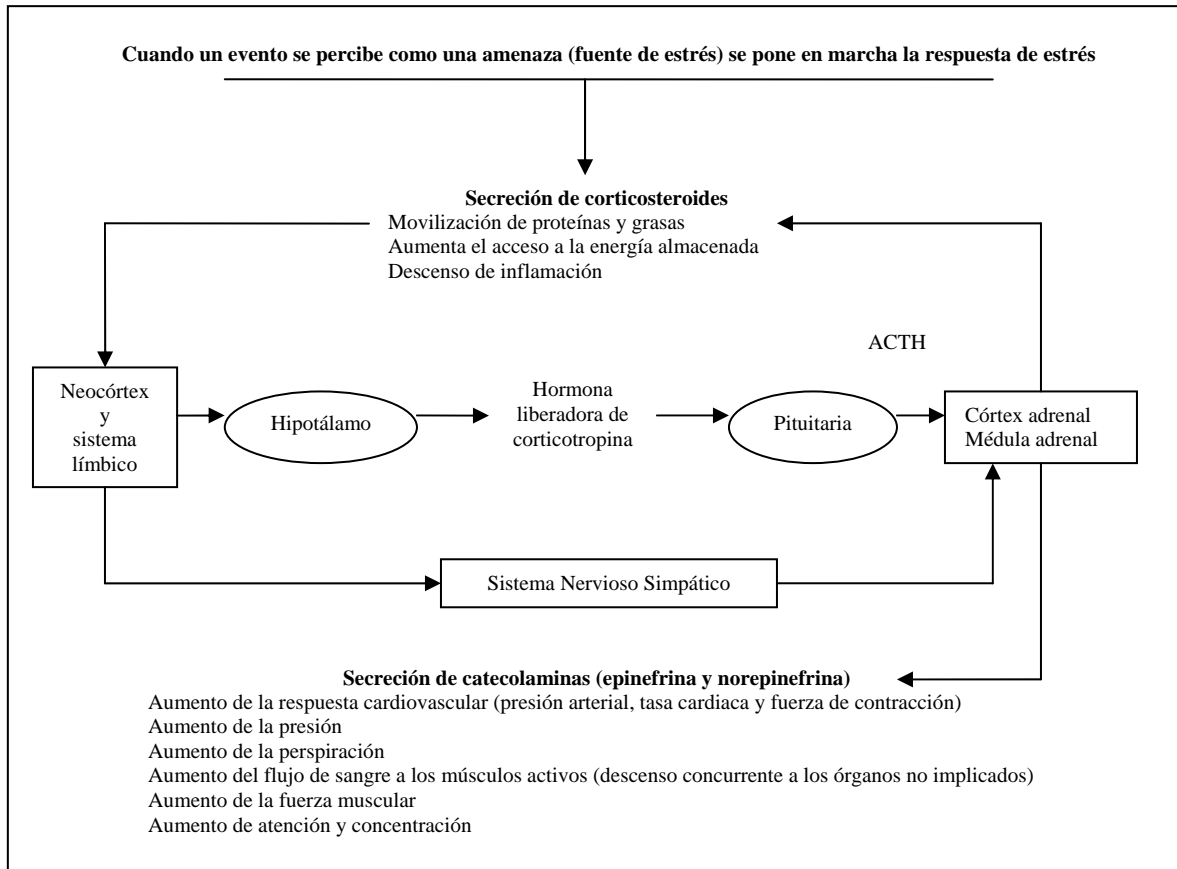
En la etapa de resistencia “la glándula hipófisis, libera hormonas como la vasopresina, que contrae las arterias y hace que aumente la presión arterial, las glándulas suprarrenales liberan cortisol y cortisona la cual va a liberar azúcar en la sangre y a inhibir ciertas funciones clave del sistema inmunológico. Además se libera la hormona tirotrópica, la cual actúa sobre la tiroides para que libere tiroxina, acelerando el metabolismo; esta reacción genera un agotamiento prematuro generando cansancio en el cuerpo” (Olivier, 2001: p. 34).

En la etapa de agotamiento, “surgen una serie de enfermedades relacionadas con el estrés, dentro de las cuales se encuentran: el infarto prematuro de miocardio, la migraña, el dolor de cabeza y cuello, el insomnio, la hipertensión arterial, la colitis crónica, la gastritis, úlcera péptica, procesos alérgicos crónicos, trastornos de garganta frecuentes, trastornos digestivos inespecíficos, así como también cambios en el comportamiento, como accesos de ira e irritabilidad, explosiones de coraje, dificultad para expresar los sentimientos, impaciencia, baja tolerancia a errores terceros, disminución de la libido, ansiedad, depresión, falta de poder de concentración” (Olivier, 2001: p. 34).

Un esquema que muestra la base biológica de la respuesta de estrés según Wilson, Nathan, O’Leary y Clark (1996, citados en Gil y López, 2004) es el siguiente: La secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) estimula la glándula pituitaria, que junto al hipotálamo regula las respuestas emocionales de hambre, sed y sexuales. La pituitaria activa la glándula adrenal liberando hormona adrenocorticotrópica (ACTH). En respuesta a la condición estresante, el córtex adrenal segrega corticosteroides y la médula adrenal segrega catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), las cuales ocasionan un aumento de la respuesta cardiovascular (presión arterial, tasa cardiaca y fuerza de contracción), aumento de la respiración, de la perspiración, del flujo de sangre a los músculos activos, aumento de la fuerza muscular y aumento de la atención y concentración (ver Figura 1).



Figura 1. Esquema de la base biológica de la respuesta de estrés, según Wilson, Nathan, O'Leary y Clark (1996, tomado de Gil y López, 2004, p. 362)



Existen una enorme cantidad de investigaciones que muestran que factores como: la naturaleza de la estimulación, la disponibilidad o no de respuestas de afrontamiento, las diferencias individuales y el control social del contexto, pueden influir en el patrón de respuestas fisiológicas provocadas. De hecho varios sistemas del organismo pueden ser afectados por el estrés, contándose entre ellos el sistema simpático-adrenomedular, el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical, la secreción de catecolaminas, el sistema inmunológico y la secreción de endorfinas y encefalinas (Gil y López, 2004).

Arruda (2000, citado en Antoniuk et al., 2006) indicó algunos efectos del estrés sobre la salud los cuales son: disturbios del sueño que dejan a las personas vulnerables a accidentes y dolencias, dificultad de concentración, decaimiento del desempeño en el trabajo, aumento o pérdida de peso, debilitamiento del sistema inmunológico, potencialización de los problemas digestivos y cardiovasculares, dolores de cabeza constantes, artritis e irregularidades hormonales.

Guyton (1997, citado en Antoniuk et al., 2006) de igual forma mencionan algunas de las reacciones fisiológicas que se dan como respuesta del sistema nervioso simpático, con el objetivo de suministrar una activación extra al cuerpo para enfrentar la situación del estrés o liberarse de ella, estas son: el aumento de la contracción muscular, el aumento del



flujo sanguíneo cerebral y en los músculos de actividad motora, sudoración, dilatación de las pupilas, aceleración de la frecuencia cardiaca y respiratoria, actividad mental aumentada, tasa de coagulación sanguínea y aumento de la presión arterial.

Los investigadores Antoniuk et al. (2006), indican que si después de que se evalúa la situación de estrés, el individuo no se considera capaz de atender la exigencia de esa circunstancia, se va a sentir amenazado, desencadenando la reacción de estrés. Eso se da debido a que el cerebro está programado para enfrentar a todos los desafíos, e involuntariamente percibe la situación como peligrosa, preparando el cuerpo para luchar o huir; por lo cual ellos refieren que la respuesta psicológica para el estrés comprende: depresión, ansiedad, irritabilidad e insatisfacción, e indican que la constancia de esas reacciones, no genera la enfermedad propiamente dicha, pero vuelve al individuo más susceptible a ellas, ya que deja el organismo frágil.

Modelos del estrés

Dentro de la literatura científica existen diferentes modelos los cuales tratan de explicar el estrés, unos de ellos son los siguientes:

Modelo biológico: este modelo indica que los efectos de la reacción humana ante el estado de tensión son: el aumento del gasto cardiaco, incremento del gasto sistólico el corazón y de la presión arterial, mayor irrigación de los músculos esqueléticos, disminución del flujo sanguíneo hacia la piel y aumento de la glucosa sanguínea, y que son las consecuencias de la liberación de adrenalina en la circulación general. Los efectos a largo plazo de la tensión se deben principalmente al cortisol, éste altera el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos, además dicho compuesto aumenta la gluconeogénesis en el hígado y estimula las acciones catabólicas en los tejidos muscular, cutáneo, linfóide, adiposo y conectivo (Díaz et al., 2001).

Modelo psicológico: una vez establecido el estado de tensión, la respuesta más inmediata puede ser el aumento en la ansiedad, depresión, irritabilidad y una disminución de la satisfacción laboral. De acuerdo con el modelo psicológico, la conducta tipo A esta directamente relacionada con la tensión. Los individuos de este tipo se caracterizan por gran agresividad, ansiedad, agitación, hostilidad y suelen exceder su horario de trabajo (Díaz et al., 2001).

Modelo organizacional: este modelo describe la relación entre fuentes de estrés en el trabajo y las características individuales que tienen como consecuencia síntomas, en la salud individual y en la organización, lo que cual lleva a la aparición de la enfermedad. Dentro de este modelo se retoma la propuesta de Cooper (1987, citado en Díaz et al., 2001) el cuál distingue ocho rubros dentro del modelo organizacional, los cuales pueden ser fuentes generadoras de estrés, estos son: 1) el clima organizacional (ya que a mejor clima en la organización, habrán menores niveles de tensión), 2) los factores organizacionales (ya que factores como el exceso de trabajo, un jefe exigente o insensible, los compañeros de trabajo desagradables, demandas de las actividades, los roles, las demandas interpersonales, la estructura organizacional, el liderazgo de la organización y la etapa de la vida de la



organización pueden generar estrés), 3) las demandas de las actividades (ya que dependiendo de la autonomía, la variedad de actividades, las condiciones laborales y la distribución física del espacio se puede generar o no el estrés), 4) las demandas de los roles (ya que el peso excesivo de los roles o la ambigüedad de los mismos pueden ser fuentes de estrés), 5) las demandas interpersonales (presiones creadas por otros empleados, la falta de respaldo social de los compañeros y las malas relaciones interpersonales, sobre todo en el caso de empleados que tienen necesidades de afiliación pueden contribuir en la generación del estrés), 6) la estructura de la organización (una organización con exceso de reglas y que impide la participación en las decisiones pueden ser fuente de estrés), 7) el liderazgo en la organización y 8) algunos factores individuales.

Estresores psicosociales

A lo largo de la vida, las personas se enfrentan a distintos sucesos más o menos estresantes (problemas laborales, rupturas en sus relaciones sociales, pérdidas, etc.), y diversas investigaciones han relacionado dichos eventos con diferentes trastornos en la población general (Barrón, 1997).

Los acontecimientos vitales estresantes son aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos que son percibidos por estos como indeseables. Numerosas investigaciones han demostrado que los acontecimientos vitales estresantes se relacionan con cambios adversos en la salud, algunos de estos estudios, se han centrado en el efecto sobre la salud de un solo evento de gran importancia, mientras que otros han investigado el impacto acumulativo de distintos acontecimientos. En cuanto a los estudios sobre el efecto de un solo evento importante, se trata fundamentalmente de estudios descriptivos sobre las reacciones (sobre todo emocionales) de personas que son víctimas de una crisis concreta y en cuanto al segundo tipo de investigaciones, las que estudian el impacto acumulativo de varios eventos, se incluyen dentro de esta categoría las investigaciones sobre microestresores o tensiones diarias y las de acontecimientos vitales estresantes propiamente dichos (Barrón, 1989, citado en Barrón, 1997).

En la actualidad existe una polémica acerca de si el efecto negativo sobre la salud se debe a la acumulación de los distintos eventos o si su impacto se debe a uno solo de dichos sucesos, el más importante. Para algunos autores como Lin et al. (1985, citados en Barrón, 1997) la existencia de un solo evento de gran relevancia permitiría explicar las relaciones halladas; sin embargo se ha encontrado una relación entre la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en un periodo de tiempo y la probabilidad de padecer distintos trastornos físicos y/o psicológicos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981, citados en Barrón, 1997).

No obstante según Levi (1987, citado en Barrón, 1997), es que en estas condiciones, ante los acontecimientos vitales estresantes, el organismo reacciona con una serie de mecanismos patogénicos que, en función de la presencia o ausencia de una serie de variables interactuantes, pueden ser precursores de trastornos; en este sentido, el estrés puede tener consecuencias físicas (trastornos cardiovasculares, cáncer), psicológicas



(diversas enfermedades mentales y trastornos psicósomáticos), conductuales (tabaquismo, alcoholismo, accidentes) y sociales (ausentismo laboral, conflictos familiares, etc.

Los mecanismos mediante los cuales tiene dichos efectos patogénicos sobre la salud, Krantz et al. (1985, citados en Barrón, 1997) sugieren los siguientes:

- a) En primer lugar, el estrés puede tener efectos psicofisiológicos que afecten a la salud. Los estímulos psicosociales pueden causar cambios en el funcionamiento corporal; es decir, en respuesta al estrés se activan los mecanismos de defensa químicos y hormonales provocando cambios en la actividad simpática, secreción de catecolaminas, etc.
- b) El estrés puede favorecer la adopción de hábitos inadecuados o conductas desadaptativas, ya que ante una situación de estrés prolongado pueden utilizar como mecanismos de afrontamiento tales como beber, fumar, comer en exceso, consumir tranquilizantes, etc., conductas que, a largo plazo, son factores de riesgo para determinados trastornos.
- c) Por último, ya una vez aparecido el trastorno, el estrés puede influir en el curso del mismo.

Es importante recalcar que existe evidencia la cual indica que cuando la frecuencia de los acontecimientos indeseables, no causados por el estado de salud de la persona, exceden a los experimentados por la comunidad general en un periodo de tiempo comparable, aumentan la probabilidad de que se desarrollen distintos trastornos; sin embargo, no se puede concluir que cada trastorno este causado por tipos específicos de eventos. Cabe destacar que un evento será estresante solamente si el sujeto lo experimenta como tal y la respuesta al estrés será el producto de la situación y del individuo, teniendo en cuenta todos aquellos factores que influyen en la resistencia ante él y/o aumentan la vulnerabilidad del mismo; por tal motivo existe una serie de variables (tanto personales como ambientales) que moderan los efectos del estrés, y que deberían ser tenidas en cuenta (Barrón, 1997).

Variables moderadoras del estrés

Kobasa en 1979 (citado en Barrón, 1997) mencionó que la asociación entre los eventos vitales estresantes y los problemas de salud se da únicamente en los sujetos con locus de control externo ya que el locus de control interno protege del estrés vital, por tal motivo un sujeto puede tolerar más tensión si piensa que esa situación no se prolongará indefinidamente; además, si una persona considera que tiene control sobre una situación, esta será percibida como menos amenazante.

Lefcourt (1980, citado en Barrón, 1997) afirma que los sujetos con locus de control interno utilizan mecanismos de afrontamiento mas activos, buscan mas información sobre la enfermedad cuando están enfermos, siguen mejor los tratamientos y adoptan mas medidas de tipo preventivo que los sujetos con locus de control externo.

Barrón (1997) señala que el apoyo social se trata de un concepto complejo, que incluye múltiples fenómenos (demostrar cariño, ayudar a alguien, pertenecer a asociaciones



comunitarias, sentirse querido y acompañado, etc.), incluidos en estos aspectos estructurales y funcionales y señala que de cada uno de ellos hay que tener en cuenta una serie de factores que van a afectar a la eficacia de la transacción de apoyo.

Para Lin et al. (1981, citados en Barrón, 1997), el apoyo social es la ayuda dada a un sujeto a través de los lazos sociales, grupos y comunidad global; sin embargo, otros autores ofrecen definiciones basadas en la existencia o cantidad de relaciones sociales y entre dichas relaciones las más estudiadas han sido, el estado civil y el contacto con amigos y familiares. No obstante la sola existencia de relaciones no implica la provisión de apoyo, por tal motivo no se puede tomar como medida del mismo, ya que ignora el hecho de que incluso algunas de dichas relaciones pueden ser fuente de conflictos. Por ello, en otro tipo de definiciones se enfatizan las funciones que cumple el apoyo social, coincidiendo en considerar este concepto como un constructo multidimensional, con varias categorías: emocional, estima, pertenencia, material, informacional, etc. En esta línea Thoits (1985, citado en Barrón, 1997) propone como definición de apoyo social “el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros” (p. 85). Entiende por necesidades sociales básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socioemocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros) o por la provisión de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo).

Lin y et al. (1986, citados en Barrón, 1997), ofrecen una definición integradora, en la que definen el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Cabe destacar que esta aceptado que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, ya que las personas con un buen nivel de apoyo social, integradas socialmente, con redes sociales que satisfacen sus necesidades de pertenencia, estima, aceptación etc., están más sanas física y emocionalmente, que las personas que carecen de esas relaciones (Barrón, 1997).

Ahora bien, dentro del siguiente apartado nos enfocaremos al estudio del estrés en el trabajo, debido a la amenaza que trae consigo sobre la salud de los trabajadores, uno de los intereses fundamentales de la psicología del trabajo.



ESTRÉS LABORAL

Según González-Rey (2006) una de las formas más estables en la cuál se puede expresar y comprometer el hombre, tanto en su cotidianidad como en su proyección vital, es en el campo laboral, por lo cual, las emociones, reflexiones, proyectos y todo lo que acontece en la actividad laboral se expresará de una forma bien definida en el hombre.

La actividad laboral no solamente tiene un sentido profesional, ya que en ella el individuo se implica de una forma total, dando como resultado una serie de vivencias e ideas muy diversas, que afectan su autoestima, su seguridad emocional, así como otras necesidades humanas como la de logro, prestigio social, comunicación, etc. (González-Rey, 2006).

El fenómeno del estrés laboral es uno de los que mayor atención ha despertado en las últimas décadas en Psicología, incluyendo el ámbito de la Psicología del Trabajo, debido a que en la actualidad el estrés en el trabajo significa una amenaza para la salud de los trabajadores, así como para la salud de las organizaciones. Actualmente se han realizado muchas investigaciones sobre el estrés en diferentes países, dichas investigaciones indican que los cambios en las estructuras laborales en los últimos años, están produciendo un aumento en el estrés laboral (O'Brien, 2006; Ramos, Montalbán y Bravo, 1997).

El estrés laboral ha sido investigado mediante diversos estudios debido a su impacto en el deterioro mental y en la salud física; ya que específicamente los individuos expuestos al estrés en el trabajo han reportado problemas conductuales y emocionales, como depresión, ansiedad, burnout y alcoholismo, de igual forma el estrés laboral puede ocasionar ciertos problemas organizacionales como: insatisfacción laboral, rotación de personal, ausentismo, incremento de accidentes laborales, decremento en la presentación laboral (Senol-Durak, Durak y Géncös, 2006), ya que el estrés laboral presenta consecuencias desfavorables tanto para los individuos como para la organización (Ramos et al., 1997).

Para Ramos (2001) el estrés en el trabajo es “la respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores” (p. 86), este puede ocasionar una salud pobre, e incluso lesiones.

O'Brien (2006) expone la diferencias entre estrés laboral y general e indica que el estrés laboral es “un estado de tensión personal o displacer” (p. 61), y que un estresor general es “la ausencia objetiva o subjetiva de adecuación entre los recursos personales y la demanda laboral” (p. 61).

Asimismo se ha encontrado que uno de los principales recursos personales con los que cuentan los individuos en sus trabajos es su capacidad; sin embargo la mala adecuación entre capacidades y demandas laborales puede aparecer cuando se infrutilizadas sus capacidades o cuando ellos son infrutilizados en sus trabajos. De hecho mediante muchas



investigaciones se ha mostrado que un estrés laboral prolongado tiene un gran número de determinantes y consecuencias (O'Brien, 2006).

El interés de los investigadores organizacionales se ha dirigido de manera especial a las consecuencias negativas (distrés) que el estrés produce en los individuos (Ramos et al., 1997). Cooper (1987, citado en Díaz et al., 2001) demostró que las perturbaciones emocionales producidas por las situaciones ambientales impedían la ejecución de tareas en forma adecuada.

Ramos et al. (1997) indicaron que a nivel individual produce una elevación en ciertas respuestas fisiológicas (presión sanguínea, ritmo cardíaco, niveles hormonales, problemas digestivos, trastornos del sueño, úlceras y enfermedades cardiovasculares, etc.), emocionales (ansiedad, irritabilidad, depresión, etc.) y conductuales (como la adicción al tabaco, bebida u otras sustancias, deterioro de las relaciones interpersonales, etc.).

Estresores laborales

Existen trabajos y ciertas organizaciones, en las que por determinadas circunstancias la incidencia del estrés es mayor que en otras; esto sugiere que ciertas situaciones laborales presentan un potencial estresor mayor, y que ese potencial estresor tiene un componente objetivo. (Ramos et al., 1997).

Las primeras investigaciones industriales se preocuparon principalmente de aislar los factores que podrían determinar el estrés en el trabajo. Las principales variables de preocupación fueron aquellas características del contexto laboral que se referían a la naturaleza de las tareas realizadas por los trabajadores. Las características reales solían describir tareas que variaban según los diferentes estudios, pero muchas de las características que ahora se usan para describir las tareas se derivaron de los primeros estudios del trabajo basados en la máquina. Las primeras investigaciones industriales sobre el estrés se centraron en los efectos perjudiciales del trabajo repetitivo en serie o la fatiga; sin embargo, aunque el ritmo de la máquina parecía ser un factor para producir un alto estrés laboral, escasa salud y bajas expectativas de vida, otros factores tales como la peligrosidad y las estructuras administrativas indicarían ser también factores predisponentes (O'Brien, 2006).

La mayor parte de los estudios sobre las máquinas y el trabajo en cadena, no dejó en claro que había en esos trabajos que los hacía estresantes; sin embargo podría deberse a la alta sobrecarga laboral, ausencia del control sobre el procedimiento de la tarea, infrautilización de sus capacidades, baja interacción personal, poca variedad o poca participación en la toma de decisiones, ya que mediante una serie de investigaciones se ha demostrado que todos y cada uno de estos factores, bajo determinadas circunstancias podrían ser asociados con el alto estrés laboral; sin embargo los resultados no siempre han sido contundentes (O'Brien, 2006).



Fuentes de estrés laboral

Casi todos están de acuerdo en que el estrés del trabajo resulta de la interacción del trabajador con las condiciones de trabajo; sin embargo, las diferencias en las características individuales, tales como la personalidad y el estilo de enfrentar la vida, son las más importantes para predecir si ciertas condiciones de trabajo provocarán estrés (Ramos, 2001).

Por otro lado, aunque la importancia de las diferencias individuales no puede ser ignorada, la evidencia científica sugiere que ciertas condiciones de trabajo son estresantes para la mayoría de las personas (Ramos, 2001). Dentro de las principales fuentes de estrés laboral según O'Brien, 1986 (tomado de O'Brien, 2006: p. 62) se encuentran:

El contenido del trabajo

- Ritmo de la máquina
- Infrautilización de las capacidades
- Sobreutilización de las capacidades
- Sobre carga cuantitativa
- Baja participación en las decisiones laborales
- Presión horaria
- Monotonía

Estructura y política organizacional

- La ambigüedad del rol
- Trabajo compartido
- Supervisión directiva
- Salario inadecuado

Ambiente laboral

- Ruido
- Contaminación
- Temperatura
- Escasa seguridad

Factores no relacionados con el trabajo

- Eventos estresantes no laborales
- Demandas familiares
- Inseguridad económica

Personalidad

- Ansiedad
 - Personalidad Tipo A
 - Locus de control externo-interno
-
-



Dentro de las condiciones propias del trabajo, las principales fuentes de estrés se explican en forma más detallada a continuación:

Las condiciones físicas: Las condiciones físicas del trabajo pueden ser en ocasiones estímulos muy aversivos para los trabajadores, y constituir una importante fuente de estrés. Entre las condiciones físicas que con frecuencia actúan como estresores se destacan: el ruido, las condiciones de iluminación, las condiciones de temperatura y humedad, la higiene y toxicidad en el lugar de trabajo, el trabajo a la intemperie e incluso las relacionadas con el espacio disponible para el trabajo (como puestos aislados, escasa intimidad en el puesto, etc.). Los efectos de estas variables ambientales sobre los trabajadores están modulados por numerosos factores, entre los que destacan las diferencias individuales, el tipo de tarea, e incluso las condiciones físicas restantes (Ramos et al., 1997).

Condiciones horarias de trabajo: El horario en el que se desempeña el trabajo también puede ser un elemento desencadenante de estrés laboral. El trabajo a turnos, el trabajo nocturno, la realización de largas jornadas de trabajo o de gran número de horas, o incluso la existencia de jornadas laborales inciertas, en las que el trabajador no tiene claro cuando podrá finalizar su jornada, son factores que pueden percibirse de manera amenazadora por los trabajadores, hasta el punto de motivar que anticipen efectos negativos de los mismos, con la consiguiente aparición de las consecuencias del estrés (Ramos et al., 1997).

Demandas específicas del puesto de trabajo: Ciertos trabajos suponen la existencia de riesgos y peligros muy superiores a otros, las posibilidades de sufrir accidentes suelen generar estrés, de la misma manera que los riesgos y accidentes sufridos por un trabajo afectan de manera directa a las percepciones de estrés de los compañeros. Los excesos de responsabilidad y el responsabilizarse personalmente de otras personas también son fuentes potenciales de estrés (Ramos et al., 1997).

El contenido del puesto: Las características del contenido del trabajo son la variedad, interés e identidad de las tareas, el grado de autonomía del puesto, las oportunidades para el uso de habilidades y las oportunidades de control, y el feedback de las tareas. El contenido de la tarea tiene un alto potencial de estrés cuanto más se aleja de las preferencias del trabajador. Las tareas excesivamente repetitivas y monótonas, así como las tareas que resultan poco importantes y muy fragmentadas, son generalmente consideradas como tareas potencialmente estresantes. En cuanto al grado de autonomía, tan estresante puede resultar un puesto de trabajo en el cual el trabajador no tenga la más mínima capacidad de decidir por sí mismo el orden del proceso de trabajo, los métodos o procedimientos para desarrollarlo o para tomar ciertas decisiones relevantes para su trabajo. El puesto de trabajo debe permitir al trabajador emplear sus destrezas, conocimientos y habilidades, ya que tan estresante puede ser, según los casos, un puesto poco calificado que no permita a su ocupante que ponga en juego sus habilidades como un puesto cuyas exigencias imposibiliten al trabajador un desempeño eficiente. El exceso en las habilidades requeridas respecto a las que dispone el trabajador de igual forma es una fuente de estrés importante. El concepto de ajuste entre las preferencias de la persona y sus recursos personales con las demandas del puesto, es la clave en la prevención del estrés laboral. Otra



fuerza potencial de estrés es el grado de responsabilidad del mismo, tanto en lo que se refiere a las consecuencias que podría tener sobre otras personas o cosas la conducta del trabajador, como la influencia que su trabajo tiene sobre el de otras personas o sobre su bienestar. Los puestos con gran responsabilidad son susceptibles de ocasionar un elevado grado de estrés a sus ocupantes, siempre teniendo en cuenta las diferencias individuales y la situación concreta (Ramos et al., 1997).

El desempeño del rol laboral: Se conoce como estrés de rol a un conjunto de variables derivadas del desempeño de roles laborales. La sobrecarga de rol hace referencia a la existencia de una excesiva cantidad de demandas que el ocupante de un rol laboral debe desempeñar en un determinado periodo de tiempo. Tal sobrecarga suele resultar en una gran dificultad para llevar a cabo todas las demandas requeridas (Ramos et al., 1997).

Relaciones interpersonales y grupo de trabajo: Las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo son otra fuente potencial de estrés, ya que la relación con otras personas puede ser percibida negativamente, con lo cual contribuye a desencadenar estrés. La calidad de las relaciones interpersonales es determinante. La existencia de relaciones deterioradas, la falta de confianza y de apoyo, relaciones poco cooperativas, y sobre todo la existencia de disputas, conflictos personales o tensiones entre los ocupantes del entorno del trabajo favorecen la existencia de estrés laboral. Esto ocurre a dos niveles: primero, por que estos factores actúan como estímulos estresores directos, además porque el apoyo social es uno de los principales mecanismos para combatir, reducir o prevenir el estrés, y en el caso del trabajo el apoyo social que más tiene que ver es el que procede del propio entorno de trabajo. Si éste no se da, el efecto de otros estímulos del entorno laboral es mucho más poderoso. Los pacientes, clientes y usuarios, también son agentes sociales que merecen mencionarse. En algunos trabajos, este tipo de relaciones son fundamentales (como en el personal de la salud). En algunos casos, las características de los propios usuarios son una potencial fuente de estrés (como factores de personalidad del personal de la salud). En otros casos, la existencia de tensiones o malas relaciones con pacientes, clientes o usuarios habituales o la mala comunicación e inexistencia de rapport con personas con las que hay que interactuar con frecuencia, son de igual forma estresores destacables (Ramos et al., 1997).

El desarrollo de la carrera: En cada una de las fases de la carrera, pueden considerarse una serie de estresores específicos. La fase inicial de la carrera se caracteriza por la sorpresa, que consiste en el choque entre las expectativas y deseos de la persona al incorporarse a una organización y la realidad no siempre acorde con ellas. Además la socialización es muy intensa en esta fase, en la que la persona recibe gran número de demandas, expectativas y presiones de los compañeros más expertos acerca de cómo comportarse. La ambigüedad, la incertidumbre y la dificultad para entender el pensamiento y modelos dominantes en la organización también caracterizan esta fase. En la fase de consolidación (segunda fase), las principales preocupaciones se derivan de los esfuerzos por conseguir el éxito profesional y las dificultades para compatibilizar las demandas de la carrera con la vida familiar. La competitividad entre compañeros, la necesidad de adaptarse a las promociones sucesivas, y el incremento de las demandas que suelen suponer los puestos de mayor responsabilidad, son las principales fuentes potenciales de estrés en esta etapa. En la fase de mantenimiento (segunda fase) se combinan dos tipos de preocupaciones



contrapuestas: las posibilidades de estancamiento de la carrera profesional, y la reducción en el ritmo de progreso, derivada de la existencia de menores oportunidades. En esta fase aparece la crisis de mitad de la carrera, que resulta de la percepción del trabajador de que éxito profesional conseguido ha tenido un alto coste personal, al tener que renunciar a muchas oportunidades extralaborales. La fase de preparación a la jubilación (cuarta fase), puede verse sometida a fuentes específicas de estrés, esta fase se caracteriza por el temor y la incertidumbre respecto a la jubilación, en especial en aquellas personas que han mostrado una gran implicación laboral a lo largo de su vida (Ramos et al., 1997).

Estresores extralaborales: Entre los principales estresores extralaborales suelen mencionarse los problemas económicos, los legales, y los conflictos y los problemas familiares. Las fuentes más frecuentes de estrés en relación con la familia proceden de las dificultades para hacer compatibles las demandas laborales y de la carrera con las demandas familiares. Los diferentes roles familiares que cada personaje ejerce presentan un conjunto de demandas que con frecuencia interfieren con las demandas laborales (Ramos et al., 1997).

Modelos del estrés laboral

Existen diversos modelos teóricos sobre el estrés laboral, los cuales consideran las consecuencias organizacionales del mismo. Marshall y Cooper (1979, citados en Ramos et al., 1997) mencionan como síntomas organizacionales del estrés la baja productividad, ausentismo o la alta tasa de rotación entre otros. Ivancevich et al. (1990, citados en Ramos et al., 1997) consideran tres niveles de consecuencias del estrés: los resultados a nivel individual, las consecuencias a nivel organizacional sobre la productividad, el ausentismo, la rotación y abandono, y la accidentabilidad, y las consecuencias para el vínculo individuo-organización (satisfacción laboral, desempeño, burnout, etc.). Altas tasas de estrés entre los empleados de una organización pueden incluso comprometer la eficacia organizacional (Peiró y Salvador, 1993, citados en Ramos et al., 1997).

En la actualidad existe una gran cantidad de modelos teóricos que explican el estrés laboral, los cuales proceden de diversos campos científicos, ya que se han desarrollado los modelos bioquímicos, psicosomáticos, de combate, de adaptación, de desastre, socioambiental o de proceso, entre otros (Ivancevich y Matteson, 1980, citados en Ramos et al., 1997). Aunque existen diversos modelos sobre el estrés laboral, Ramos, Montalbán y Bravo (1997) presentan el modelo integrador del estrés, formulado por Peiró y Salvador en el año de 1993.

Peiró (1992) y Peiró y Salvador (1993) integran las aportaciones más relevantes en un modelo integrador (ver Figura 2) que considera seis grupos de variables, las cuales son las variables ambientales, la experiencia subjetiva, las estrategias de afrontamiento, los efectos y las consecuencias del estrés laboral y las variables moduladoras (Ramos et al., 1997).

Las variables ambientales integran el primer bloque del modelo, y consisten en las demandas que el ambiente hace recaer sobre el individuo y los recursos disponibles para



hacer frente a las mismas. Entre los recursos más destacados se encuentran la capacidad de decisión, el control sobre el puesto y el apoyo social (según el modelo de Karasek, 1979, tomado de en Ramos et al., 1997). La influencia del ambiente se plantea como la discrepancia o el desajuste entre esas demandas y los recursos, adoptando una perspectiva similar en este punto a los modelos de Edwards de 1988 o el de Harrison de 1978 (citados en Ramos et al., 1997); además la importancia que se concede al desajuste entre demandas y recursos influye en los efectos y consecuencias que pueda tener el desajuste.

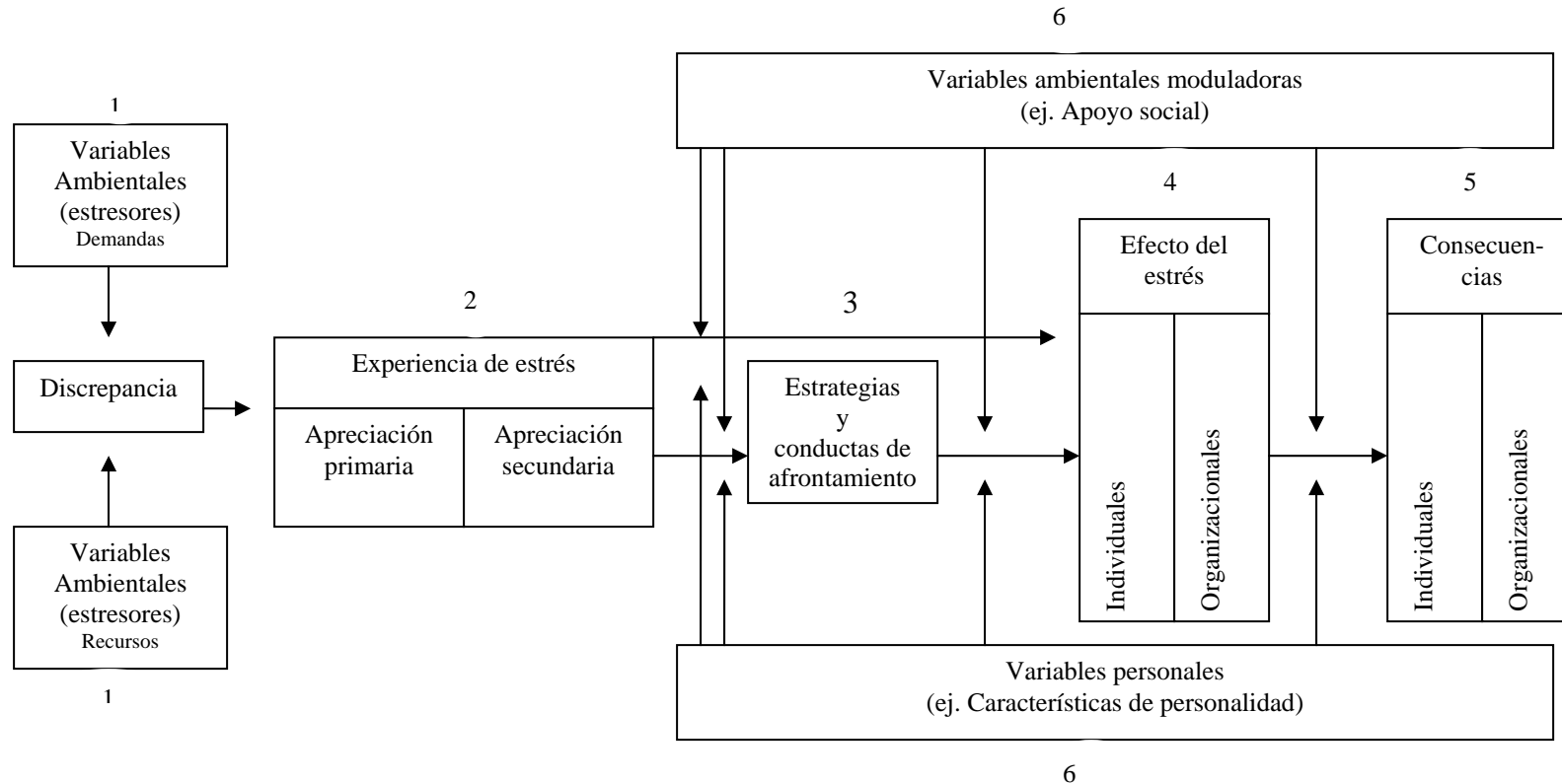
El siguiente elemento del modelo es la experiencia subjetiva, que recoge de Lazarus y Folkman (1984, citados en Ramos et al., 1997), los cuales son los procesos de apreciación, que se refieren tanto a las demandas situacionales como a los recursos disponibles. Esta aportación enfatiza la perspectiva transaccional del modelo, al centrarse en el desajuste entre demandas y recursos, asimismo, existe una fuerte relación entre procesos de apreciación y afrontamiento, y entre el proceso de retroalimentación entre afrontamiento y apreciación en función de la eficacia del primero.

El tercer bloque del modelo lo constituyen las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por el individuo. En este punto se contempla la evaluación de nuevas alternativas. El modelo de Edwards (1988, citado en Ramos et al., 1997) es el que ha incluido el feedback entre estos dos aspectos. Los dos siguientes bloques del modelo tienen que ver con la distinción realizada por Matteson e Ivancevich en 1987, citados en Ramos et al., 1997) entre efectos y consecuencias del estrés laboral. Los efectos son el resultado de la experiencia de estrés y del afrontamiento puesto en práctica, y entre ellos se encuentran las reacciones fisiológicas y los cambios psicológicos y comportamentales que han sido enumerados por diversos autores. Esos cambios pueden seguir ciertos patrones temporales. Las consecuencias del estrés más citadas son las alteraciones de la salud física o mental de las personas expuestas a experiencias de estrés que no han sido capaces de afrontarlas de forma adecuada, junto con las consecuencias a nivel organizacional (ausentismo, rotación, accidentabilidad, efectos sobre la productividad, etc.).

Por último, el modelo destaca las variables que ejercen una influencia moduladora sobre los procesos y relaciones anteriores (ambiente-proceso de apreciación, apreciación-afrontamiento, afrontamiento-resultados-consecuencias). Por un lado se mencionan ciertas características de la persona (incluyendo la personalidad tipo A, la personalidad resistente, el neuroticismo, los estilos cognitivos, la autoeficacia, el locus de control, el sistema de valores, etc.), mientras que por otra parte se consideran diversas variables moduladoras del ambiente, entre las que destaca la función amortiguadora del apoyo social (Ramos et al., 1997).



Figura 2 Modelo integrador de estrés laboral
Propuesto por Peiró y Salvador en el año de 1993 (tomado de Ramos, Montalbán y Bravo, 1997, p. 176)





Ramos et al. (1997) consideran que el estrés esta determinado por cuatro aspectos diferentes:

- 1) Existencia de una serie de estímulos ambientales, procedentes o relacionados con el trabajo.
- 2) Proceso de percepción y valoración de estos estímulos estresores: aparece un desajuste percibido entre los estímulos ambientales y una serie de variables personales, desajuste que resulta amenazador para la persona.
- 3) Puesta en marcha de una serie de acciones o procesos de afrontamiento, destinados a reducir ese desajuste, ya sea centrándose en el ambiente o en variables personales.
- 4) Aparición de una serie de efectos y consecuencias de diferente tipo como resultado del desajuste y de los procesos de afrontamiento.

Consecuencias del estrés laboral

O'Brien (1986, citado en O'Brien, 2006, p. 26) menciona diferentes tipos de consecuencias que se pueden generar por el estrés laboral, dicho autor indica que se pueden ser conductuales, en la salud física y en la salud psicológica. Estas se muestran a continuación:

Conductuales

- Huelgas
- Ausentismo
- Rendimiento disminuido
- Uso de drogas y alcohol
- Aumento del uso de los servicio médicos
- Accidentes

Salud Física

- Hipertensión
- Úlcera Péptica
- Enfermedad respiratoria
- Dermatitis
- Enfermedad coronaria
- Cáncer

Salud psicológica

- Depresión
- Ansiedad
- Alcoholismo, abuso de drogas
- Neurosis
- Enfermedad Psicógena
- Síndrome de Burnout
-



Motivos del incremento del estrés laboral

Según O'Brien (2006) existen cuatro razones por las cuales aumenta el estrés laboral. Una de ellas es debido a los cambios tecnológicos, ya que estos han tendido a incapacitar a los trabajadores, particularmente en las industrias de ordenadores (puesto que la utilización de sistemas automatizados o dirigidos por ordenadores, han conducido a trabajos que no requieren de niveles altos de capacitación, ya que estos trabajos no requieren del uso de las capacidades de los trabajadores, capacidades que se han adquirido por el entrenamiento y la educación) por lo cuál muchos trabajadores han informado que se sienten devaluados, insatisfechos y con estrés. La segunda razón del incremento del estrés laboral se relaciona con el incremento del nivel educacional de los trabajadores, ya que en la actualidad la mayoría de los trabajadores (en las naciones industrializadas) cuentan con un mejor nivel educativo; sin embargo no se ha alcanzado la expectativa de que la educación suponga un trabajo de alta capacitación. La tercera razón es que la política social no ha diseñado empleos que permitan la utilización razonable de las capacidades, ya que no se exige que las organizaciones otorguen trabajos en los que se utilicen todas las capacidades de los trabajadores y que supongan retos para ellos. La cuarta razón para el aumento del estrés laboral es que en las organizaciones existen pocas intervenciones que tengan el objetivo de reducir los niveles de estrés laboral, ya que muy pocas veces se utilizan a los psicólogos organizacionales y de la salud para aminorar el estrés laboral (O'Brien, 2006).

La responsabilidad del estrés y de la repercusión de los individuos que la sufren ha recaído sobre los propios afectados; sin embargo, las organizaciones, responsables en gran parte del diseño y configuración del entorno laboral, ocupan un papel muy importante en la aparición del estrés laboral, y deberían tenerlo también en la prevención y tratamiento del mismo, por cuanto su incidencia sobre los estímulos estresores es grande (Ramos et al., 1997). Cabe destacar que es importante identificar el estrés ya que si este se experimenta de una manera prolongada y no se hace nada por alterar esta situación, se pueden desarrollar problemas psicológicos tales como el síndrome de burnout (Díaz et al., 2001) el cuál se expondrá en detalle dentro del siguiente apartado.



SÍNDROME DE BURNOUT

En la década de los setenta apareció por primera vez dentro de la literatura científica la distinción entre estrés laboral y burnout, cuando Freudenberger en 1974 (citado en Uribe, en prensa) describió una serie de síntomas y comportamientos experimentados por profesionales de servicios de la salud, a los cuales denominó síndrome de burnout. En la actualidad dentro de diversas investigaciones se ha encontrado que no solo en aquellos oficios de servicios pueden desarrollar el síndrome de burnout; sino que de igual forma cualquier profesional o trabajador el cual tenga una gran vocación, que se entregue a su profesión, que tenga niveles altos de idealismo profesional y que desarrolle su trabajo centrado en el trato hacia los demás, puede desarrollar este síndrome (Gil-Monte, 2005).

Según Ponce, Bulnes, Aliaga, Atalaya y Huertas (2005), el síndrome de burnout se puede considerar como el mal del siglo XXI, ya que aproximadamente dos terceras partes de todas las enfermedades se relacionan con el estrés laboral, ya que éste es un factor importante que origina numerosas enfermedades físicas y mentales.

El burnout es un problema psicosocial importante ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de los trabajadores repercute sobre la organización en la que labora. Y debido a que éste se desarrolla en los profesionales que trabajan directamente con personas (como los odontólogos, maestros, etc.), el deterioro de su calidad de vida laboral repercute en sus clientes o pacientes y sobre la sociedad en general (Gil-Monte y Peiro, 2000). El burnout surge por la interacción psicosocial de la persona con su entorno, debido a que el trabajador invierte demasiado esfuerzo (intenso o duradero) en relación a los resultados que percibe (Manassero, Vázquez et al., 2003).

Historia del Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout mucho antes de que fuera definido ya era considerado como un problema social por muchos profesionales. La palabra burnout se introdujo dentro del repertorio médico y psicosocial hace 30 años, sin embargo inicialmente (en 1940) se utilizaba para hacer referencia a cohetes o turbinas que dejaban de funcionar (García, Gutiérrez, Ruiseñor y Familiar, en prensa).

En el año de 1974, como consecuencia de los estudios sobre estrés, el concepto de burnout se adaptó a los humanos en los primeros trabajos de Herbert Freudenberger (citado en Manassero, Vázquez, et al., 2003; Moriana y Herruzo, 2004; Ponce et al., 2005), un psicoanalista alemán que residía en Estados Unidos, el cuál trabajaba en una clínica neoyorquina.

Freudenberger al observar que los voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación, después de un tiempo dentro de su puesto sufrían una pérdida de energía, llegando luego al agotamiento y a la desmotivación por su profesión, introdujo el término



de burnout para describir al estado físico y mental en relación con el trabajo. Él describió a esas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso noto que estas proporcionaban un trato distante, agresivo y cínico a sus pacientes (Appels, 2006; Ortega y López, 2004).

En 1974 Freudenberger (citado en Ponce et al., 2005) definió el síndrome de burnout como “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (p. 90).

Para Freudenberger, el burnout se trataba de una sensación de agotamiento, decepción y pérdida del interés por el trabajo, la cual surgía al no tomar en consideración a las propias necesidades y tener una sobrecarga de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Él indicó que éste síndrome se originaba especialmente en las profesiones de servicios de ayuda como consecuencia del contacto directo con su clientes, y que en especial aquellos profesionales más comprometidos y que trabajaban más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo (intentando satisfacer con desinterés todas las demandas de su trabajo, dejando en segundo término sus propios intereses) eran aquellos que lo presentan con una mayor probabilidad (Manassero, Vázquez, et al., 2003; Ortega y López, 2004; Ponce et al., 2005).

Según Moreno (1998, citado en Ortega y López, 2004), tanto el estudio como el análisis del burnout comenzó dentro de la clínica y de la psicología social, la clínica se enfocaba en los síntomas del burnout y la psicología social en la relación del trabajador con el cliente.

Autores como Ponce et al. (2005) y García et al. (en prensa) mencionan que en un inicio la información existente sobre el burnout era de tipo descriptiva y cualitativa, existiendo pocos estudios empíricos, ya que mayormente se realizaban estudios de casos y entrevistas. Sin embargo tiempo después debido a las observaciones de campo la información sobre el burnout se enriqueció, ya que gracias a estas se logró evidenciar mucho de lo anteriormente encontrado mediante las entrevistas.

Desde que surgió el estudio del síndrome de burnout han existido dos tendencias controvertidas, en una de ellas se encuentran aquellos científicos que defienden que los síntomas del burnout pueden observarse también en aquellas personas que no tienen ningún tipo de empleo, y en la otra se encuentran los científicos que defienden que el burnout aparece únicamente en las personas que trabajan directamente con otras personas (Appels, 2006). Pines y Aronson (1988, citados en Appels, 2006) representan a los científicos que creen que los síntomas de burnout pueden observar en personas que no trabajan en el sector de asistencia social, por lo cuál definen al burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes” (p. 121). Dentro de esta misma línea, otros autores lo definen como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (Ortega y López, 2004, p. 139).



Maslach pertenece a aquellos científicos que defienden que el burnout únicamente se desarrolla en aquellos individuos que trabajan con personas de forma continua. Maslach define al burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y una realización personal reducida que puede ocurrir entre individuos que de alguna manera trabajan con personas” (Appels, 2006, p. 121).

En la actualidad el síndrome de burnout ha generado una enorme cantidad de investigaciones, las cuales han aportado una considerable cantidad de definiciones, modelos teóricos y componentes; y es considerado como uno de los riesgos psicosociales de todas las profesiones (Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006).

Definición del Síndrome de Burnout

El Diccionario de la Lengua Española (2001, citado en Gil-Monte, 2005) define “síndrome” como un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad. Para el DSM-IV, citado en Gil-Monte (2005) un síndrome vendría siendo una agrupación de signos y síntomas, los signos son observados por el médico, ya que son manifestaciones objetivas de un estado patológico y los síntomas son manifestaciones subjetivas de un estado patológico, por lo cual son descritos por el individuo.

La primera definición del síndrome de burnout dentro de una publicación de carácter científica fue realizada por Herbert J. Freudenberger en 1974 (citado en Gil-Monte, 2005), el cuál lo definió como una “experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con el trabajo” (p. 55). A partir de esa fecha se generaron varias definiciones del burnout, en las cuales se trató de hacer una delimitación conceptual, así como se intento de integrarlo en los campos de estudio existentes y de diferenciarlo de otros fenómenos.

Maslach y Pines en el año de 1977 (citados en Gil-Monte, 2005), definieron al síndrome de burnout como “un síndrome de agotamiento físico, emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparecen en los profesionales de las organizaciones de servicio” (p. 45). En el mismo año, Gil-Monte y Peiró (citados en Ortega y López, 2004) lo definieron como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Mencionan que esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita a ellas” (p. 139).

Tiempo después, en 1980 Edelwich y Brodsky (citados en Ponce et al., 2005) definieron al síndrome de burnout como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo” (p. 90).

Después de revisar diversas definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 Perlman y Hartman (citados en Uribe, en prensa) concluyeron que el burnout era una respuesta al



estrés emocional crónico con tres dimensiones: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización.

Para el año de 1981 Catherine Maslach y Susana Jackson (citadas en Gil-Monte, 2005), definieron al burnout 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 de cualquier tipo de actividad” (p. 45).

En 1982 hubieron varias aportaciones científicas de la definición del burnout, ya que para Pines y Kafry (citados en Gil-Monte, 2005), el burnout era “un estado de agotamiento mental, emocional, físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo” (p. 45). Por otra parte para Ryerson y Marks (citados en Gil-Monte, 2005) era “un síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional” (p. 45), y para Perlman y Hartman (citados en Gil-Monte, 2005) era “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización” (p. 45).

Gillespie y Numerof en 1984 consideraron que existía una ambigüedad en la definición de burnout y lo clasificaron en dos tipos: el burnout pasivo y el activo. Para ellos el burnout pasivo estaba caracterizado por las conductas de retirada y apatía, y el burnout activo se manifestaba por el desgaste a través de conductas asertivas (Ponce et al., 2005).

Pines y Aronson en 1988 (citados en Ortega y López, 2004), definieron al burnout como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes” (p. 139).

Y en 1991 Feber (citado en Manassero et al., 2003), definió al burnout como “un síndrome relacionado con el trabajo que surge de la percepción de una discrepancia significativa entre el esfuerzo y la recompensa, estando influida esta percepción por factores individuales, organizacionales y sociales” (p. 87).

Sin embargo, pese a todas las definiciones aportadas por los científicos, la aproximación más fructífera y aceptada por la comunidad científica ha sido la propuesta por Maslach y Jackson de 1981 (Durán, Extremera, Montalbán y Rey, 2005; Ortega y López, 2004; Ponce et al., 2005), quienes desde una perspectiva psicosocial lo describieron (como se mencionó anteriormente) como una respuesta inadecuada ante el estrés laboral crónico, cuya expresión fundamental consiste en tres dimensiones: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud despersonalizada en el trato con los demás, y un sentimiento de inadecuación ante las tareas que se deben realizar.

Cabe mencionar que dentro de la literatura especializada, el síndrome de burnout se puede encontrar con una gran variedad de términos, lo cual según Gil-Monte (2005) ha generado un gran desconcierto en el campo de la investigación, debido a que ha dificultado entender que es el burnout y, en que se diferencia de otras patologías afines o con nombres semejantes. Sin embargo Ortega y López (2004) mencionan que los términos: síndrome de



quemazón, desgaste profesional, desgaste ocupacional y desgaste psíquico son términos equivalentes, mientras que: depresión, estrés e insatisfacción laboral son muy diferentes.

En cuanto a la diferencia entre depresión y burnout, Guerrero y Vicente en el año 2001 (citados en Ortega y López, 2004), mencionaron que la depresión agrupa a un conjunto de síntomas de un estado de ánimo bajo generalizado en la persona, mientras que el burnout es temporal y delimitado al campo laboral. Respecto a la diferencia entre estrés y burnout, Gil-Monte (2005) y Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Pili (2000) mencionan que el burnout surge como una respuesta al estrés laboral crónico, ya que se desarrolla cuando fallan las estrategias de afrontamiento que los individuos utilizan para manejar las situaciones de estrés. Y en cuanto a la insatisfacción laboral y el burnout Gil-Monte (2001, citado en Ortega y López, 2004), menciona que aunque son experiencias psicológicas internas y negativas, el burnout incluye cambios de conducta hacia las personas a las que se les ofrece el servicio, cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y un agotamiento al realizar el trabajo.

Dimensiones del Burnout

Al seguir a Maslach y Jackson (1981 y 1982, citados en Uribe en prensa) y a Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), el burnout se puede definir principalmente en las tres dimensiones siguientes:

Cansancio emocional (agotamiento): es el cansancio, desgaste y fatiga que se puede manifestar emocional, física o mentalmente mediante la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás (a nivel afectivo), ya que se da una pérdida progresiva de energía. Es una situación de agotamiento de la energía o de los propios recursos emocionales, una experiencia de estar emocionalmente agotado, exhausto o vacío debido al contacto cotidiano y mantenido con personas receptoras del servicio o trabajo, ya sean pacientes, alumnos, clientes, etc. (Durán et al., 2005; Ortega y López, 2004; Uribe, en prensa).

Despersonalización: es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia las personas a las que se les da servicio (pacientes, clientes, alumnos, etc.). Se puede considerar como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas receptoras del trabajo o servicio; estos receptores son vistos por los profesionales de una forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que provoca que se les culpe de sus problemas, por ejemplo el paciente se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto molesto, el alumno merece ser reprobado (Durán et al., 2005; Ortega y López, 2004; Uribe, en prensa).

Falta de realización personal (insatisfacción): son un conjunto de respuestas negativas hacia sí mismo y al trabajo. Se caracteriza por una dolorosa desilusión del sentido de la vida y de los logros profesionales, la cuál presenta sentimientos de fracaso, incompetencia y baja autoestima. Es aquella tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, esta evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo



y a la relación con las personas a las que atienden (Durán et al., 2005; Ortega y López, 2004; Uribe, en prensa).

Según Ramos (1999), Manzano y Ramos (2000) y Maslach (2003, citados en Morán, 2006) el cansancio emocional es la dimensión central de las tres dimensiones del síndrome de burnout. El cansancio emocional representa la respuesta básica al estrés.

Manzano y Ramos (2000) indican que entre los autores que abordan el síndrome de burnout desde la perspectiva tridimensional de Maslach están: Burke (1998); Burke, Greenglass y Schwarzer (1996); Golembiewski (1984); Golembiewski, Munzenridery y Carter (1983); Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995); Leiter (1988), Leiter y Durup (1994); Shaufeli y Van Dierendonck (1995), Daniel y Pérez (1999); Gil Monte (1994); Gil-Monte y Peiró (1997); Manzano y Ramos (1999); Mingote (1997); Moreno y Oliver (1993); Moreno, Oliver y Aragoneses (1991); Torres et al (1996) y Valero (1997), sin embargo, estos autores establecen diferencias en cuanto al orden secuencial en el que se presentan las fases del burnout.

Aproximaciones teóricas

Según García, Saéz y Llor (2000) y Gil-Monte (2001), los modelos psicosociales que tratan de explicar el burnout se pueden reunir en tres grupos: los modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo, los que parten de la teoría del intercambio social, y los desarrollados desde la teoría organizacional.

Los modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo le dan un papel central a las variables del self (como la autoeficacia o el autoconcepto) para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social elaborado por Harrison en 1983 (citado en Gil-Monte, 2001), según este modelo, la competencia y la eficacia percibida son claves en el desarrollo del burnout. Según Harrison la mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en servicios de ayuda están motivados para ayudar a los demás, esta motivación junto con los factores de ayuda o los factores barrera determinarán la eficacia del individuo en su trabajo, ya que altos niveles de motivación junto con factores de ayuda (como una buena capacitación profesional o participación en la toma de decisiones) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo, pero los factores barrera (como la sobrecarga laboral o los conflictos interpersonales) disminuyen los sentimientos de autoeficacia y origina el burnout.

Los modelos basados en las teorías del intercambio social consideran que el burnout tiene su origen en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia las cuales desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social al establecen relaciones interpersonales. Dentro de este grupo se encuentran Buunk y Schaufeli (citados en Gil-Monte, 2001), quienes indicaron en 1993 que el burnout tiene dos orígenes: uno en los procesos de intercambio social con las personas a las que se atienden y otro en los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. Respecto a los procesos de intercambio social, identificaron tres fuentes de estrés: la incertidumbre (la cual



es una falta de claridad sobre el cómo actuar), la percepción de equidad (es el equilibrio percibido entre lo que la persona da y reciben en sus relaciones), y la falta de control (es la posibilidad del sujeto para controlar los resultados de sus acciones). En cuanto a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, para que se desarrolle el burnout ellos indicaron que debía existir una falta de apoyo social en el trabajo, y refirieron que los trabajadores de asistencia pueden rechazar el apoyo social porque lo ven como una amenaza para su autoestima.

Según Gil-Monte (2001) los modelos elaborados desde la teoría organizacional, incluyen como antecedentes del burnout: las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante el burnout. Un modelo característico de este grupo es el de Winnubst (citado en Gil-Monte, 2001), el cuál en 1993 resaltó la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en el desarrollo del síndrome.

Según García, Saéz y Llor (2000), Gil-Monte y Peiró en el año de 1997 propusieron un modelo integrador el cuál consideraron que el burnout era una respuesta al estrés laboral percibido el cual surgía después de un proceso de evaluación cognitiva, al fallar las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales.

Burnout y sus fases: Modelos de sus fases

Dentro de la literatura científica existen varios modelos que tratan de explicar el desarrollo del burnout, algunos de estos modelos se mencionan a continuación:

Modelo tridimensional de Maslach y Leiter (1988)

En este modelo el burnout se concibe como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. Este modelo tiene tres componentes: la experiencia de estrés (aspecto emocional), la evaluación de los demás (aspecto actitudinal) y la evaluación de uno mismo (aspecto cognitivo), y explica que el síndrome esta formado por el cansancio emocional (el cuál es el componente del estrés e implica una incapacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo), la despersonalización (componente asociado a la evaluación de los otros, en el que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes, alumnos o pacientes) y una baja realización personal (componente relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). La secuencia de este modelo (ver Figura 3) inicia con el cansancio emocional, el cual se produce por el desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales que se tienen, posteriormente pasa a la despersonalización, el cual es una salida a la situación creada y termina con la falta de realización personal, la cual se desarrolla debido a la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo (Gil-Monte, 2005; Leiter y Maslach, 1988; Moriana y Herruzo, 2004).



Figura 3
Proceso del modelo de Leiter y Maslach (tomado de Leiter y Maslach, 1988)

Etapa	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	Baja	Alta

Modelo de Golembiewski, Munzenrieder y Carter (1988)

Para Golembiewski, Munzenrieder y Carter el agotamiento emocional es la principal dimensión del burnout, y el síndrome de burnout es un proceso en el que los trabajadores pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, esto lo hacen como respuesta al estrés laboral y a la tensión que su trabajo les genera. Su modelo esta compuesto por ocho fases (ver Figura 4), mediante las cuales va evolucionando el burnout (Gil-Monte, 2005; Ortega y López, 2004; Uribe, en prensa).

Figura 4
Proceso del Modelo de Golembiewski, y Munzenrieder (tomado de Uribe, en prensa)

Factores/Fases	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

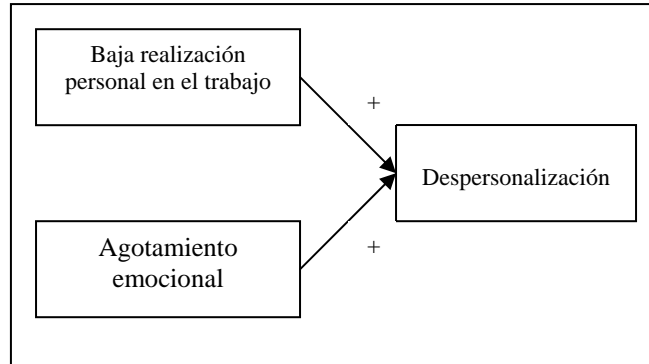
Modelo de Gil-Monte (1994)

Para Gil-Monte el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, el cual aparece después de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral crónico no funcionan. Esta respuesta (burnout) es una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia cuando se desarrolla una baja realización personal en el trabajo y un alto agotamiento emocional. Para Gil-Monte (2005) una baja realización personal incrementa el agotamiento emocional y la relación entre baja realización personal y despersonalización se da debido a que la percepción de bajo rendimiento y de fracaso profesional generan frustración, la cual se proyecta en forma de una respuesta agresiva hacia la fuente de frustración. La relación entre agotamiento emocional y despersonalización se debe a que el agotamiento emocional es una fuente de tensión la cual se relaciona con el estrés causado por los clientes, y la despersonalización una estrategia de afrontamiento para manejarlo, por tal motivo la despersonalización es un estilo de afrontamiento que se fortalece después de la reevaluación cognitiva, pero para que se fortalezca la despersonalización el trabajador ha tenido que utilizar sin éxito otras estrategias (ver Figura 5).



Figura 5

Proceso del Modelo de Gil-Monte (tomado de Gil-Monte, 2005 p. 108)

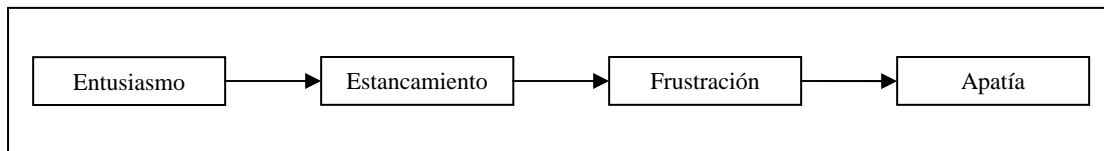


Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)

Para Edelwich y Brodsky (citados en Gil-Monte, 2005), el burnout es un proceso de desilusión hacia la actividad laboral, para explicarlo elaboraron un modelo cíclico de cuatro fases (ver Figura 6). La primera fase es la de entusiasmo y en esta los individuos desarrollan ilusiones y expectativas irreales sobre el trabajo sin conocerlo realmente, ya que para ellos inicialmente lo único valioso es la actividad laboral. La segunda fase es la de estancamiento, en la cual el trabajo ya no lo es todo en la vida del trabajador, por lo cual se centra en las aficiones personales (lo amigos, la familia y el hogar), comienza a valorar las contraprestaciones recibidas por el trabajo (salario, horarios de trabajo, etc.) y pierde el idealismo y el entusiasmo inicial. La tercera fase es la de frustración (esta es la fase nuclear del burnout), aquí los individuos se cuestionan de si vale o no la pena su trabajo, si tiene o no sentido ayudar a los demás cuando estos no colaboran, etc., por tal motivo en esta fase pueden aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales. La cuarta fase es la de apatía y se caracteriza por el vacío y por una frustración continua en el trabajo, sin embargo el individuo no lo deja ya que lo necesita para poder vivir, pero evita las innovaciones y los cambios e incluso intentan evitar a las personas a las que debe atender, ya que lo único que desea es la estabilidad laboral.

Figura 6

Proceso del Modelo de Edelwich y Brodsky (Tomado de Gil-Monte, 2005, p. 109)



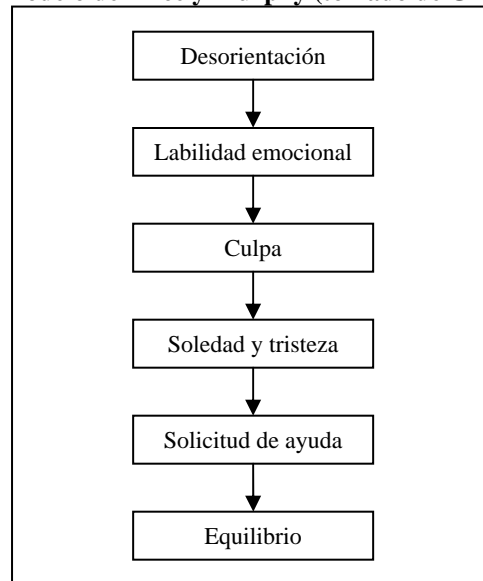
Modelo de Price y Murphy (1984)

En el año de 1984, Price y Murphy (citados en Gil-Monte, 2005), indicaron que el burnout era un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y sugirieron que éste se podría explicar como si se tratara de un duelo, ya que para ellos el burnout se componía de pérdidas a nivel personal, interpersonal e institucional y social. Para ellos el burnout pasa



por seis fases: la primera es la de desorientación, en ella el individuo toma conciencia de su realidad laboral y se da cuenta de que no alcanza sus objetivos con las personas hacia las que trabaja. La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional, la cual se incrementa por la falta de apoyo social y emocional de sus compañeros de trabajo, y por el aislamiento y el distanciamiento emocional que desarrollan para no implicarse en los problemas de las personas a las que atienden; por tal motivo el trabajador no desahoga sus emociones, y pasa por periodos de labilidad y desgaste emocional, lo cual lo conduce a la pérdida de la capacidad para ofrecer apoyo emocional. En la tercera fase aparecen sentimientos de culpa ocasionados por el fracaso profesional, aquí los trabajadores se atribuyen fallos que no están bajo su control, y la ocurrencia repetitiva de esto los lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento poco adaptativas. La cuarta fase es la de soledad y tristeza. La quinta es la de solicitud de ayuda y en la sexta se da el equilibrio inicial con el que se abordó la profesión (ver Figura 7).

Figura 7
Proceso del Modelo de Price y Murphy (tomado de Gil-Monte, 2005)



Causas del síndrome de burnout

Como se ha expuesto anteriormente, el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico el cuál surge al fallar las técnicas de afrontamiento para manejar los estresores laborales y al no haber una correspondencia entre las exigencias de la profesión y las recompensas recibidas (Gil-Monte, 2003; Manassero et al., 2003).

Según Gil-Monte (2001) el estrés en los profesionales de la salud es causado por la combinación de variables físicas, psicológicas y sociales.

Pines, Aronson y Kafry (citados en Hernández, 2003) consideran que el síndrome de burnout se causa por el cansancio ocupacional y por las consecuencias emocionales



debido a las características internas (como la monotonía, falta de autonomía, etc.) y externas (relaciones laborales deficientes, falta de apoyo en el trabajo, etc.) del trabajo.

Según Manassero et al. (2003) aquellos trabajos destinados a la ayuda de personas siempre implican cierto grado de estrés psicológico y emocional, debido a que este tipo de profesiones en todo momento se encuentran expuestos a los problemas físicos, psicológicos y sociales de los clientes, pacientes o alumnos durante largos periodos de tiempo, teniendo como su responsabilidad el solucionarlos, lo cual los obliga a tener una entrega continua en su trabajo. El estrés en este tipo de trabajadores muchas veces se ocasiona por: la escasez de personal, lo que les ocasiona una sobrecarga laboral, por el trabajo en turnos, por mantener contacto directo con clientes problemáticos, contacto directo con enfermedades (muchas veces crónicas), con el dolor y con la muerte, por falta en especificidad de sus funciones y tareas, lo que les ocasiona conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones (Gil-Monte, 2001).

De acuerdo con Pines y Aronson (1988) los profesionales de servicio tienen tres características comunes: tienen un trabajo emocionalmente pesado, su orientación es centrada al cliente, paciente o alumno (ya que su objetivo es ayudar o asistir a sus clientes, alumnos o pacientes) y estos trabajadores tienen algunos rasgos de personalidad comunes, ya que como indican Manassero et al. (2003) estos profesionales son personas especialmente sensibles a las necesidades de los demás, tienen una mayor nivel de empatía hacia los otros y sufren más con los problemas a los que su profesión tiene, por tal motivo experimentan un mayor desgaste emocional y sufrimiento en el ejercicio de su profesión.

Como estos profesionales tienen una orientación centrada en el cliente, se enfocan en las necesidades de sus clientes, alumnos o pacientes y se olvidan de sus propias necesidades de desarrollo profesional, ayuda, apoyo y atención, por tal motivo esta orientación centrada en el cliente origina una relación absolutamente asimétrica y perjudicial para los trabajadores la cual es una fuente de burnout (Manassero et al., 2003).

De acuerdo con Gil-Monte (2001) las variables implicadas en el origen del burnout se pueden clasificar en cuatro grupos: variables individuales, variables interpersonales, variables organizacionales y variables sociales. Dentro de las variables individuales, se encuentran los sentimientos de altruismo e idealismo los cuales llevan a los profesionales a implicarse enormemente en los problemas de sus clientes, pacientes o alumnos, las variables interpersonales incluyen las relaciones tensas, conflictivas y prolongadas con los usuarios y con los compañeros, así mismo la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores, de la dirección o la administración de la organización son causantes del burnout. Dentro de las variables organizacionales los problemas de autonomía, de participación en la toma de decisiones, la incorporación rápida de innovaciones, y la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol pueden desencadenar el síndrome. Y en cuanto a las variables del entorno social, las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones pueden originar el burnout (Gil-Monte, 2001).



Síntomas del Síndrome de Burnout

Según la Unidad de Investigación Psicosocial sobre la Conducta Organizacional (UNIPSICO, citada en Gil-Monte, 2005) de la Universidad de Valencia, se afirma que para tener una aproximación al Síndrome de burnout, se deben tomar en consideración la evaluación de los componentes cognitivos, afectivos, actitudinales, conductuales y físicos, siendo los indicadores más característicos los síntomas cognitivos, afectivos y actitudinales.

Síntomas cognitivos: sentirse contrariado, sentimientos de vacío, sentir que no valoran un trabajo, percibirse incapaz para realizar las tareas, pensar que no se puede abarcar todo, pensar que se trabaja mal, dificultad en la concentración, falta de control, verlo todo mal, sensación de no mejorar, inseguridad, inquietud, nerviosismo, impotencia, baja autoestima, pensar que el trabajo no vale la pena, pérdida de la autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional (Gil-Monte, 2005; Marrau, 2004).

Síntomas afectivo-emocionales: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad y mal humor, incapacidad de concentración, disgusto y enfado, frustración, distanciamiento afectivo, cinismo, agresividad, desencanto, aburrimiento, agobio, sentimiento de omnipotencia, tristeza y depresión, desgaste emocional, disminución de la memoria inmediata, desorientación, angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa, sentimientos de vacío, agotamiento emocional y odio (Gil-Monte, 2005; Marrau, 2004; Ponce et al., 2005).

Síntomas actitudinales: falta de ganas de seguir trabajando, apatía, irresponsabilidad, eludir una tarea, pasar de todo, estar harto, intolerancia, impaciencia, quejarse por todo, evaluar negativamente a compañeros, romper con el entorno laboral, ver al paciente como un enemigo, frialdad hacia los pacientes, no aguantar a los pacientes, indiferencia, culpar a los demás de su situación, cinismo, despersonalización, hostilidad y suspicacia (Gil-Monte, 2005).

Síntomas conductuales: aislamiento, no colaborar, hostilidad, comunicación deficiente, conflictos interpersonales, comportamiento suspicaz y paranoide, consumo de tranquilizantes y barbitúricos, rigidez, ingesta de mayor o menor alimento, conflictos interpersonales, quejas constantes, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de enfermos y compañeros, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), aumento de accidentes, ausentismo y conductas agresivas hacia clientes (Gil-Monte, 2005; Marrau, 2004; Ponce et al., 2005).

Síntomas físicos: cansancio, insomnio, úlcera de estomago y otros desordenes gastrointestinales, dolores de dientes, alteraciones cardiorrespiratorias, mareos, vértigo, contracturas, taquicardia, perdida de peso, dolor de cabeza, dolor de espalda, malestar general, fatiga e hipertensión, etc. (Gil-Monte, 2005; Manassero et al., 2003; Marrau, 2004; Ponce et al., 2005).

Gil-Monte (2005) indica que es de suma importancia el tener presente el contexto en el que surge la patología y el proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios



síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

Consecuencias del síndrome de burnout

Según Gil-Monte (2003) las consecuencias del síndrome de burnout se encuentran tanto a nivel individual como a nivel organizacional.

De acuerdo con Gil-Monte (2003) las consecuencias a nivel individual, pueden ser emocionales, actitudinales, conductuales o somáticas. Dentro de las consecuencias emocionales se encuentran: el utilizar mecanismos de distanciamiento emocional, los sentimientos de soledad, los sentimientos de alienación, la ansiedad, los sentimientos de impotencia y los sentimientos de omnipotencia. En cuanto a las consecuencias actitudinales se pueden desarrollar: actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia (entre otras). Con respecto a las consecuencias conductuales se puede generar: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfados y gritos frecuentes e irritabilidad. Y en cuanto a las consecuencias somáticas, se pueden desarrollar: alteraciones cardiovasculares (como dolores precordiales, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (como crisis asmáticas, taquipneas, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (incrementos en las infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (gastritis, náuseas, diarrea, etc.) y alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

En cuanto a las consecuencias para la organización se encuentran: el deterioro de la calidad asistencial, una baja satisfacción laboral, el incremento en el ausentismo laboral, la tendencia al abandono laboral, una disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, el incremento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Gil-Monte, 2003).

Medición del síndrome de burnout

En la actualidad existe una gran variedad de instrumentos los cuales permiten medir el burnout, entre estos se encuentran los siguientes:

Maslach Burnout Inventory (MBI) de 1986: Es el más utilizado por los investigadores; está formado por 22 reactivos, los cuales miden las tres dimensiones propuestas por ellas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiro, 2000), con respuestas tipo Likert. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y confiabilidad (entre un 0.75 y 0.90). En España ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española y de hecho Gil-Monte y Peiró (citados en Ortega y López, 2004), lo aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones, y realizando un análisis factorial de las tres escalas encontraron una adecuada validez y confiabilidad de la versión adaptada al castellano. Actualmente



existen tres versiones del MBI: el *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y esta compuesto por 22 reactivos, los cuales están distribuidos en las tres escalas del burnout (Gil-Monte, 2005). El *MBI Educators Survey (MBI-ES)* es la versión para profesionales de la educación (Ortega y López, 2004). El *MBI-General Survey (MBI-GS)* es una nueva versión del MBI, el cuál es más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas, pero mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo que contiene 16 reactivos (Ortega y López, 2004).

The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS) de Jones: Esta escala se compone por 20 reactivos los cuales tienen respuestas tipo Lickert que evalúan el burnout tal y como lo describen Maslach y Jackson (2001, citados en Ortega y López, 2004). La escala mide cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Fue diseñado para los profesionales de la salud, aunque se puede aplicar a otras profesiones.

Tedium Scales (TS) de Pines, Aranson y Kafry de 1981: Esta escala consta de 21 reactivos los cuales miden cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuestas tipo Lickert de 7 puntos. Según Ortega y López (2004) uno de los problemas que presenta esta escala es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo.

The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof de 1984: Es un cuestionario que esta integrado por 10 reactivos los cuales hacen referencia a sentimientos del trabajo, sin embargo de este instrumento no se han establecido correlaciones con otras medidas de burnout ni con el MBI (Ortega y López, 2004).

Efectos psíquicos del burnout (EPB) de García elaborada en 1995: Fue diseñado para medir el burnout en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 reactivos con respuestas tipo Lickert de 7 puntos (Ortega y López, 2004).

Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno Jiménez realizada en 1997: El cuestionario consta de 22 reactivos con respuestas tipo Likert. Los reactivos se distribuyen en las tres dimensiones fundamentales del Burnout (Hernández, 2003).

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte elaborada en 1995: Fue diseñado para evaluar el síndrome de burnout en profesionales de la salud (CESQT-PS) y en profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad (CESQT-PD). El instrumento está formado por 21 reactivos con respuestas tipo Likert de 5 puntos, los cuales miden cuatro factores denominados: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. Con este instrumento se puede estimar con que frecuencia un individuo percibe los síntomas del burnout, en forma de deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal (Gil-Monte, 2005).

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), de Uribe: La escala fue diseñada para medir el nivel de burnout en la población mexicana, esta cuenta con 30 reactivos con respuestas tipo Likert de 6 puntos las cuales van de totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, esta escala miden tres factores: agotamiento (9 reactivos),



despersonalización (9 reactivos) e insatisfacción al logro (12 reactivos). Además cuenta con reactivos que miden variables psicosomáticas (trastornos de sueño, trastornos de dolor, trastornos neuróticos, trastornos gástricos, trastornos de depresión, trastornos de ansiedad y trastornos psicosexuales) y demográficas (Uribe, en prensa).

De todos los instrumentos de autoinforme mencionados el más utilizado en todos los países y el que ha constituido la base de los demás instrumentos es el inventario de burnout de Maslach y Jackson elaborado en 1986 (según Ortega y López, 2004). Sin embargo, según varios investigadores (como Ortega y López, 2007) éste instrumento presenta problemas en cuanto a las clasificaciones de patología, las clasificaciones diagnósticas y los niveles de burnout, y según Uribe (en prensa) estos pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura, por lo cual para nuestra población el instrumento más adecuado es el EMEDO ya que está diseñado especialmente para la población mexicana.

Burnout y su relación con variables sociodemográficas

A lo largo del tiempo han existido muchos estudios que han centrado su atención en el análisis de variables sociodemográficas y su relación tanto con el estrés como con el burnout. La mayoría de ellos han encontrado pequeños porcentajes significativos de varianza en diversas subescalas que evalúan burnout, pero para gran parte de estas variables existen resultados contradictorios entre los distintos autores.

En la actualidad las causas del Síndrome de Burnout no están bien establecidas. Factores personales como la edad, sexo, factores sociales como el estado civil o el número de hijos; factores laborales como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, el turno, el horario, el tipo de actividad desarrollada e incluso el calor atribuido a la labor desempeñada en términos de incentivos no necesariamente de tipo monetario, sino, por ejemplo, de tipo recreacional, o de crecimiento personal, están implicados como factores asociados a este síndrome (Tuesca-Molina, Iguarán, Suárez, Vargas, y Vergara 2006).

Gracias a diversas investigaciones, se ha señalado que algunas personas parecen tener mayor riesgo de experimentar burnout, pero existen discrepancias en la literatura respectiva por que las investigaciones han aportado resultados poco claros o contradictorios en cuanto a la influencia de los factores sociodemográficos en el burnout. Por ejemplo, respecto del sexo, algunos estudios muestran que los hombres exhiben mayores niveles de burnout, otros indican que son las mujeres (Moreno et al., 2006); sin embargo la mayoría de los autores no encuentran diferencias significativas con respecto a esta variable (Byrne, 1999, y Schwab e Iwanicki, 1982b, citados en Moriana y Herruzo, 2004).

Un amplio número de estudios han mostrado la influencia de la edad en el proceso de burnout, de hecho, se le considera como la variable demográfica que más consistentemente se ha asociado con el desgaste profesional. En efecto, parece que existe una relación inversa entre la edad y los niveles de burnout; no obstante, parecen ser preferentemente los primeros años de experiencia en la profesión los que se encuentran asociados al síndrome, lo que facilita la obtención de estrategias de afrontamiento.



Respecto del nivel de estudios, hay un escaso número de trabajos centrados en analizar su relación con el desgaste profesional, pero en general, los resultados apoyan la prevalencia de mayores niveles de Burnout en quienes han alcanzado un nivel elevado de estudios, en tanto que muchas investigaciones no aportan resultados concluyentes (Moreno et al., 2006).

Tomando en cuenta a la edad, los resultados encontrados por diversos investigadores han sido contradictorios ya que dicha relación ha sido tanto lineal como curvilínea, habiéndose encontrado también ausencia de relación. Algunas de las relaciones que se han establecido entre el síndrome de burnout y la edad se asocian con: el tiempo de experiencia en la profesión, la maduración propia por la edad del individuo y la pérdida de una visión irreal de la vida en general (Moriana y Herruzo, 2004). En algunas investigaciones se ha encontrado que puede existir un periodo de sensibilización en el cuál los profesionales son vulnerables, siendo éste en los primeros años de carrera profesional ya que es el periodo en el que se produce la transmisión de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son las prometidas ni esperadas (Atance, 1997; Duenas, Merma y Ucharico 2003). Sos, Sobrequés, Segura, Manzano, Rodríguez, García, et al. (2002) plantearon que la edad posee un papel moderador, de tal forma que a mayor edad habrá un menor nivel de burnout debido a que el trabajador (a medida que pasan los años) adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña y esto lo hace menos vulnerable al estrés laboral.

Considerando el estado civil, se ha encontrado que los solteros experimentan mayor burnout que los casados, mayor cansancio emocional y despersonalización (Moriana y Herruzo, 2004); sin embargo Duenas et al. (2003), no encontraron relación entre el nivel de burnout y el estado civil en médicos, sin embargo prevalecen las investigaciones que plantean que el soporte familiar, y el matrimonio actúan como amortiguador de las situaciones estresantes minorizando con ello los niveles de burnout.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001, citados en Espelan, 2006), han encontrado que las personas con mayores niveles de educación, reportan mayores niveles de burnout con respecto a los empleados que tienen menor educación.

En una investigación realizada por Guevara, Henao y Herrera (2004), para tratar de determinar la prevaencia del burnout, sus componentes y su posible asociación con aspectos relacionados con el ejercicio clínico y las alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia, no encontraron una relación significativa entre el síndrome de desgaste profesional y las variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, estado civil, nivel académico, etnia, tipo y nivel de entrenamiento, nivel socioeconómico, número de horas recreativas, horas de trabajo médico); en contraste, el número de turnos se asoció significativamente con el desgaste profesional. Así mismo, encontraron que aquellos médicos que presentaban disfunción familiar también presentaban desgaste profesional de moderado a severo.



Collier, McCue, Markus y Smith en el 2002 (citados en Thomas, 2006), no encontraron asociación entre burnout y número de hijos, sexo, estado marital, y frecuencia en la práctica de ejercicio; sin embargo Sos et al. (2002) identificaron que la paternidad se relaciona con un menor cansancio emocional, fruto de un mejor afrontamiento de conflictos y estrés laboral.

En el estudio realizado por Jenaro-Río, Floresy González (2007), para determinar la relación del síndrome de burnout con variables sociodemográficas y organizacionales en personales de acogimiento residencial de mujeres, encontraron que algunas variables sociodemográficas y numerosos factores relacionados con las demandas del puesto de trabajo influyen en los niveles del síndrome en los profesionales de acogimiento residencial de menores. El estado civil no presentó tener impacto en el burnout, la antigüedad en el puesto mostró afectar a la despersonalización y el tener turnos de trabajo rotatorios se asocio con mayores niveles de agotamiento emocional.

Desde un punto de vista organizacional Uribe (en prensa) encontró que los individuos que trabajan en la iniciativa privada, los que trabajan por obra determinada, los que trabajan menos o más (aquellos que se encuentran en el ocio o en la adicción al trabajo), los que tienen poco tiempo de trabajar en la vida o en sus empleos actuales, los que compiten por los ascensos y por mejorar sus ingresos son quienes presentan mayor agotamiento emocional. Por otro lado encontró que aquellos que tienen un contacto indirecto con los usuarios de sus servicios, los que trabajan para la iniciativa privada, y los que compiten por los ascensos y por mejorar sus ingresos presentan mayores niveles de despersonalización, además aquellos sujetos que trabajan en puestos operativos, los que trabajan para la iniciativa privada, los que trabajan por obra y tiempo determinado, los que tienen poca antigüedad en su empleo y de trabajar en la vida y, los que tienen pocos ascensos y pocos ingresos son quienes presentan mayor insatisfacción de logro.

En una investigación realizada por Ponce et al., en el 2005, al tratar de conocer la posible presencia del síndrome de burnout en docentes encontraron diferencias según su área de especialidad, ya que encontraron que los docentes pertenecientes al área de ciencias de la salud presentaban niveles más altos que los docentes pertenecientes al área de letras, educación, derecho, y a los del área básica; mientras que los pertenecientes a las áreas de las especialidades de ingeniería y económico-financiero presentaban niveles promedios de burnout. Además no encontraron diferencias significativas en relación a la variable sexo, estado civil y práctica de deporte; pero encontraron que a mayor tiempo de servicios y de tiempo en la profesión docente, hay menor cansancio emocional y despersonalización y mayor realización personal. Y que los docentes con problemas de salud manifestaban mayor despersonalización y cansancio emocional.

Otros factores de riesgo que se han encontrado para desarrollar el síndrome de burnout son: ser una persona joven, de sexo femenino, soltero o sin pareja estable, con mayores turnos laborales y rasgos de personalidad tales como ser una persona idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y de mayores ingresos económicos (Guevara, Henao y Herrera, 2004).



García, Saéz y Llor (2000), en un estudio encontraron que el personal sanitario con contrato indefinido presentaban mayor burnout e insatisfacción laboral. Sus resultados concordaron con lo encontrados en otros estudios anteriores y podrían ser explicados por el modelo de Edelwich y Brodsky (expuesto anteriormente en este capítulo), ya que siguiendo ese modelo los trabajadores con contrato indefinido podrían encontrarse en alguna de las dos últimas fases (frustración o apatía).

Considerando una serie de variables sociodemográficas Atance (1997) propone un perfil teórico de riesgo para los profesionales del sector salud, en donde considera que ser mujer, mayor de 44 años, separada, divorciada o viuda, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el mismo centro de trabajo, realizando su tarea en un centro de más de 1,000 trabajadores y dentro del ámbito de la atención especializada; dedicando su tarea directamente en relación con los enfermos al menos el 70% de su jornada laboral, teniendo a cargo entre 21-100 enfermos y trabajando entre 36 a 40 horas a la semana, serían los factores más propicios para desarrollar el síndrome de burnout.

Uribe (en prensa) encontró que las mujeres, los universitarios, sin hijos, jóvenes (entre 16 y 30 años), y con relaciones de pareja menores a tres años son quienes presentan niveles altos de agotamiento emocional y que los solteros, con escolaridad baja, son quienes padecen mayoritariamente despersonalización y, que aquellos que no tienen hijos o pocos hijos y son jóvenes padecen insatisfacción de logro.

Intervención del síndrome de burnout

Debido a todas las repercusiones que trae consigo el síndrome de burnout tanto para el individuo como para la organización desde que comenzó su estudio se han desarrollado diversas intervenciones para controlarlo y reducirlo y para mejorar la calidad de vida del trabajador y de igual forma para lograr su prevención, ya que esto resulta ser fundamental (Moriana y Herruzo, 2004 y Ortega y López, 2004).

Según Gil-Monte (2005; 2001) los programas de formación dirigidos a la prevención del burnout deben considerar el entrenamiento a tres niveles: nivel organizacional (según el cual se debe entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional y disminuir los estresores organizacionales), nivel interpersonal (en este se debe considerar a los grupos de trabajo y a la interacción social, y debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, etc.) y nivel individual (en el cual se deben desarrollar estrategias cognitivo-conductuales para eliminar o mitigar las fuentes de estrés), la formación en estos tres niveles debe ser complementaria y no excluyente.

Estrategias de intervención a nivel organizacional

Debido a que los trabajadores pueden indicar cuales son las fuentes de estrés de su trabajo, las intervenciones se deben dirigen a ellos (Ortega y López, 2004), por tal motivo la



dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral tomando en consideración a las percepciones de los trabajadores (Gil-Monte, 2001).

Gil-Monte (2001) recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria (para acercar a los nuevos trabajadores a la realidad laboral y evitar que tengan expectativas erróneas), desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol, implantar programas de desarrollo organizacional (para mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces), establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

Por su parte Ortega y López (2004) al tomar como referencia a múltiples investigadores mencionan que algunos de los cambios que deben producirse dentro de la organización para disminuir este síndrome, los cuales son: incrementar la autonomía del trabajo, fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender, enriquecer los trabajos (incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado), y mejorar la calidad del ambiente físico de trabajo.

Estrategias de intervención a nivel grupal e interpersonal

El tipo de estrategias de intervención grupal e interpersonal deben dirigirse a fomentar el apoyo social de los compañeros y supervisores, también se deben incluir, métodos para mejorar las habilidades sociales y las relaciones con los clientes o pacientes, evaluaciones periódicas de los profesionales e intervenciones en los roles laborales y sus disfunciones (Gil-Monte, 2001).

Estrategias de intervención a nivel individual

A nivel individual deben emplearse estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema, este tipo de intervenciones se recomiendan en cualquier momento del transcurso del burnout o inclusive mucho antes de que aparezcan los síntomas de este. Dentro de las técnicas y programas dirigidas al afrontamiento se encuentran las técnicas dirigidas a la solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y el entrenamiento para manejar eficazmente el tiempo (Gil-Monte, 2001). Gil-Monte (2001), menciona que incluso el olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, el tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcar objetivos reales y posibles de alcanzar resultan ser eficaces. Otras estrategias empleadas son las técnicas de relajación y el biofeedback (Ortega y López, 2004).



Síntesis

El término de estrés fue incorporado al contexto de las ciencias de la salud por Hans Selye en 1936 para hacer referencia a la suma de cambios generales y específicos que se producen en el organismo en respuesta a determinados estímulos externos. En sí mismo el estrés no es algo puramente negativo (distrés), ya que también posee un valor curativo (eustrés); sin embargo su problema radica en la persistencia, ya que cuando se mantienen las condiciones de estrés, esto puede provocar una cronificación provocando con ello cambios en el funcionamiento del organismo los cuales pueden terminar siendo negativos (distrés) para la salud. Sin embargo aunque existe el eustrés y el distrés, en general los científicos han adoptado la noción del estrés con un significado de consecuencias negativas (distrés) para el individuo que las sufre. Dentro de la literatura científica se ha puesto de manifiesto que cualquier interacción, situación o evento puede convertirse en una fuente de estrés si de ella se derivan o pueden derivarse consecuencias aversivas, especialmente cuando: son fenómenos de difícil control, resultan impredecibles para la persona que los sufre, o ésta no dispone de repertorios de afrontamiento. Por ello la incontrollabilidad del fenómeno, la imprevisión de su ocurrencia y la ausencia de repertorios de afrontamiento son los componentes que delimitan la capacidad de generar estrés de un fenómeno y el nivel del mismo.

El fenómeno del estrés laboral es uno de los que mayor atención ha despertado dentro de la psicología del Trabajo, debido a que este representa una amenaza para la salud de los trabajadores, así como para la salud de las organizaciones. Mediante las investigaciones se ha encontrado que los individuos expuestos al estrés en el trabajo presentan problemas conductuales y emocionales, como depresión, ansiedad, burnout y alcoholismo, de igual forma éste puede ocasionar ciertos problemas organizacionales tales como: insatisfacción laboral, rotación de personal, ausentismo, incremento de accidentes laborales y decremento en la presentación laboral. Casi todos los científicos están de acuerdo en que el estrés del trabajo resulta de la interacción del trabajador con las condiciones de trabajo. Asimismo las diferencias en las características individuales, tales como la personalidad y el estilo de enfrentar la vida, son las más importantes para predecir si ciertas condiciones de trabajo provocarán estrés; por otro lado, la evidencia científica sugiere que ciertas condiciones de trabajo son estresantes para la mayoría de las personas. Dentro de las principales fuentes de estrés laboral se encuentran aquellas inmersas dentro de: el contenido del trabajo, la estructura y política de la organización, el ambiente laboral, los factores relacionados con el trabajo y la personalidad del individuo. Si el estrés se experimenta de una manera prolongada y no se hace nada por alterar esta situación, se pueden desarrollar problemas psicológicos tales como el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout es un problema psicosocial importante ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de los trabajadores repercute sobre la organización en la que labora, sobre el trabajo que realiza y sobre la persona a la que presta su servicio. En 1974 Freudenberg definió el síndrome de burnout como el conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, desarrollados en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, e indicó que se originaba especialmente en las profesiones de servicios de ayuda como consecuencia del contacto directo con sus clientes, y que en especial aquellos profesionales más comprometidos y que trabajaban más



intensamente ante la presión y demandas de su trabajo eran quienes lo presentan con una mayor probabilidad. A partir de lo postulado por Freudenberger, surgieron varias definiciones aportadas por científicos; sin embargo la aproximación más aceptada por la comunidad científica ha sido la propuesta por Maslach y Jackson de 1981 quienes desde una perspectiva psicosocial lo describieron como una respuesta inadecuada ante el estrés laboral crónico, cuya expresión fundamental consiste en tres dimensiones: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud despersonalizada en el trato con los demás, y un sentimiento de inadecuación ante las tareas que se deben realizar. Este surge al fallar las técnicas de afrontamiento para manejar los estresores laborales y al no haber una correspondencia entre las exigencias de la profesión y las recompensas recibidas. Las consecuencias del síndrome de burnout se dan tanto a nivel individual como a nivel organizacional. Las consecuencias a nivel individual, pueden ser emocionales, actitudinales, conductuales o somáticas, y las consecuencias organizacionales se encuentran en: el deterioro de la calidad asistencial, la baja satisfacción laboral, el incremento en el ausentismo laboral, la tendencia al abandono laboral, la disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, el incremento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y en la disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales. Por ello es indispensable llevar a cabo una intervención a nivel organizacional, interpersonal e individual con la finalidad de reducir los niveles de estrés, todo ello para mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de su trabajo. Actualmente existe una gran variedad de instrumentos los cuales permiten medir el síndrome de burnout, sin embargo para nuestra población, el instrumento más adecuado es la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional ya que esta exclusivamente diseñada para la población mexicana con un alto grado de confiabilidad.

En el siguiente capítulo se expondrá lo que es una ocupación, así como también se presentará una teoría de la elección de ésta; simultáneamente se explicará que es una ocupación de servicio, para dar lugar a una explicación de lo que es la odontología, las características de ella, y los trastornos a los que están expuestos los individuos que deciden estudiarla y ejercerla.



Capítulo 3

Elección profesional y Odontología

El triunfo de hoy es la cosecha del esfuerzo de ayer (Anónimo).



Debido a que la ocupación que tenga un individuo juega un papel importante en la vida de éste, en el presente capítulo se aborda una de las teorías de la elección de la ocupación profesional, postulada por Holland (1978), quien realizó una clasificación de las personas de acuerdo a seis diferentes tipos de personalidad y mencionó la existencia de seis diferentes medios dominados por cierto tipo de personalidad; asimismo postuló que la satisfacción, la estabilidad y el logro profesional de los individuos depende del grado de congruencia entre el tipo de personalidad y el medio en el que se desempeñan, por tal motivo se deja en claro que todos los individuos tienen que tomar en consideración sus características de personalidad, sus capacidades y habilidades, y las características propias del medio en el que se quieran desempeñar, para que tengan una gran satisfacción al ejercer su profesión.

Asimismo en el presente capítulo se adentra a lo que son las profesiones de servicio, ya que estas son las que pueden llegar a padecer el síndrome de burnout (expuesto en el capítulo anterior); posteriormente se profundiza en una de las profesiones de servicio, la odontología, profesión orientada a la salud buco-dental. Consecutivamente se exponen las actividades que realizan los individuos que ejercen esta profesión, las características que deben poseer los individuos para estudiarla y las implicaciones que tiene el ejercerla. Finalmente se presentan los trastornos físicos y psicológicos a los cuales están expuestos todos los odontólogos (profesionistas en activo y estudiantes), por las características propias de su trabajo, tales como las lesiones músculo esqueléticas, las alteraciones en la piel, los riesgos en la adquisición de enfermedades, el estrés, la depresión y el síndrome de burnout.

ELECCIÓN DE LA OCUPACIÓN PROFESIONAL

Sin duda alguna dentro de la literatura científica se ha expuesto que la ocupación que tenga un individuo juega un papel de suma importancia dentro de su vida. Se denomina ocupación a cualquier actividad que desempeñe una persona en la cual emplee la mayor parte de su tiempo. La ocupación es el foco central de actividades y generalmente de los pensamientos de las personas, esta puede ser el trabajo que realice para sustentarse o no, puede ser una afición, o puede referirse a cierto tipo de obligaciones, con o sin sueldo; por tal motivo la ocupación juega un papel importante en la vida del individuo (Roe, 1972).

Cada ocupación establece una forma de vida y un medio ambiente diferente; por tal motivo el elegir una ocupación debe ser un acto expresivo de las personas la cual refleje su motivación, conocimiento, personalidad y sus capacidades; sin embargo esta elección no es una tarea sencilla ya que implica que la persona tome en consideración su personalidad, sus capacidades y habilidades, y sus intereses; además esta elección es sumamente importante ya que marca la vida de las personas (Holland, 1978).

Diversos autores han propuesto teorías en las que ponen en manifiesto que las personas con cierto tipo de personalidad son más aptas para cierto tipo de profesiones y que



las personas sumergidas dentro de cierto tipo de ambientes han adquirido cierto tipo de intereses, conocimientos, capacidades y habilidades, todo lo cual las ha conducido a tener una predilección por cierto tipo de profesiones. Estas teorías ayudan en gran medida a tener un entendimiento del por qué se elige o no cierta profesión, y ayudan a las personas a realizar una correcta elección (Holland, 1978).

Teoría de la elección ocupacional de Holland

Holland en 1978, postuló una teoría de las carreras en la cual indicó que el autoconocimiento y el conocimiento sobre la profesión a elegir, son los factores que determinan el grado de éxito en la elección profesional. En su teoría indicó que es posible clasificar a las personas de acuerdo a su semejanza con seis tipos de personalidad: realista, investigador, artístico, social, emprendedor y convencional, e indicó que a mayor semejanza de una persona con cierto tipo era mayor la probabilidad de que mostrara ciertos rasgos y conductas, y por ende que eligiera cierto tipo de ocupaciones. Así mismo indicó que cada uno de los tipos se originaba como resultado de la interacción entre una gran variedad de características culturales y personales, las cuales incluían a los padres, los compañeros, la clase social, la cultura y el medio físico; y que a partir de todas estas interacciones las personas aprendían a preferir ciertas actividades las cuales más tarde se convertían en intereses poderosos, que las llevan a un grupo especial de capacidades. Finalmente concluyó que los intereses y las capacidades de las personas crean una disposición particular, la cual deriva en una cierta forma de pensar, percibir y actuar.

De igual forma Holland (1978) indicó que existen seis tipos de medios (realista, de investigación, artístico, social, emprendedor y convencional), cada uno dominado por cierto tipo de personalidad caracterizado por escenarios físicos con problemas y tensiones especiales; y debido a que los diferentes tipos muestran distintos intereses, capacidades y disposiciones, tienden a rodearse de personas especiales y buscan problemas compatibles con sus intereses, capacidades y forma de ver la vida; por tal motivo donde quiera que se reúnan las personas crean un medio que refleje sus tipos de personalidad.

Asimismo Holland (1978) indicó que las personas buscan y se acercan a ambientes que les permitan ejercitar sus destrezas y capacidades, expresar sus actitudes y valores, y afrontar problemas sociales de su agrado. La búsqueda de este ambiente se lleva a cabo de muchas formas, a diferentes niveles de conciencia y durante un periodo prolongado. La clasificación de los tipos de personalidad creada por Holland ilustra la forma en la que el desarrollo personal canaliza las metas, las elecciones vocacionales y la movilidad.

La formulación de la teoría de los tipos de Holland surgió de su experiencia como orientador vocacional en medios educativos, militares y psiquiátricos, esta experiencia junto con la literatura vocacional lo llevó a pensar que podía ser útil clasificar a las personas en función de sus tipos de interés o de personalidad. En un inicio Holland empleó seis escalas del inventario de preferencias vocacionales que corresponden a los seis tipos de personalidad (realista, investigador, artístico, social, emprendedor y convencional), tiempo después empleó el análisis factorial con el cuál obtuvo seis factores principales para



explicar la diversidad de intereses y rasgos de la personalidad: mecánico, científico, de asistencia social, de empleado, comercial y estético (Holland, 1978).

La idea de Holland de evaluar los medios mediante la clasificación de las personas de un ambiente particular provino de Linton (1945, citado en Holland, 1978), el cual sugirió que gran parte de la fuerza del medio se transmitía por otras personas; y el estímulo para utilizar los tipos de personalidad y los modelos del ambiente surgió de las formulaciones de Murria (1938, citado en Holland, 1978), acerca de las necesidades personales y las presiones ambientales; todo esto contribuyó a que Holland indicara que la conducta de las personas estaba determinada por una interacción entre su personalidad y las características de su medio; por lo cual al conocer la configuración de personalidad de un individuo y el tipo de ambiente al que pertenece, es posible pronosticar algunos resultados de esa combinación, entre los cuales se encuentran: la elección vocacional, los cambios de trabajo, el aprovechamiento vocacional, la capacidad personal y las conductas educativas y sociales; conjuntamente creo un inventario de personalidad compuesto por nombres de ocupaciones y postuló los siguientes supuestos:

- Algunas parejas de tipos se relacionan más que otras y los grados de relación afectan a la preferencia vocacional.
- Algunas personas o medios se definen más claramente que otros, ya que algunas personas pueden tener más o menos de un tipo que de otro o un ambiente puede estar dominado por un solo tipo.
- Ciertos tipos de individuos requieren distintos ambientes, esta incongruencia se da cuando un individuo vive en un ambiente que le proporciona oportunidades y recompensas ajenas a sus preferencias y capacidades.
- Los estereotipos vocacionales tienen significados psicológicos y sociológicos confiables e importantes, ya que las personas tienen una idea fija de las ocupaciones y de sus actividades asociadas las cuales persisten durante mucho tiempo, siendo así la base de las preferencias y elecciones vocacionales de la persona.
- Los miembros de una vocación tienen personalidades similares e historias parecidas de desarrollo personal, debido a que cada vocación atrae y mantiene a individuos con personalidades similares, por tal motivo, los tipos producen tipos.
- Las personas de un grupo vocacional responden a muchas situaciones y problemas de manera análoga y crean medios interpersonales característicos.
- La satisfacción, estabilidad y logro profesional dependen de la congruencia entre la personalidad de uno y el medio en el que trabaja.

Para Holland (1978), los tipos de personalidad son resultados de maduración personal dentro del medio, y cada tipo de personalidad tiene diferentes tipos de intereses (inclinaciones hacia algo o gustos a los que el individuo presta una atención, observa, piensa, o realiza con satisfacción y alegría) los cuales según Roe (1972), varían con la edad, pero se estabilizan durante la postadolescencia. Los seis tipos de personalidad postulados por Holland se muestran a continuación:

Tipo realista: las personas con este tipo de personalidad prefieren las actividades relacionadas con el manejo evidente, ordenado o sistemático de objetos, instrumentos,



máquinas, animales y a evitar actividades educativas o terapéuticas; lo cual los lleva a adquirir habilidades manuales, mecánicas, agrícolas, eléctricas y técnicas y a padecer una insuficiencia de habilidades sociales y educativas; por tal motivo las personas realistas tienden a mostrarse tímidas, conformistas, auténticas, masculinas, materialistas, persistentes, retraídas, estables, ahorrativas y no complicadas (Holland, 1978).

Tipo Investigador: son personas que prefieren las actividades relacionadas con la investigación de los fenómenos físicos, biológicos y culturales, para comprenderlos y controlarlos, y rechazan las actividades persuasivas, sociales y rutinarias; estas tendencias las llevan a adquirir habilidades persuasivas. Además tiende a mostrarse: analítico, cauteloso, crítico, curioso, independiente, intelectual, introspectivo, introvertido, metódico, pasivo, pesimista, preciso, racional, reservado, modesto, y poco popular (Holland, 1978).

Tipo artístico: personas que tienden a preferir las actividades ambiguas, libres, desorganizadas, vinculadas al manejo de materiales físicos, verbales o humanos, para crear formas o productos artísticos, y a rechazar las actividades explícitas, sistemáticas y ordenadas; todo lo cual las lleva a adquirir habilidades artísticas y a carecer de habilidades de empleado o de las requeridas en los negocios. Se muestran complicadas, desordenadas, emocionales, femeninas, idealistas, imaginativas, poco prácticas, impulsivas, independientes, introspectivas, intuitivas, no conformistas y originales (Holland, 1978).

Tipo social: son personas que prefieren las actividades vinculadas con el manejo de otras personas a las que puedan informar, educar, formar, curar, o servir de guía; y rechazan las actividades explícitas, ordenadas y sistemáticas relacionadas con el uso de materiales, instrumentos o máquinas. Con todo ello adquieren habilidades sociales y a una insuficiencia en cuanto a las capacidades manuales y técnicas; tienden a ser influyentes, cooperativas, femeninas, amistosas, generosas, serviciales, idealistas, amables, persuasivas, responsables, sociables, discretas y comprensivas (Holland, 1978).

Tipo emprendedor: son aquellas personas que prefieren las actividades relacionadas con el manejo de otras personas con fines organizativos, o beneficios económicos; así como a rechazar las actividades científicas. Adquieren habilidades de liderazgo, interpersonales y persuasivas, y tienden a ser adquisitivas, aventureras, ambiciosas, discutidoras, confiables, dominantes, energéticas, exhibicionistas, impulsivas, optimistas, confiadas en sí mismas y sociables (Holland, 1978).

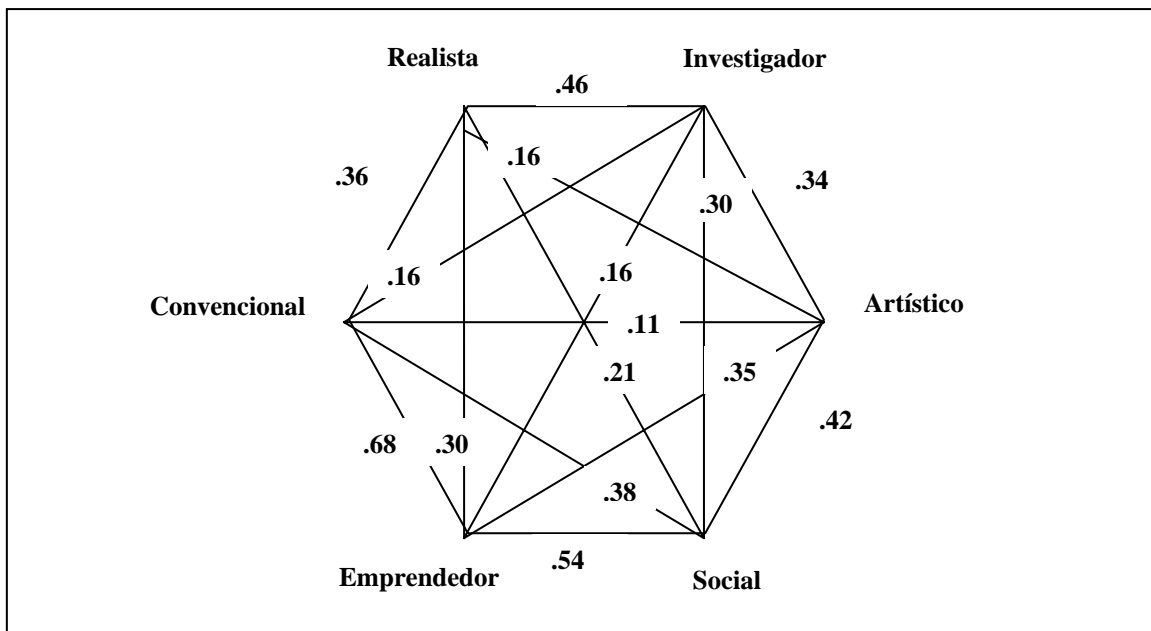
Tipo convencional: son personas que prefieren las actividades vinculadas con el manejo explícito, ordenado y sistemático de los datos, tales como llevar archivos, tomar notas, reproducir materiales, organizar datos escritos y numéricos conforme a un plan preescrito, operar maquinaria de las empresas y de procesamiento de datos para fines de organización económicos, y a rechazar las actividades artísticas. Adquieren capacidades propias de los empleados, inteligencia para el cálculo y del negocio; y tienden a ser conformistas, defensivas, eficientes, inflexibles, inhibidas, obedientes, ordenadas, persistentes, prácticas, calmadas y poco imaginativas (Holland, 1978).

Holland (1978) indica que existen combinaciones entre los tipos, y que estas combinaciones pueden ser psicológicamente consistentes o inconsistentes. La



configuración será consistente si sus elementos relacionados tienen características en común; sin embargo, será inconsistente si estas se contraponen (ver Figura 8). Según la clasificación de ocupaciones de Holland los odontólogos tienen una configuración de tipo investigador-realista-emprendedor, debido a que son individuos a los cuales les gusta atender a otras personas (en este caso a sus pacientes) y tienen un gran interés por comprender y controlar ciertos fenómenos biológicos (enfermedades buco dentales) lo cual lo realizan mediante la utilización de ciertos instrumentos y aparatos en un establecimiento en donde muchas veces ellos son los propietarios (Holland, 1978).

Figura 8. Modelo hexagonal de Holland para definir los parecidos psicológicos entre los tipos y los medios y sus interacciones (tomado de Holland, 1975, p. 37).



Debido a que la conducta humana depende tanto de la personalidad del individuo como del medio en que vive, Holland (1978) propuso seis modelos ambientales (los cuales son atmósferas creadas por el tipo predominante en ellas), estos son:

Medio realista: caracterizado por el predominio de exigencias y oportunidades vinculadas a la manipulación explícita, ordenada o sistemática de objetos, instrumentos, máquinas y animales (Holland, 1978).

Medio científico: se caracteriza por el predominio de las exigencias y oportunidades ambientales destinadas a la observación e investigación simbólica, sistemática y creativa de los fenómenos físicos, biológicos o culturales (Holland, 1978).

Medio artístico: medio en donde predominan las exigencias y oportunidades ambientales vinculadas a actividades y habilidades ambiguas, libres, no sistematizadas, para crear productos artísticos (Holland, 1978).



Medio social: caracterizado por el predominio de exigencias y oportunidades ambientales vinculadas a la manipulación de otras personas a las que puedan informar, educar, formar, curar o servir de guía (Holland, 1978).

Medio emprendedor: medio en el cual hay un predominio de exigencias y oportunidades ambientales vinculadas al manejo de otras personas para conseguir fines organizativos o de su propio interés (Holland, 1978).

Medio convencional: distinguido por el predominio de las exigencias y oportunidades ambientales vinculadas con el manejo explícito, ordenado y sistemático de los datos (Holland, 1978).

Como se ha mencionado, la satisfacción, estabilidad y el logro profesional de los individuos depende del grado de congruencia entre el tipo de personalidad y del medio en el que se desempeñen, por lo cuál esto debe tenerse en consideración en la elección profesional.

Debido a que Holland (1978) indica que el acierto en la elección vocacional se encuentra en función del autoconocimiento y del conocimiento de la profesión a elegir, y a que las profesiones de servicio son aquellas que pueden llegar a desarrollar el síndrome de burnout resulta de vital importancia adentrarnos a lo que son este tipo de profesiones, para de esta forma ver algunas de las características que comparten este tipo de profesionistas, en cuanto a intereses y rasgos de personalidad, para así comprender el por que eligieron este tipo de profesiones. Posteriormente nos adentraremos a la profesión del odontólogo para ver tanto sus características como los problemas que pueden llegar a presentar este tipo de profesionales.

Profesiones de servicio

Las profesiones de servicio son aquellas que se encuentran orientadas a satisfacer los gustos, necesidades y el bienestar de otras personas; por tal motivo aquellas personas que quieran ejercer este tipo de profesiones deben tener una preferencia por las relaciones personales y por la ayuda a otros. Aquellos que ejercen estas profesiones poseen un gran interés en realizar algo por o para otra persona o personas aunque estos servicios sean mínimos, tienden a ser sociables, amables, responsables, generosos, serviciales, cooperativos, y comprensivos (Roe, 1972).

Este tipo de profesiones son consideradas ocupaciones nobles, abnegadas y vocacionales; sin embargo, muchas veces implican relaciones interpersonales que suelen estar cargadas de emotividad, tensión, ansiedad y hostilidad debido a las características especialmente problemáticas de las situaciones a las que se encuentran expuestos, lo cuál puede ocasionar el síndrome de burnout, insatisfacción laboral e incidir en el bienestar de los individuos con este tipo de ocupaciones (García, Saéz y Llor, 2000).



ODONTOLOGÍA

Debido a que desde la aparición de la vida humana, los problemas de salud buco-dental y la expresión del dolor ante estos han estado presentes con sus sensaciones y acciones, fue necesario que existieran personas dedicadas a tratar de aliviar o quitar este tipo de problemas. En la época primitiva las sensaciones de dolor se creían padecimientos originados por los demonios y espíritus malignos y las acciones para calmarlo en un inicio se efectuaban por los encargados de la salud, llamados curanderos, chamanes o brujos considerados hombres sabios cuyos poderes curativos eran el resultado de las exitosas técnicas de trance utilizadas y la combinación de diferentes plantas, cantos, y danzas; sin embargo, posteriormente este trabajo fue realizado por los barberos (Salas y Rivas, 2001).

Tiempo después para tratar todos estos problemas de salud buco-dental surgió la odontología (profesión de servicio la cuál esta orientada a la salud buco-dental prevenir y tratar las enfermedades, los trastornos dentales y las estructuras de la cavidad oral contiguas a estas, Dentopolis, 2007); no obstante, ésta como profesión es relativamente joven, ya que su enseñanza institucionalizada surgió por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1840 y a partir de esta fecha surgieron varias escuelas de enseñanza dental en diferentes partes del mundo (Rodríguez, 2007). El odontólogo inició su formación a nivel universitario en México en 1904, ya que a finales del siglo XIX se solicitaron y propusieron proyectos para hacer que la enseñanza de la odontología se efectuara de forma organizada en este país; y es por ello que en 1904 se inauguró el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental en el cual los primeros dentistas mexicanos recibieron una educación formal (Otero, Ahuatl y Rajunov, 1999; S de León, 2004).

Las actividades de esta profesión abarcan la reparación y restauración dental, y la restitución de las piezas dentales perdidas, así como la detección de signos de enfermedades de las personas (Dentopolis, 2007).

Odontólogo

El odontólogo es un profesional de servicio a la salud cuyas responsabilidades incluyen: la promoción de la salud bucodental, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos bucales, la detección de problemas de salud general, la limitación del daño causado por las enfermedades que afectan el sistema estomatognático, y la rehabilitación de las funciones del aparato masticatorio, contribuyendo a reestablecer el equilibrio biopsicosocial del individuo (UNAM y DGOV, 2006).

El trabajo que realiza es esencialmente asistencial y de aplicación de conocimientos, y debido a que estos profesionales poseen una configuración de personalidad de tipo investigador-realista-emprendedor (Holland, 1978), es esencial que antes de que una persona decida estudiar la profesión posea: un interés por los problemas del ser humano y disposición para ayudarle, facilidad para establecer relaciones interpersonales, destreza



manual, capacidad de observación, constancia y tenacidad, buenos hábitos de higiene y estudio, capacidad de decisión y autocrítica, disposición para trabajar en equipo y capacidad para actuar en situaciones de emergencia (UNAM y DGOV, 2006), para que puedan realizar su trabajo profesional con éxito.

El odontólogo se desarrolla básicamente en el ejercicio privado de la profesión ya que las instituciones públicas del Sector Salud incorporan a un número muy limitado de ellos, puede trabajar en forma individual o en grupos médicos; sin embargo, en las últimas décadas la docencia se ha convertido en una alternativa laboral para este, ya que existen más de 50 escuelas y facultades en el México; aunque por otro lado, la investigación representa otra opción (UNAM y DGOV, 2006).

El trabajo del odontólogo es sumamente bello, de hecho Briseño (2006) asegura que es el trabajo más creativo del mundo, ya que involucra: tacto, relaciones públicas, higiene, detección, psicología, paciencia, educación, juicio, coraje, medicina y consejo. Por tal motivo, este grupo de profesionales son especiales; sin embargo, por otro lado se encuentran en riesgo de padecer ciertos trastornos ocasionados por todo lo que implica su ejercicio profesional: 1) trabajar con la precisión de un reloj en un medio ambiente biológico formado por líquidos bucales, musculatura facial y por el la personalidad muchas veces caprichosa y no colaboradora del paciente, lo cual los expone a tener algún accidente que exponga su propia integridad física, 2) persuadir y motivar, para brindar tratamientos y servicios obviamente necesarios, pero que el paciente a menudo no desea, no colabora, y no entiende la importancia de ellos, 3) calmar y comprender los miedos y ansiedades de los pacientes, 4) convivir con gente de todos los estratos, edades, y criterios, 5) ordenar material e instrumental que ocupará al día siguiente con sus demás pacientes, 6) estar actualizado, 7) enfrentarse a cosas nuevas y desconocidas, 8) atender a pacientes con diversas enfermedades y virus con el peligro de contagiarse, 9) permanecer la mayor parte del tiempo en una posición sentada e inclinada realizando pequeños movimientos repetitivos sobre una zona reducida del paciente y 10) trabajar (en la mayoría de los casos) en un lugar aislado de otras personas (Miranda, 2006).

Es por esto que la persona que elija estudiar esta profesión tiene que tomar en consideración todo lo que implica ejercerla y todas las características que debe poseer para que al momento de que la ejerza se sienta feliz y realizada con su trabajo; ya que por el contrario al no contar con las características necesarias para ejercer la odontología, o al tener un pleno desconocimiento sobre ésta profesión puede provocar que los individuos al decidir continuar con éste trabajo lo hagan con poco éxito o que les provoque decepción, insatisfacción, o algunos trastornos psicológicos, ya que la odontología no es un trabajo fácil (Puriene, Janulyte, Musteikyte y Bendinskaite, 2007).

Cabe resaltar que el odontólogo debe de tomar en cuenta que su profesión comprende una interacción con su paciente, ante el cuál debe mantener una actitud atenta, amable y cordial, tratando de no ser afectado por las características de este, con la finalidad de facilitar su trabajo y de reducir los problemas que pueden surgir entre ellos y los trastornos que les puedan ocasionar a estos (Sonis, 2000).



De hecho, los odontólogos atienden a distintos tipos de pacientes, y según Martínez y Lonngi (1989) dentro de estos se encuentran los pacientes preventivos y los pacientes de urgencia, los primeros facilitan el trabajo del odontólogo ya que son quienes tienden a seguir al pie de la letra todo lo indicado por éste debido a que presentan una gran preocupación por mantener su salud buco-dental; sin embargo los pacientes de urgencia son quienes tienden a dificultar el trabajo del odontólogo, ya que son personas descuidadas en cuanto a su salud y a su persona, puesto que acuden con el odontólogo al no tener otra salida por haber dejado evolucionar su padecimiento, por lo cual estos tienen una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento, provocando que el odontólogo se esfuerce por lograr que éste sujeto mantenga un cuidado por su salud buco-dental. De igual forma estos autores indican que dentro de estos dos tipos de pacientes existen los pacientes: desconfiados (los cuales en un inicio están indispuestos a establecer una relación abierta con el odontólogo), los pacientes obsesivos (los cuales demandan una gran atención por parte de su odontólogo y tienden a resaltar los detalles mínimos e insignificantes en cuanto a su salud), y los pacientes manipuladores y ventajistas (los cuales no sienten ningún aprecio por las atenciones y consideraciones prestadas por el odontólogo, siendo precisamente estos quienes provocan a los odontólogos una frustración llevándolos a presentar sentimientos de desconfianza con sus demás pacientes).

Debido a todo lo que comprende el ejercicio odontológico, a lo largo del tiempo, se han realizado diversas investigaciones con estos profesionales para encontrar su estado de salud física y mental, y en algunas de ellas se ha encontrado que estos presentan una buena o excelente salud, sin embargo en otras se ha hallado que algunos presentan ciertos problemas físicos o psicológicos, originados por las características propias de su profesión, (Puriene et al., 2007) estos trastornos se exponen en las siguientes secciones.

Trastornos Físicos

Debido a las condiciones y actividades propias de su profesión, los investigadores han encontrado que los odontólogos pueden presentar y estar expuestos a una serie de trastornos físicos entre los cuales se encuentran:

- Lesiones músculo esqueléticas
- Alteraciones en la piel
- Contraer enfermedades como hepatitis B y SIDA.

Lesiones Músculo esqueléticas

La postura que tiene el odontólogo al realizar su trabajo es un elemento importante a considerar con respecto a su salud física; ya que una mala postura les producen lesiones músculo esqueléticas. En la antigüedad los odontólogos trabajaban de pie apoyando el peso del cuerpo sobre una pierna, mientras que con la otra accionaban el pedal del torno, esto les causaba un desequilibrio en su columna vertebral y en su pierna de apoyo, pero con la



aparición de los nuevos aparatos dentales los odontólogos comenzaron a trabajar sentados; sin embargo, en la actualidad el odontólogo para ciertos procedimientos sigue trabajando de pie, derivando de esta posición problemas tales como: dolores por contracturas musculares, distensiones de ligamentos, compresión de los discos o desgaste de los bordes de los cuerpos vertebrales, artrosis cervical, calambres, fatiga muscular, dificultad de circulación y várices. Todos estos problemas pueden evitarse al adoptar posiciones correctas Ratzon, Yaros, Mizlik y Kanner (2000, citados en Puriene et al., 2007) recomiendan alternar la posición sentada y parada, ya que en un estudio que realizaron encontraron que los odontólogos que trabajaban sentados tenían problemas más severos en cuanto al dolor en la espalda baja que aquellos que alternaban con la posición sentada y parada; inclusive encontraron que los estudiantes de tercer año ya comenzaban a reportar dolores músculo esqueléticos.

Además LaDou (1999, citado en León y López, 2006) indica que no solo por la posición que adopta el odontólogo se presentan ciertas lesiones músculo esqueléticas en ellos, ya que lesiones tales como: distensiones, esguinces, tendinitis, miositis, síndrome del túnel del carpo o artritis, se deben a los movimientos que realiza el odontólogo durante su trabajo, ya que cuando el odontólogo atiende a su paciente están presentes elementos tales como:

- Flexión o rotación del cuello
- Flexión o elevación de hombro
- Flexión de codo
- Extensión o flexión de muñeca
- Desviación cubital o radial de la muñeca
- Extensión o flexión de dedos
- Movimientos altamente repetitivos
- Movimientos con un componente de fuerza
- Posturas inadecuadas

Debido a que el odontólogo realiza todos estos movimientos en El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional en 1989 (citado en León y López, 2006) encontraron que algunos factores de riesgo para padecer lesiones de cuello, muñeca, mano y espalda baja estaban: los movimientos repetitivos, la fuerza aplicada durante los movimientos, las posturas inadecuadas, la presencia de vibración; todos estos factores presentes dentro de la práctica odontológica; es por ello que Gómez (1999, citado en León y López, 2006), a modo de evitar estos problemas recomienda que al paciente se le coloque en una posición adecuada y que el campo de trabajo se sitúe a la altura de la vista; ya que restricciones tales como el espacio limitado de trabajo y la escasa visión asociada a la cavidad bucal en la que trabajan ocasionan que el odontólogo asuma ciertas posiciones corporales estresantes con la finalidad de lograr una óptima accesibilidad y visibilidad dentro de la cavidad bucal (León y López, 2006).

Leggat y Smith (2006, citados en Puriene et al., 2007), indican que la mayoría de los dentistas reportan al menos un síntoma de enfermedades músculo esqueléticas. Alwvassan, et al. (2001, citados en León y López, 2006) realizaron un estudio con 204 odontólogos y



auxiliares y encontraron que el 54,4% de ellos tenían cervicalgia y el 73,5% lumbalgia; además encontraron que en los odontólogos el dolor de cuello aumentaba con la edad, pero en relación con el dolor de espalda, era más intenso en los jóvenes que en los de mayor edad; sin embargo, determinaron que tanto los odontólogos jóvenes como los de mayor edad padecían problemas de postura similares; y con la finalidad de minimizar o prevenir todos estos malestares, los investigadores recomiendan que los odontólogos realicen ejercicios aeróbicos y de relajación preventivos, los cuales los ayudarán a evitar a padecer todas estas limitaciones o incapacidades físicas en un futuro.

Alteraciones en la piel

Se ha encontrado que la exposición repetida a algunos productos químicos utilizados por los odontólogos les pueden ocasionar dermatitis o reacciones alérgicas (Puriene et al., 2007).

Adquisición de enfermedades

Ésta población tiene un alto riesgo de contraer algunos virus como el de la hepatitis o el del SIDA sobre todo si no utilizan medidas de protección adecuadas o si llegan a perforar sus guantes al intervenir a algún paciente que presente dichas enfermedades (Puriene et al., 2007).

Chimenos (2006), indica que las fuentes de contagio más frecuentes dentro del consultorio odontológico se dan mediante las lesiones clínicas (como el herpes simple), o por las excreciones salivales de los pacientes portadores de algún tipo de virus (hepatitis B y C o SIDA); por otro lado las vías de contacto pueden ser tanto directas (por lesiones, secreciones, salpicaduras, aerosoles) como indirectas (material contaminado). Por tal motivo dicho autor indica que para evitar los contagios ya sea de paciente a dentista o de paciente a paciente, se deben tomar medidas preventivas tales como:

- Utilizar barreras de protección (como guantes, cubrebocas y lentes)
- Esterilizar todo el material dental
- Desinfectar el instrumental rotatorio
- Desinfectar las superficies del consultorio dental
- Eliminar el material infectado
- Minimizar el contagio por aerosoles (haciendo que los pacientes se enjuaguen con soluciones desinfectantes).
- Vacunarse contra el hepatitis

Antunes y Maceo (2004, citados en Puriene et al., 2007), indican que en cuanto al índice de enfermedades infecciosas, del sistema nervioso central o enfermedades circulatorias, los odontólogos no presentan datos significativos, sin embargo solo existe una pequeña evidencia de que tienen un riesgo a contraer cáncer de pulmón u otro tipo de cáncer. Todas estas observaciones sugieren que la odontología se pueda considerar una



profesión segura, por lo menos con respecto al riesgo a la exposición del odontólogo ante la muerte.

Trastornos Psicológicos

La odontología no es una profesión sencilla, de hecho muchos odontólogos saben esto antes de que decidan estudiarla; ya que además de todo lo que tienen que hacer sobre el sistema estomatognático del paciente, su profesión implica tener una interacción social con este, lo cual hace que esta profesión sea ardua, intensa, y que atraviese constantemente por situaciones estresantes lo que conduce a un deterioro físico, mental y emocional de estos profesionistas, todo lo cual los hace propensos a tener: estrés, ansiedad, burnout y depresión. Más aún, a raíz de una serie de investigaciones se ha encontrado que todos estos padecimientos ya se aprecian desde que este profesionista se encuentra dentro de la escuela odontológica; ya que una característica elemental de esta profesión es que desde el comienzo de la carrera se tiene una práctica clínica con pacientes, alcanzando una mayor cantidad de estas durante el cuarto y quinto año, situación que los hace propensos a adquirir todos estos tipos de padecimientos desde que se encuentran estudiando (Antoniuk et al., 2006).

En las siguientes secciones del presente capítulo se tratarán todos estos padecimientos que pueden tener los odontólogos (incluso los estudiantes).

Estrés

Como se dijo anteriormente, diversos estudios han encontrado que la odontología es una ocupación que genera mucho estrés, de hecho Freese (1987, citado en Felton, 1998) determinó que la odontología es una de las ocupaciones más estresantes; más aún se ha encontrado que el estrés que presenta el odontólogo a menudo es generado desde la casa, ya que puede relacionarse con: problemas familiares, problemas económicos, el tiempo de traslado al consultorio, las frustraciones que estos tengan dentro de su casa, el miedo y la falta de conocimientos y ya en el consultorio puede relacionarse con: el lugar de trabajo, la rutina, el número exagerado de citas y retrasos en la revisión de los pacientes, la cancelación de las citas, o el atraso de los pacientes, las críticas realizadas a su trabajo, problemas de comunicación con el paciente, la soledad (cuando no tienen compañeros o auxiliares de trabajo), la presión social para trabajar rápidamente y sin errores, el equipo de trabajo incompleto las relaciones tensas entre los compañeros o auxiliares de trabajo, la ayuda ineficaz del auxiliar dental, el tratar casos complejos con pronósticos desfavorables, la administración del consultorio, las dificultades económicas y el tratar con pacientes poco cooperadores, miedosos, ansiosos y en ocasiones agresivos (Antoniuk et al., 2006; Díaz, et al., 2001; Miranda, 2006; Puriene et al., 2007); las consecuencias que traen consigo todos estos factores sobre los odontólogos son: el cansancio, la irritación, la impaciencia, dificultad de concentración, desánimo, lo que ciertamente irá a perjudicar el desempeño profesional, aumentar la ansiedad y generar trastornos como depresión y burnout (Antoniuk et al., 2006).



Debido a que se mediante diversos estudios de diferentes nacionalidades se ha encontrado que los estudiantes de odontología ya presentan estrés ocupacional, varios investigadores se han dado a la tarea de detectar aquellos factores que producen estrés tanto en los estudiantes de odontología como en los odontólogos (Albanesi de Nasetta, Tifner, y Nasetta, 2006; Antoniuk et al., 2006; Mathias, Koeber, Fadavi y Punwani, 2005; Naidu, Adams, Simeon y Persad, 2002; Puriene et al., 2007; Rada y Johnson-Leong, 2004; Stewart, de Vries, Singer, Degen y Wener, 2006), y entre estos se han encontrado los siguientes:

- *Con respecto a los estudiantes:* los exámenes, la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para el descanso, la adaptación a la fase clínica, la preocupación por el bienestar del paciente, la tendencia hacia el perfeccionismo, el manejo del paciente, la presión en la examinación del paciente, el incumplimiento del paciente, la ansiedad del paciente, el ambiente escolar, problemas económicos, la interacción con sus compañeros y profesores, el año de estudio, el cumplir con los requisitos académicos y clínicos, la carencia de destreza y habilidad en los procedimientos clínicos, el miedo a fallar, apoyo personal recibido y las relaciones con los amigos, familia y compañeros.
- *Con respecto a los profesionales Odontólogos:* las presiones de tiempo y de horarios de trabajo, el tratar con el dolor que tiene el paciente, la rutina de trabajo, la sobrecarga de trabajo, el incumplimiento del paciente, el manejo de los pacientes nerviosos y ansiosos, las relaciones interpersonales, el trabajar con pacientes que tengan percepciones desfavorables de los dentistas; el manejo y la administración del consultorio, las malas relaciones con el personal del consultorio, la incertidumbre por su situación laboral, las presiones económicas, el idealismo, la naturaleza extremadamente fina y exigente de su trabajo lo cual los obliga al perfeccionismo, las condiciones laborales y la posibilidad de contraer de enfermedades.

Y más aún se ha encontrado que la tensión resultante de todo esto los puede dirigir a padecer depresión, ansiedad, uso erróneo de sustancias, ausentismo, disminución de la eficiencia laboral y burnout (Naidu et al., 2002).

Debido a que los estudiantes de odontología están expuestos a muchos factores estresantes Garbee, Zucker y Selby (1980, citados en Sanders y Lushington, 2002) realizaron una serie de estudios con estudiantes de odontología para ver su estado de salud y encontraron que tenían altos niveles de estrés, trastornos psicosomáticos y mal humor.

Además muchos otros investigadores se han dado a la tarea de encontrar las diferencias entre los niveles de estrés de los estudiantes de odontología y otras variables; con respecto a estas diferencias se ha encontrado que las mujeres presentan mayor estrés que los hombres, pero que los hombres presentan una mayor severidad en los síntomas; que a las mujeres les causa más estrés factores tales como: el adquirir las habilidades clínicas y satisfacer los requisitos académicos (Albanesi de Nasetta et al., 2006; Naidu et al., 2002), por otra parte en algunos estudios se ha encontrado que los niveles de estrés permanecen relativamente constantes durante los cuatro o cinco años de la carrera; sin embargo hay otros estudios que



incidan un ligero incremento en los niveles de estrés a medida que los estudiantes van avanzando de año (a mayor año escolar mayor horas de clínica); además se ha encontrado que la especialidad de prótesis dental es más estresante que la de odontopediatría (Naidu et al., 2002).

Debido a que los odontólogos al salir de la escuela y al comenzar a trabajar en su clínica hacen frente a nuevas y numerosas experiencias estresantes en su lugar de trabajo, autores como Rada y Johnson-Leong (2004), han encontrado que dentro de las nuevas fuentes de estrés de los recién egresados de la escuela odontológica se encuentran las financieras, el practicar la gerencia y las relaciones sociales que deben tener con sus pacientes; actividades a las cuales no están preparados y a las cuales, en la mayoría de los casos, las escuelas no los enseñan a realizar.

Con respecto a los estudios realizados con puros odontólogos (que ya ejercen), se ha encontrado que los dentistas que toman un rol de maestros en adición a su rol clínico pueden incrementar sus niveles de estrés, pero existe evidencia de que este doble rol puede reducir el estrés laboral (Rutter, Herzberg y Paice, 2002, citados en Puriene et al., 2007), que los odontólogos mayores trabajan menos horas, y que los hombres trabajan durante más años que las mujeres (Puriene et al., 2007), que la mayoría de los odontólogos trabajan largas horas y tienen pequeños tiempos para la relajación de su trabajo, además participan poco con su familia (McCarthy y MacDonald, 2000, citados en Puriene et al., 2007), lo cual les genera un alto nivel de estrés, que en la practica privada se da un mayor nivel de control, lo cual ayudar a reducir los niveles estrés (Puriene et al., 2007), que los odontólogos mayores están menos estresados que los jóvenes, que los asuntos financieros y los relacionados con el manejo de los pacientes afectan a todos los grupos de edad por igual (lo cual sugiere que esto es una preocupación general entre los odontólogos, Puriene et al., 2007), que los odontólogos con especialidad, están mas satisfechos con su ambiente de trabajo psicosocial que los odontólogos generales, especialmente con respecto a su control personal a través de su trabajo y la simulación de su trabajo; además encontraron que los especialistas muestran una mayor confianza en sí mismos y experimentan menos ansiedad que los odontólogos generales y los auxiliares dentales (Osborne y Crucher, 1994 y Rundcrantz, Johnson, Moritz y Roxendal, 1991, citados en Puriene et al., 2007), además los estudios realizados para comparar los niveles de estrés entre las distintas especialidades odontológicas no han hallado diferencias significativas entre las especialidades; sin embargo, se han encontrado niveles mayores de estrés en la especialidad odontopediátrica aunque estos resultados no han sido significativos (Newton, Mistry, Patel, Perkins, Saeed et al., 2002, citados en Puriene et al., 2007).

Según Peltier (2004, citado en Puriene et al., 2007), los odontólogos deben de considerar ocho principios para prevenirse del estrés y de los problemas en sus vidas, estos son: recordar que el atender al paciente es la esencia del ejercicio odontológico, la relación paciente-dentista es esencial, deben discutir todas las posibilidades, deben tener en cuenta que los errores serán cometidos, deben decir la verdad, consultar con sus pacientes todos los tratamientos que efectuarán y deben manejar su estrés y vida. Para Vasconcellos (2002, citado en Antoniuk et al., 2006), la mejor manera de disminuir los efectos del estrés profesional, consiste en un cambio en el estilo de vida del odontólogo, en el cual deben



incluir: el realizar ejercicios constantemente, mantener una dieta saludable, evitar alcohol y fumar, conservar buenas relaciones sociales y dormir bien.

Depresión

En cuanto a las investigaciones realizadas con respecto a la depresión en los odontólogos Mathias et al. (2005) encontraron que las mujeres presentaban mayores niveles de depresión que los hombres, de igual forma hallaron que los solteros eran más depresivos que los casados. Los descubrimientos en otras investigaciones han mostrado que los niveles de depresión halladas entre los hombres son mayores en aquellos que tienen de 55 a 70 años y entre las mujeres son mayores en aquellas que tienen menos de 35 años; sin embargo, en la investigación efectuada por Mathias et al. (2005) no hallaron variación en los niveles de depresión con respecto a la edad en los odontólogos que estudiaron. En otros estudios han existido hallazgos contradictorios en cuanto a la relación de la depresión con las especialidades odontológicas ya que tanto se han encontrado como no diferencias; sin embargo, se ha visto que en algunas ocasiones las especialidades de periodoncia y pediatría tienden a presentar mayores niveles de depresión.

En el estudio longitudinal realizado por Stewart et al. (2006) en los estudiantes de odontología (durante toda su carrera) encontraron que estos tenían altos niveles de depresión, hostilidad, y ansiedad aumentada en los tres primeros meses del estudio, después de esto los niveles fueron esencialmente estables. La ansiedad tendió a incrementarse entre el primer y último año; además se encontraron mayores niveles de depresión y síntomas de ansiedad que en la población en general; por otra parte observaron que conforme avanzaban de año los estudiantes presentaban significativamente menos problemas en sus estrategias de afrontamiento y menos esfuerzos para buscar ayuda social; además el optimismo incrementaba conforme avanzaban de año.

Síndrome de Burnout

Debido a que el estrés puede ocasionar burnout y a que en la práctica odontológica hay diversos factores estresantes, se ha encontrado que los odontólogos son propensos al burnout debido a la naturaleza propia de su trabajo. Murtomma, Haavio-Mannila y Kandoli (1990, citados en Freese, 1987) encontraron que las malas relaciones con los pacientes, los problemas originados por el ambiente laboral, y las malas posturas incrementaban los niveles de burnout; así mismo Goebing, Gallacchi, Kunzi y Bovier (2005, citados en Puriene et al., 2007), encontraron que un alto nivel de burnout estaba asociado con: el sexo masculino, la práctica en un área rural y excesivo estrés percibido debido a la carga laboral, expectativas de los pacientes y dificultades para balancear la vida profesional y privada, restricciones económicas en relación con la práctica, incertidumbre en el cuidado médico y relaciones difíciles con los pacientes en la práctica. Díaz, Pérez, y Lartigue (2006) identificaron que factores tales como el clima organizacional y factores organizacionales, aunados al tipo de demandas de sus propias actividades, los roles interpersonales, la ambigüedad de los mismos entre otros, pueden ser factores que generen y/o desencadenen



el síndrome de burnout. En otras investigaciones (Humphris, Blinkhom, Freeman, Gorter, Hoad-Reddick, Murtomas, O`Sullivan y Splieth, 2002, citados en Albanesi de Nasetta et al., 2006; y Puriene et al., 2007), se ha encontrado que factores tales como: el tener pareja, hijos, un buen contacto con el paciente, un buen apoyo de parte de la familia y los sistemas de prevención, pueden ayudar a disminuir el síndrome de burnout.

Albanesi de Nasetta et al. (2006) en un estudio con odontólogos y estudiantes de odontología, encontraron que aquellos que se encontraban dentro del rango de edad que iba de 24 a 40 años tenían mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización; sin embargo aquellos que tenía de 41 a 55 años presentaban mayores niveles de baja realización personal; estos autores expusieron que los sujetos más jóvenes eran más vulnerables a sufrir el síndrome de burnout debido a que se veían sometidos a una sobrecarga de exámenes, tareas académicas, práctica clínica, y al incumplimiento de los pacientes que muchas veces ellos debían buscar, por lo cual resulta importante recalcar que desde los años escolares los odontólogos ya muestran burnout; más aún se ha encontrado que los estudiantes de último año presentan mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización, mientras que los profesionales odontólogos tienen mayores niveles de baja realización personal, lo cuál podría ser explicado por la incertidumbre que presentan por su trabajo.

En otros estudios se ha encontrado que los niveles de despersonalización disminuyen con la edad, lo cual puede deberse a diferentes factores tales como a que: las habilidades sociales incrementan con la edad, que a mayor edad hay un menor ritmo de trabajo, que a medida que pasan los años los odontólogos van teniendo un mayor contacto y relación personal con sus pacientes, lo cuál puede favorecer en gran medida a los odontólogos mayores (Puriene et al., 2007).

Stewart et al. (2006) encontraron que los cortos periodos de descanso los cuales generan pocos pasatiempos y la ansiedad de la examinación de los pacientes contribuyen al agotamiento emocional, y que la carencia de integración esta asociada con altos índices de despersonalización en los odontólogos. En una escuela Española se encontró que el 46% de los estudiantes tenían agotamiento emocional, pero interesantemente en contraste con los estudios que muestran que la práctica clínica incrementa los niveles de estrés, el estudio realizado por Stewart et al. (2006) encontró que el contacto con los pacientes fue positiva para los estudiantes por lo cuál se encontraron niveles bajos de estrés; la investigación además encontró que los estudiantes que vivían con sus familias tenían substancialmente menos niveles de estrés y agotamiento emocional.

Osborne y Cruocher (1994, citados en Puriene et al., 2007), realizaron un estudio con odontólogos en Inglaterra, dicho estudio mostró un nivel elevado de burnout en el 10 % de los examinados. El desgaste emocional se encontró en un 25 %, la despersonalización en un 8 % y una baja realización en el trabajo en el 34 % de ellos. Igualmente encontraron que los hombres tenían niveles más elevados en despersonalización que las mujeres, ellos hallaron que factores tales como el número de horas trabajadas tienen un profundo efecto en esta diferencia, debido a que se ha encontrado que los hombres (odontólogos) trabajan más horas, por lo cuál atienden más pacientes, que por ende hace que tengan más contacto con personas lo que los hace más propensos al burnout, de hecho Osborne y Cruocher



(1994, citados en Puriene et al., 2007), indican que existe una relación entre la carga emocional y la cantidad de pacientes atendidos.

Por otro lado Osborne y Cruocher (1994, citados en Puriene et al., 2007), encontraron que los niveles de despersonalización en los odontólogos se reducen con la edad, lo cual puede ser causado por numerosos factores, ya que las habilidades sociales incrementan con la edad, además el realizar lentamente el trabajo permite un trato más personal, o se establecen mayores relaciones personales con los pacientes a través del tiempo, y debido a que el soporte emocional se puede ganar a través de los compañeros de trabajo o de los mismos pacientes, esto puede ser la razón por la cual se reducen los niveles del síndrome de burnout en los odontólogos que trabajan en grupo o en aquellos que ya tienen más tiempo trabajando. Así mismo estos autores encontraron que los odontólogos no casados presentaban niveles más altos de burnout que los casados, lo cual puede indicar que el involucrarse con una pareja e hijos hace que las personas casadas tengan más experiencia en tratar con problemas personales; de igual forma estos autores encontraron que los especialistas se encontraban más satisfechos con su ambiente psicosocial de trabajo que los odontólogos generales, e indicaron que esto era debido a que los especialistas muestran mas confianza personal y a que experimentan menos ansiedad que los dentistas generales.

Considerando el estado civil o el tener o ni hijos, diversos autores han encontrado mayores niveles de despersonalización y de baja realización personal en los odontólogos no casados, lo cual se sugiere que se debe a que al no involucrarse con una pareja o con hijos los hace personas menos experimentadas en manejo de los problemas personales (Osborne y Cruocher, 1994 citados en Puriene et al., 2007; y Albanesi de Nasetta et al., 2006).

Debido a que en la mayoría de los casos los odontólogos trabajan solos dentro de su consultorio, muchos autores se han cuestionado si esto tiene relación con el nivel de burnout, y han encontrado mayores niveles de burnout en los odontólogos que trabajan aisladamente, ya que aquellos que trabajan dentro de una organización en donde hay colegas de trabajo pueden compartir las presiones emocionales generadas por el contacto con los pacientes estresados; además en las clínicas grandes los superiores en la jerarquía pueden apoyar y ayudar, cuando sea necesario, a sus compañeros de trabajo, lo cual les puede aliviar substancialmente su ansiedad; por otra parte, dentro de las clínicas grandes se pueden repartir las tareas, disminuyendo con esto las presiones en los odontólogos, sin embargo, en los consultorios pequeños, actividades tales como las administrativas se concentran en una sola personas generándoles un gran estrés (Puriene et al., 2007), de hecho Puriene et al. (2007), indicaron que los compañeros de trabajo pueden brindar un apoyo emocional y esto puede explicar el porque el nivel del síndrome de burnout disminuye en los grandes grupos de odontólogos.

Debido a que en realidad los odontólogos son un sector profesional que esta en riesgo y que padecen burnout, autores como Díaz et al. (2006) y Puriene et al. (2007), indican que estos deben realizar una serie de modificaciones sobre sus condiciones de trabajo con el fin de reducir sus niveles de burnout, dentro de estas recomendaciones se encuentran: que cada odontólogo reconozca los signos de alarma del burnout, que se establezcan compromisos laborales y metas, aprendan a reconocer sus labores (de acuerdo a sus prioridades), tomen el control de conducta, adquieran hábitos ordenados, preparen listas



diarias de pendientes y reconozcan sus errores, no traten de encubrirlos y hagan lo necesario para corregirlos; que tengan un buen contacto con sus pacientes, que estén dentro de un ambiente de trabajo lo más placenteramente posible y que tomen descansos regulares, que se ejerciten y que establezcan buenas relaciones interpersonales.

Estado de salud en general

Hay que destacar que existen muchas investigaciones en las cuales se ha encontrado que la mayoría de los odontólogos presentan una buena o excelente salud (Puriene et al., 2007); sin embargo en aquellas investigaciones que han estudiado los trastornos psicológicos presentes en los odontólogos en muy pocas ocasiones se adentran a estudiar el estilo de vida que lleva el odontólogo, lo cuál es sumamente importante ya que existen en ella variables moduladores que pueden servirles de soporte para evitar estos trastornos. Una de las pocas investigaciones que se adentran en el estilo de vida de los odontólogos es la realizada por Leggat, Chowanadisal, Kedjarune, Kukiattrakoon y Haiphong (2001, citados en Albanesi de Nasetta et al., 2006), quienes investigaron el estilo de vida de los odontólogos Tailandeses (entre 22 y 54 años de edad) y encontraron que el 36% hacía ejercicio con regularidad, el 19% consumía alcohol una vez por semana, el 2% fumaba, el 96% reportó estrés asociado con la práctica, el 71% presentó problemas de salud sistémicos desde su graduación y el 59%, no presentaban problemas de salud. Ellos encontraron una alta prevalencia de estrés, una moderada prevalencia de problemas relacionados con el trabajo que afectan la satisfacción profesional y una moderada prevalencia de casos de enfermedad sistémica, por lo cual es de suma importancia que también se estudie el estilo de vida del odontólogo para ver que tanto se relaciona esta con ciertos trastornos.

Myers y Myers (2004, citados en Puriene et al., 2007), encontraron algunos trastornos psicosomáticos presentes en odontólogos debidos al estrés laboral, entre ellos se encontraron: nerviosismo psicológico, tensión, depresión y otros signos de debilitamiento psicológico. De hecho un enorme estudio en Inglaterra mostró resultados impresionantes: el 60% de los odontólogos generales reportaron que se sentían nerviosos, tensos o depresivos, el 58.3% reportaron dolores de cabeza, el 60% dificultades para dormir en la noche y el 48.2% reportó sentirse cansados sin razón aparente.

Aunque los odontólogos sufren de deterioros psicológicos, en diversas investigaciones se ha encontrado que la mayoría de ellos no consumen alcohol, tabaco u otras drogas potencialmente adictivas y se ha hallado que al compararlos con los demás profesionales estos las consumen en menor medida (Puriene et al., 2007).

Dentro de las investigaciones realizadas sobre el suicidio en odontólogos existe poca evidencia valida que muestra que los odontólogos son unos de los profesionistas más susceptibles a cometer suicidio; sin embargo se ha encontrado que las odontólogas son más vulnerables a cometerlo (Puriene et al., 2007). Por otro lado debido a que en la odontología se exige mucho el perfeccionismo de los trabajos realizados, Hamilton y Schweitzer (2001, citados en Albanesi de Nasetta et al., 2006), encontraron una relación entre la idea del perfeccionismo y el suicidio en los estudiantes del tercer año de odontología, en la cual observaron que la idea del suicidio se asociaba con altos puntajes de perfeccionismo a lo



cual no se asoció el género o la edad; si bien el perfeccionismo es un gran atributo para alcanzar logros, los hallazgos indican que en altos grados se asocia con la vulnerabilidad al suicidio.

Hay que destacar que para que los odontólogos (y otros profesionistas) disfruten y estén satisfechos con su vida personal y profesional conozcan la importancia de mantener una buena salud mental y física, que se ejerciten físicamente, tengan pasatiempos, posean un ambiente familiar y social armónico, se comuniquen con sus colegas y tengan el conocimiento de todos los padecimientos a los cuales están expuestos a modo de que se prevengan ante ellos y que continúen estudiando durante toda su vida, como ya bien lo recomiendan varios autores (Puriene et al., 2007).

Síntesis

La ocupación que tiene un individuo juega un papel de suma importancia en su vida, ya que cada ocupación establece un medio ambiente y una forma de vida diferente. Y debido a que la ocupación es un aspecto de vital importancia en los individuos, diversos autores han propuesto teorías en las cuales tratan de explicar por que ciertas personas eligen cierta profesión o por que son más aptas para un cierto tipo, siendo uno de los más representativos y más aceptados Holland, quien en 1978 postuló su teoría de las carreras en la cuál indicó que el autoconocimiento y el conocimiento sobre la profesión a elegir eran los factores que determinaban el grado de éxito en la elección profesional; por lo cuál hizo una clasificación de seis tipos de personalidad dentro de las cuales es posible clasificar a las personas de acuerdo a su semejanza con ellos, asimismo indicó que a mayor semejanza de una persona con cierto tipo es mayor la probabilidad de mostrara ciertos rasgos y conductas. De igual forma indicó que cada uno de los tipos se originaba como resultado de la interacción entre una gran variedad de características ambientales y personales, y que a partir de estas interacciones las personas aprendían a preferir ciertas actividades las cuales más tarde se convertían en intereses poderosos, que las llevan a un grupo especial de capacidades.

De acuerdo a la teoría de Holland, los odontólogos son individuos que poseen una configuración de personalidad de tipo investigador-realista-emprendedor, debido a que son individuos que muestran un gran interés y gusto por atender a otras personas, asimismo muestran un gran interés por la comprensión y control de ciertos fenómenos biológicos, haciendo uso de ciertas habilidades manuales en el manejo de instrumentos y aparatos en establecimientos donde muchas veces son los dueños.

El Odontólogo es un profesional de servicio a la salud buco-dental, el cuál posee un interés por los problemas del ser humano y una disposición para ayudarle, así como facilidad para establecer relaciones interpersonales, destreza manual, capacidad de observación, constancia y tenacidad, buenos hábitos de higiene y estudio, capacidad de decisión y autocrítica, disposición para trabajar en equipo y capacidad para actuar en situaciones de emergencia. Sin embargo por las características que implica su profesión (tales como: persuadir y motivar, para brindar tratamientos y servicios necesarios, convivir con gente de todos los estratos, edades, patologías y criterios calmando sus miedos y ansiedades, permanecer la mayor parte del tiempo en una posición sentada e inclinada



realizando pequeños movimientos repetitivos sobre una zona reducida del paciente), se encuentra en riesgo de padecer una serie de trastornos tanto físicos como psicológicos. Por ello se han realizado diversas investigaciones para encontrar su estado de salud física y psicológica, encontrándose en algunas de ellas que presentan una buena o excelente salud; sin embargo, en otras se ha hallado que algunos presentan ciertos problemas físicos o psicológicos originados por las características propias de su profesión. Dentro de los trastornos físicos se encuentran las lesiones músculo esqueléticas, las alteraciones de la piel y el posible contagio de enfermedades como el virus del hepatitis B y el SIDA y dentro de los trastornos psicológicos, estos pueden estar en riesgo de padecer estrés, ansiedad, depresión y burnout por los factores estresantes ante los que están expuestos. Por ello para que los odontólogos disfruten y estén satisfechos con su vida personal y profesional deben conocer la importancia de mantener una adecuada salud mental y física, deben ejercitarse físicamente, tener pasatiempos, poseer un ambiente familiar y social armónico, y un conocimiento sobre todos los padecimientos a los cuales están expuestos a modo de que se prevengan ante ellos.



Capítulo
4

Método



JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se ha encontrado que las profesiones que tienen contacto e interacción constante con personas pueden desarrollar Burnout; ya que un trabajo en el cual una persona ayuda a otra implica cierto grado de estrés psicológico y emocional, esto debido a que están expuestos a los problemas físicos, psicológicos y sociales de los clientes, pacientes, alumnos o receptores de servicio, durante varios periodos de tiempo con la responsabilidad de solucionarlos; lo cual los obliga a tener una entrega emocional continua en su trabajo.

El burnout es un problema psicosocial importante, ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de los individuos repercute sobre el trabajo que realiza, y debido a que éste se desarrolla en las personas que trabajan en contacto directo con otras personas, el deterioro de su calidad de vida repercute en sus clientes, pacientes o receptores. Debido a lo anteriormente expuesto un sector importante de profesionales que puede desarrollar el síndrome de Burnout son los Odontólogos (población poco estudiada en México), ya que estos mantienen un contacto directo y constante con sus pacientes, debido a que su profesión implica atender a varios pacientes a lo largo del día; además estos profesionales se encuentran sometidos a una presión constante, debido a que en la mayoría de los casos aquellos pacientes que llegan a requerir sus servicios no lo hacen por medidas preventivas, sino por el contrario para tratar su dolor o problema buco-dental; y en la mayoría de los casos es ahí en donde entra el trabajo del Odontólogo para apaciguar o eliminar lo más rápidamente posible el dolor del paciente y para lograr que estos posean una buena salud buco-dental. Por tal motivo, resulta de vital interés detectar el nivel de Burnout en estos profesionales y ver su relación con diversas variables sociodemográficas; ya que encontrando esta relación, podría ayudar a detectar a los sujetos más proclives a desarrollarlo, lo cual puede servir para que se tomen tanto medidas de intervención como de prevención en la población de Odontólogos que resulte más vulnerable; para que de esta forma en un futuro los sujetos que sean más propensos (ya sea desde que inician su carrera profesional o una vez laborando), puedan contar con las herramientas necesarias para no llegar a desarrollar el burnout, el cual no solo repercute en ellos sino también en los pacientes a los que atienden y en la institución en la que labora.

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Por tal motivo, el objetivo que se pretendió alcanzar en esta investigación fue conocer, la relación existente entre el síndrome de burnout y algunas variables sociodemográficas como son el sexo, la edad, estado civil, nivel de estudios, número de horas trabajadas y número de pacientes (entre otras), en una muestra de Odontólogos (estudiantes y profesionistas en activo) de diversas universidades y consultorios del distrito federal.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe alguna relación entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en los Odontólogos?

Hipótesis

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en odontólogos.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en odontólogos.

Definición de variables

Variable Independiente Clasificatoria: Variables Sociodemográficas

Variable Dependiente Clasificatoria: Síndrome de Burnout

Definición Conceptual

Variable Independiente:

Variables sociodemográficas: agrupación de las características de la muestra conformadas por los datos:

- *Demográficos:* Serie de características de la población de los Odontólogos las cuales abarcan datos respecto al tamaño y distribución de esta.
- *Educativos:* Conjunto de características que poseen los individuos con respecto a su formación profesional y/o a su situación educativa.
- *Laborales:* Conjunto de características relacionadas con el ámbito laboral del individuo.
- *De Calidad de vida de los Odontólogos:* Serie de características de los individuos respecto a su bienestar, felicidad y satisfacción, todo lo cuál les otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Variable Dependiente:

Síndrome de Burnout: es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por tres factores fundamentales: cansancio emocional (o agotamiento), despersonalización e insatisfacción. El agotamiento se entiende como aquel estado de agotamiento físico,



emocional y mental, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento. Los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo y poseen un sentimiento de debilidad. La despersonalización es entendida como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia los destinatarios del trabajo. Y la Insatisfacción es entendida como la tendencia a evaluarse negativamente, afectando la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden, descontento consigo mismo, desmotivado, insatisfecho con sus resultados laborales (Maslach, 1982; 1999, citada en Moriana y Herruzo, 2004).

Definición operacional

Variable Independiente:

Variables Sociodemográficas: respuestas que los sujetos proporcionan en el cuestionario sociodemográfico conformado por 40 reactivos, los cuales tomaron en cuenta los *datos demográficos* (edad, sexo, estado civil, años con la pareja, hijos y número de ellos, nivel de estudios y el estatus laboral y educativo), los *datos educativos* [año escolar, dificultad para comprar el material y adeudo de materias (reactivos dirigidos únicamente para los estudiantes); estudios de posgrado, conocimiento sobre lo que implica la profesión previo a su ingreso a la carrera, considerar tener o no las habilidades necesarias para ejercer la profesión antes de ingresar a la carrera, y tener o no familiares odontólogos (reactivos dirigidos para todos los odontólogos)], los *datos laborales* (práctica de la profesión, otros trabajos que tiene, poseer o no consultorio propio, tener o no compañeros de trabajo, administración del consultorio, trabajo con el paciente, trabajo con alumnos [reactivo dirigidos a los maestros], forma en la que invierte su tiempo, lejanía a la que tiene su trabajo o escuela, preocupaciones que tiene durante su ejercicio profesional, pacientes que tiene, dificultad que tiene cuando atiende al paciente, percepción que tiene de sus pacientes, cancelación de citas, años de trabajo, empleos y ascensos que ha tenido; ingresos, tipo de organización en la que labora, tipo de contrato que tiene, personas bajo su cargo y ambiente de trabajo); y los *datos de calidad de vida de los Odontólogos* (si consideran o no estresante su profesión, horas de descanso semanales, actividades diarias, actividades en sus horas de descanso, frecuencia con la que conviven con su familia y amigos, relación familiar, medicamentos que toman, accidentes e intervenciones quirúrgicas que han tenido, consumo de tabaco, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de drogas y práctica de actividad física).

Variable Dependiente:

Síndrome de Burnout: puntaje emitido por cada uno de los sujetos en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), conformada por 30 reactivos los cuales miden el factor Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción y por otros 70 reactivos que miden Trastornos psicósomáticos (del sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, por dolor, ansiedad y depresión).



DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue un diseño no experimental, ya que se hicieron inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes. Además fue de tipo transversal debido a que la recolección de dato de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y del Cuestionario Sociodemográfico se realizó en un solo momento y en un tiempo único; por otra parte fue correlacional, ya que se relacionó a la variable independiente (Variables Sociodemográficas) con la variable dependiente (Síndrome de Burnout) (Kerlinger y Lee, 2002).

MUESTRA

Se trató de una muestra no probabilística (n=518), ya que se obtuvo de un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad sino de las características requeridas en la presente investigación, en este caso fueron Odontólogos, entendiéndose por estos a todos aquellos profesionistas de servicio a la salud cuyas responsabilidades incluyen: la promoción de la salud bucodental, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos bucales, la detección de problemas de salud general, la limitación del daño causado por las enfermedades que afectan el sistema estomatognático, y la rehabilitación de las funciones del aparato masticatorio, contribuyendo a restablecer el equilibrio biopsicosocial del individuo; incluidos entre estos a los estudiantes de odontología (UNAM y DGOV, 2006).¹

Sujetos

La muestra se conformó por 518 Odontólogos mexicanos, los cuales eran tanto estudiantes como profesionistas en activo en el momento de la investigación, la media de edad de los sujetos fue de 25 años, 33.4%(173) de los sujetos eran hombres y el 66.6%(345) mujeres, el 51.4%(266) reportó tener pareja y el 48.6%(252) reportó no tenerla, el 16%(83) reportó tener hijos, mientras que el 84%(435) reportó no tener. En cuanto a su nivel de estudios, el 76.1%(394) reportó tener o estar en la licenciatura, el 18.3%(95) reportó tener o estar cursando la especialidad, el 2.3%(12) reportó tener la maestría y el 3.3%(17) reportó tener otro nivel de estudios (en su mayoría diplomados). Respecto a su estado laboral y educativo el 65.1%(337) reportó ser únicamente estudiante de la carrera de Odontología (ellos solo atendían pacientes dentro de las clínicas escolares), el 13.7%(71) reportó ser estudiante y profesionistas en activo (atendían pacientes dentro y fuera de las clínicas escolares), el 10.8%(56) eran profesionistas en activo, el 7.9%(41) eran tanto profesores como profesionista en activo (atendían pacientes tanto dentro como fuera de las clínicas

¹ Descripción otorgada por la Universidad Nacional Autónoma de México y por la Dirección General de Orientación Vocacional en el 2006.



escolares), el 1.5%(8) reportó ser pasante de la carrera de Odontología (se encontraban realizando su servicio social dentro de alguna clínica escolar) y el 1%(5) eran tanto pasantes como profesionistas en activo (atendían pacientes tanto dentro como fuera de las clínicas escolares).

INSTRUMENTO

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (Anexo 1)

Se empleó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), elaborada por el psicólogo mexicano Jesús Felipe Uribe Prado y por un grupo de psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México en el 2006 (Uribe, en prensa), dicha escala es considerada como el primer instrumento de medición del Síndrome de Burnout para la población mexicana con una consistencia interna general de 88% (Alfa de Cronbach). Esta escala se ejecutó de 10 a 20 minutos y esta conformada por 30 reactivos los cuales miden 3 factores (Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción), y por 40 reactivos que miden 7 trastornos psicosomáticos (ver Tabla 3).

Tabla 3

Síndrome de Burnout	Agotamiento:	Consta de 9 reactivos (2, 4, 5, 6, 14, 19, 20, 26, 27)
	Despersonalización:	Consta de 9 reactivos (3, 7, 9, 16, 18, 21, 22, 23, 29)
	Insatisfacción:	Consta de 12 reactivos (1, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 24, 25, 28, 30)
Trastornos psicosomáticos	Trastornos de Sueño:	consta de 11 reactivos (31, 33, 36, 40, 42, 51, 52, 55, 56, 58, 64)
	Trastornos Psicosexuales:	consta de 10 reactivos (38, 39, 50, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70)
	Trastornos Gastrointestinales:	consta de 6 reactivos (35, 44, 45, 57, 60, 62)
	Trastornos Psiconeuróticos:	consta de 6 reactivos (37, 46, 48, 53, 54, 63)
	Trastornos del Dolor:	conformado por 5 reactivos (34, 43, 47, 49, 59)
	Trastornos de Ansiedad:	consta de 1 reactivo (41)
	Trastornos de Depresión:	consta de 1 reactivo (32)

Cuestionario Sociodemográfico (Anexo 1)

Este cuestionario estaba conformado por 40 reactivos y tuvo como finalidad recabar información importante para efectos de la presente investigación; incluía algunas variables demográficas (edad, sexo, estado civil, años con la pareja, tener o no hijos, número de hijos, nivel de estudios y estatus laboral y educativo), variables educativas (año escolar, dificultad para comprar el material, adeudo de materias, estudios de posgrado, etc.),



variables laborales (tiempo de ejercer la profesión, otros trabajos que tenían, tener o no consultorio, tener o no compañeros de trabajo, dificultad para administrar el consultorio, pacientes que atienden al día, horas invertidas en atender pacientes, tipo de pacientes que atienden mayormente, preocupación que tienen durante su ejercicio profesional, años de trabajo, ingresos, ascensos, etc.) y variables de calidad de vida (horas de descanso semanales, actividades diarias, frecuencia en su convivencia con familia y amigos, tomar o no medicamentos, accidentes que han tenido, intervenciones quirúrgicas, etc.).

PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

La aplicación se llevo a cabo durante cuatro semanas en diversas Facultades de Odontología y en diversos consultorios del distrito federal; así se les pidió a los Odontólogos que respondieran el cuestionario lo más sinceramente posible siguiendo las instrucciones especificadas en este, recordándoles el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Los datos obtenidos mediante la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional se ingresaron al programa estadístico SPSS (Statistical Package for the social Science) versión 11.0, para realizar lo siguiente:

Se realizó un análisis de estadística descriptiva por medio de la cuál se obtuvo la Media, Moda, Mediana, Varianza y la Desviación Estándar de los datos obtenidos. Posteriormente se realizaron análisis de varianza de una vía entre el Síndrome de Burnout, Trastornos Psicosomáticos y Variables Sociodemográficas, para identificar las diferencias entre los grupos de variables; también se llevaron a cabo correlaciones entre las variables de Síndrome de Burnout y las Variables Sociodemográficas para detectar si existían relaciones entre ellas.

Con el fin de clasificar a los Odontólogos dentro de las cuatro fases del modelo de Leiter y Maslach (1988) se realizó una clasificación de los tres factores del Síndrome de Burnout en dos grupos: de cero a la media se consideró “bajo” y de la media al valor superior se consideró “alto”; y con base en una tabla de combinaciones se recodificaron los grupos altos y bajos, dando lugar a una sumatoria por fase, es decir cuatro sumatorias, las cuales corresponden al modelo de Leiter y Maslach (1988, ver Figura 3 del capítulo 2). Posteriormente se realizaron análisis de varianza entre las Fases de Leiter y Maslach y los Trastornos Psicosomáticos, correlaciones entre las fases de Leiter y Maslach con los Trastornos psicosomáticos y con variables sociodemográficas y finalmente se identificó en que fase según Leiter y Maslach se encontraban los Odontólogos del presente estudio.

Finalmente se utilizó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional.



Capítulo 5 Resultados



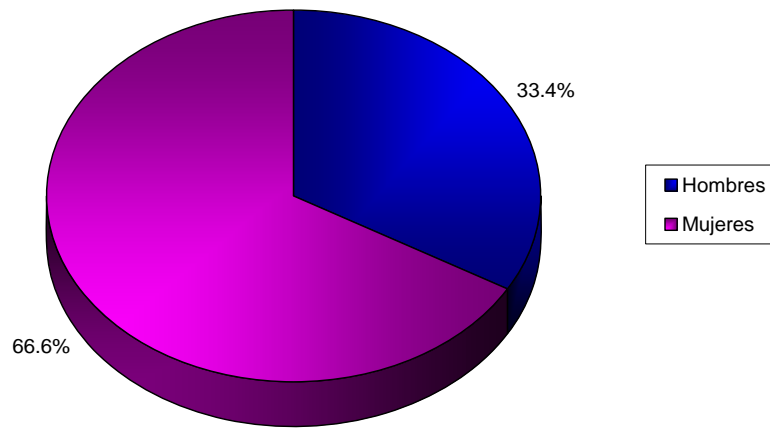
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Características Demográficas de la muestra

a) **Sexo:** de los 518 Odontólogos que conformaron la muestra, el 66.6%(345) eran mujeres y el 33.4%(173) hombres. (ver Figura 9)

Figura 9

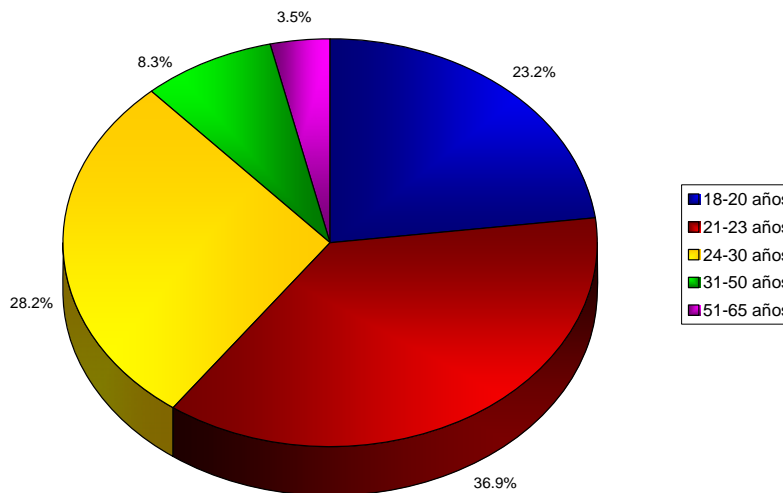
Sexo de los Odontólogos



b) **Edad:** el rango de edad de los odontólogos fue de 18 a 65 años, de los cuales un 23.2%(120) tenía de 18 a 20 años, un 36.2%(191) de 21 a 23 años, un 28.2%(146) de 24 a 30 años, un 8.3%(43) de 31 a 50 años, y un 3.5%(18) de 51 a 65 años. (ver Figura 10)

Figura 10

Edad de los Odontólogos

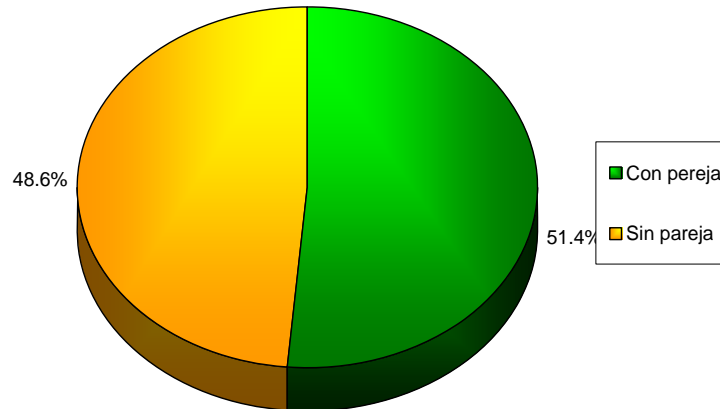




c) **Estado civil:** el 51.4%(266) reportó tener pareja y el 48.6%(252) reportó no tenerla. (ver Figura 11)

Figura 11

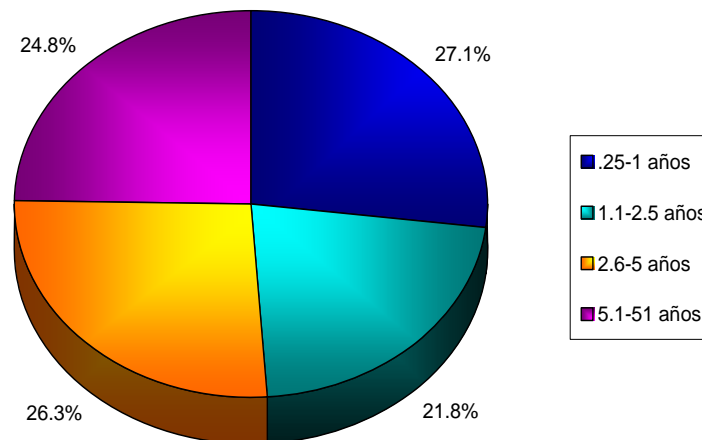
Estado civil de los Odontólogos



d) **Años con la pareja:** de los 266 odontólogos que contaban con pareja, el 13.9%(72) llevaba con ella de 0.25 a 1 año, el 11.2%(58) de 1.1 a 2.5 años, el 13.5%(70) de 2.6 a 5 años y el 12.7%(66) de 5.1 a 51 años. (ver Figura 12)

Figura 12

Tiempo de convivencia con su pareja de los Odontólogos



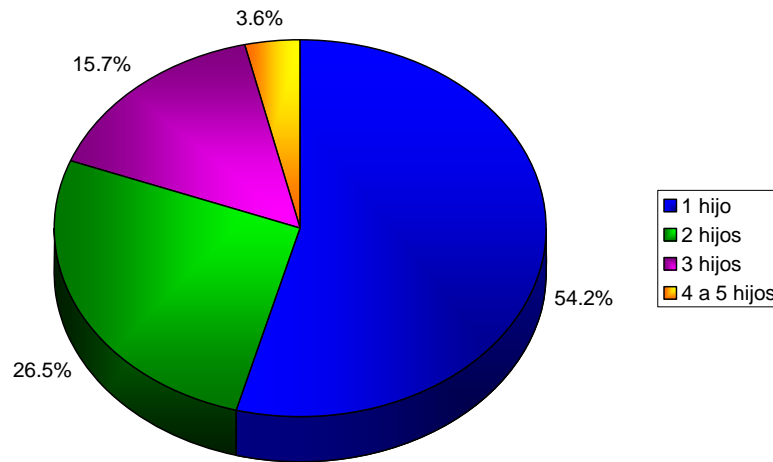
e) **Hijos:** la mayor proporción de los Odontólogos estudiados reportaron que no tenían hijos (84%= 435), mientras que el 16%(83) si tenían hijos; de estos 83 Odontólogos, el



54.2%(45) contaban con un hijo, el 26.5%(22) con 2 hijos, el 15.7%(13) con 3 hijos y el 3.6%(3) tenían de 4 a 5 hijos. (ver Figura 13)

Figura 13

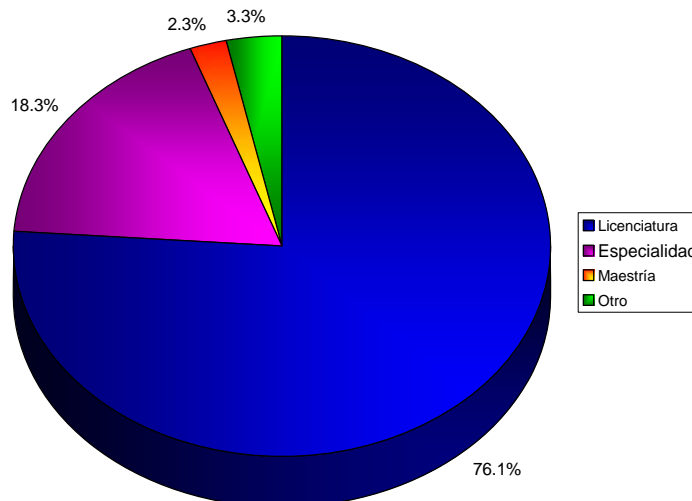
Hijos que tienen los Odontólogos



f) **Nivel de estudios:** el 76.1%(394) tenía o se encontraba cursando la licenciatura, el 18.3%(95) tenía o se encontraba cursando la especialidad, el 2.3%(12) contaba con maestría y el 3.3%(17) además de la licenciatura contaba con un diplomado. (ver Figura 14)

Figura 14

Nivel de estudios de los Odontólogos



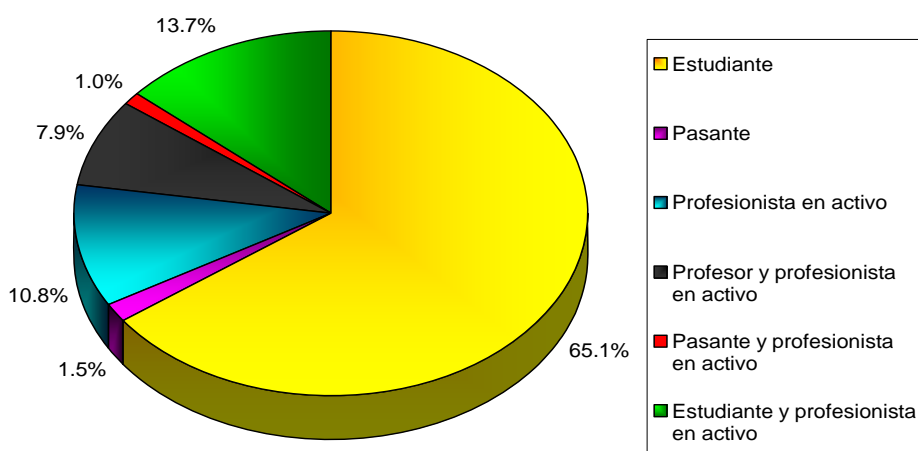
g) **Estatus Laboral y Educativo:** el 65.1%(337) eran estudiantes de la carrera de odontología los cuales no se encontraban ejerciendo fuera de la clínica escolar su profesión, el 13.7%(71) eran estudiantes de la carrera de Odontología que además de atender pacientes



dentro de la clínica escolar se encontraban ejerciendo su profesión fuera de esta. El 1.5%(8) eran pasantes de la carrera de Odontología, los cuales se encontraban haciendo su servicio social dentro de las clínicas escolares pero no ejercían su profesión fuera de ellas; el 1%(5) eran pasantes que además de atender pacientes dentro de la clínica escolar atendían pacientes fuera de esta. El 7.9%(41) eran profesores los cuales fuera de la escuela Odontológica atendían pacientes en su consultorio o en el consultorio de alguna institución pública o privada; y finalmente el 10.8%(56) eran Odontólogos que trabajaban dentro de su consultorio o en algún consultorio de una institución pública o privada (profesionistas en activo). (ver Figura 15)

Figura 15

Estatus laboral y educativo de los Odontólogos



Variables Educativas de la muestra

a) Año escolar: de los 408 estudiantes de Odontología que participaron en la presente investigación, el 52.5%(214) se encontraban en sus últimos años de la carrera (4to y 5to) y el 47.5%(194) estaban cursando el primero, segundo o tercer año de ella.

b) Dificultad para comprar el material: de los 408 estudiantes, el 57.8% (236) reportó que se le dificulta comprar el material que le pedía la institución, mientras que el 42.2%(172) reportó que no tenía dificultad para comprarlo.

c) Adeudo de materias: de los 408 estudiantes, el 53.1%(217) no adeudaban materias, mientras que el 46.9%(191) si tenía un adeudo de materias. De los 191 estudiantes que debían materias, el 41.9% (80) debían solamente una materia, el 41.4%(79) adeudaban de 2 a 3 materias y el 16.8%(32) tenían un adeudo de 4 a 14 materias.



d) Estudios de posgrado: de los 518 Odontólogos estudiados, el 74.1%(384) indicó que pensaba estudiar alguna especialidad mientras que el 25.9%(134) indicó que no. De los 384 que reportaron tener pensado estudiar alguna especialidad, el 21.6%(83) reportó que pensaba estudiar la especialidad en Ortodoncia, el 17.7%(68) en cirugía oral y maxilofacial, el 15.1%(58) en odontopediatría, el 8.3%(32) en endodoncia, el 6.8%(26) en periodoncia e implantología, el 4.9%(19) en odontología forense, el 3.6%(14) en prótesis maxilofacial, el 2.9%(11) en patología bucal, el 2.6%(10) en estomatología del niño y el paciente, el 1%(4) en atención primaria a la salud, el 0.8%(3) en salud pública bucal, otro 0.8%(3) en materiales dentales, y el 13.8%(53) tenía pensado estudiar más de una especialidad. Por otro lado de los 518 Odontólogos estudiados el 19.9%(103) reportó que ya tenía una especialidad; de estos 103 odontólogos el 24.3%(25) tenían la especialidad de endodoncia, el 20.4%(21) la de odontopediatría, el 14.6%(15) la de cirugía oral y maxilofacial, el 11.7%(12) la de prótesis maxilofacial, el 8.7%(9) la de ortodoncia, el 6.8%(79) la de periodoncia e implantología, el 1%(1) la de salud pública bucal, otro 1%(1) la especialidad de estomatología del niño y el paciente y otro 1%(1) la especialidad de atención primaria a la salud, y el 9.7%(10) contaba con algún otro tipo de especialidad. Finalmente de todos los odontólogos estudiados únicamente el 0.6%(3) contaban con maestría, uno de ellos tenía la maestría de enseñanza superior, otro la de salud pública y el último la de administración en sistemas de salud.

e) Conocimiento sobre las implicaciones que tiene la profesión antes de que ingresaran a la escuela Odontológica: de los 518 odontólogos el 52.1%(270) no conocía lo que implicaba el ejercer la odontología al momento de decidir estudiarla, mientras que el 47.9%(248) si lo conocía.

f) Consideración que tenían sobre sus habilidades para ejercer la profesión antes de ingresar a la carrera: el 68.3%(354) consideraba tener las habilidades necesarias para ejercer la odontología antes de ingresar a la carrera y el 31.7%(164) no consideraba que las tenía antes de ingresar a ella.

g) Familiares Odontólogos: el 37.1%(192) reportó tener algún familiar odontólogo y el 62.9%(326) reportó que no tenía familiares odontólogos.

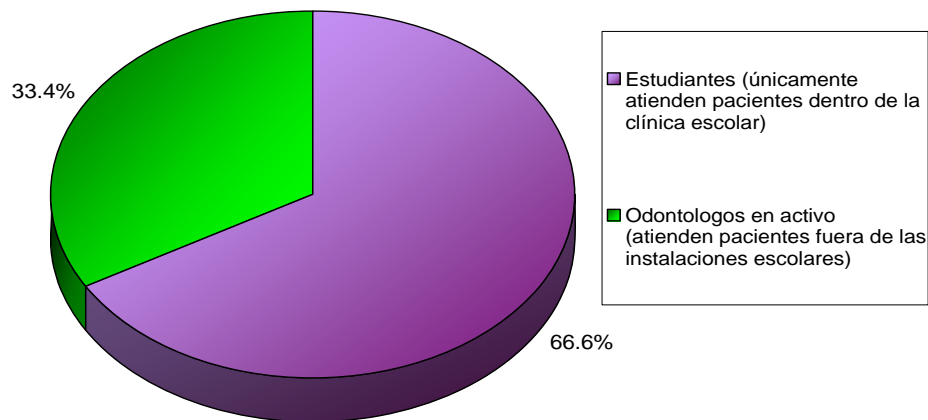
Variables Laborales de la muestra

a) Práctica de la profesión: el 66.6%(345) de los Odontólogos indicaron que solo ejercían su profesión en las horas de clínica escolar (ya que solo eran estudiantes) y el 33.4%(173) reportó que si ejercían su profesión. El 34.5%(58) llevaba de 1 a 2 años atendiendo pacientes, el 35.1%(59) 3 a 6 años y el 31.4%(56) de 7 a 37 años de atender pacientes. (ver Figura 16)

Figura 16



Ejercicio profesional



b) Otros trabajos: de los 345 sujetos que no ejercían la profesión fuera de la clínica escolar, el 65.2%(225) reportó que no tenían trabajo ya que únicamente estudiaban, el 14.7%(51) reportó que trabajaba como comerciante, el 7.8%(27) indicó que era empleado pero no especifico de que tipo, el 6%(21) trabajaba como asistente dental, el 2.6%(9) contaba con un negocio propio, el 0.8%(3) trabajaba dentro del área de ventas, otro 0.8%(3) trabajaba en actividades artísticas y culturales, el 0.5%(2) en el área contable o administrativa, otro 0.5%(2) trabajaba como docente y otro 0.5%(2) trabajaba como obrero. De los 173 Odontólogos que si ejercían su profesión, el 79.7%(138) no tenían algún otro trabajo fuera de la odontología, pero el 16.2%(28) si tenían otro trabajo además de ser Odontólogo; de esos 35 sujetos que aparte de ser dentistas tenían otro trabajo, el 48.5%(17) trabajaba en la docencia, el 17.1%(6) trabajaba como auxiliar en el área de servicio a la salud, el 11.4%(4) solamente indicó que era empleado sin especificar de que tipo, el 8.57%(3) tenía un negocio propio, otro 8.57%(3) trabajaba en el área de ventas, y el 5.7%(2) trabajaba como comerciante.

c) Consultorio propio: de los 173 odontólogos que sí ejercían su profesión, el 71%(123) contaban con consultorio propio mientras que el 28.9%(50) no tenían consultorio propio.

d) Compañeros de trabajo: de los 173 odontólogos que trabajaban en algún consultorio el 45%(78) de ellos trabajaban solos y el 54.9%(95) trabajaban con otras personas; de estos últimos el 38.9%(37) trabajaba junto con una persona, el 37%(37) con 2 o 3 personas y el 22.1%(21) tenían de 4 a 12 compañeros de trabajo en el consultorio.

e) Administración del consultorio: de los 173 odontólogos que trabajaban dentro de algún consultorio, el 26.6%(46) reportó que se le dificultaba administrar el consultorio y el 73.4%(127) reportó que no tenía dificultad para ello.

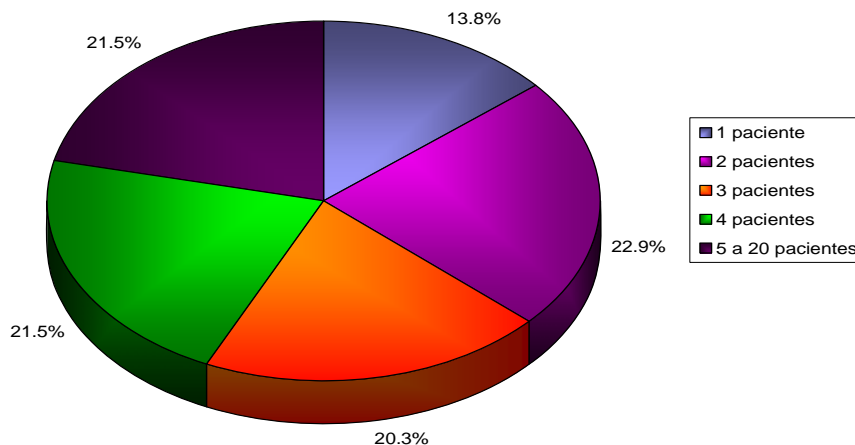
f) Trabajo con paciente: de los 518 odontólogos que trabajaban con paciente ya fuera dentro y/o fuera de la clínica escolar, el 22.9%(118) atendía a 2 pacientes diarios, el



21.5%(113) atendía de 5 a 20 pacientes, el 21.5%(111) a 4 pacientes, el 20.3%(105) a 3 pacientes y el 13.8%(71) atendía aproximadamente a un paciente al día (ver Figura 17). En cuanto a las horas al día que invertían en atender paciente, el 19.3%(100) invertían de 1 a 4 horas, el 21.2%(110) de 5 a 6 horas, el 40.9%(212) 7 horas y el 19.6%(102) de 8 a 18 horas.

Figura 17

Cantidad de pacientes que atienden al día los Odontólogos

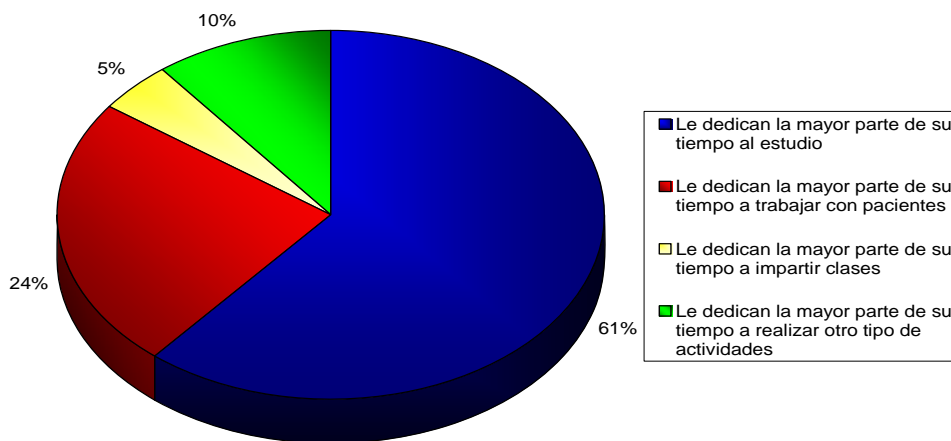


g) **Trabajo con alumnos:** de los 41 maestros de odontología el 26.8%(11) reportó que tenía de 11 a 234 alumnos, el 24.4%(10) de 1 a 27 alumnos, otro 24.4%(10) de 28 a 60 alumnos, y un último 24.4%(10) de 61 a 110 alumnos. En cuanto a las horas diarias que invertían en impartir clases, el 31.7%(13) invertía de 4 a 5 horas, el 26.8%(11) de 6 a 7 horas, el 22%(9) de 8 a 10 horas y el 19.5%(8) de 1 a 3 horas.

h) **Inversión de su tiempo:** el 61%(316) de los Odontólogos le dedicaba la mayor parte de su tiempo al estudio, el 23.9%(124) a trabajar con pacientes, el 4.6%(24) a impartir clases y el 10.4%(54) a realizar otro tipo de actividades (ver Figura 18).

Figura 18

Inversión del tiempo de los Odontólogos



i) **Lejanía de la escuela o trabajo:** el 61%(316) reportó que no le quedaba lejos su escuela o trabajo, pero al 39%(202) si le quedaba lejos su trabajo o escuela. Con respecto al tiempo



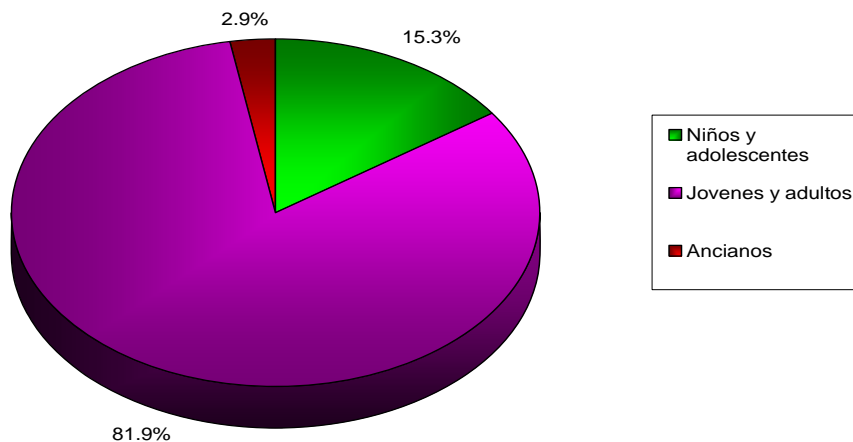
de lejanía que tenían su escuela o trabajo, el 44.6%(231) indicó que su trabajo o escuela le quedaba de 0.1 a 0.9 horas de distancia, el 32.6%(169) de 1 a 1.1 horas y el 22.8%(118) de 1.2 a 4 horas.

j) Preocupación que tienen durante su ejercicio profesional: el 65.8%(339) reportó que no tenía preocupación por poseer el material e instrumental de calidad para hacer un tratamiento específico mientras que el 34.2%(176) si tenía preocupación por poseer el material e instrumental de calidad. El 87.8%(455) tenía preocupación por atender adecuadamente al paciente y el 12.2%(63) no tenían preocupación alguna por atender adecuadamente al paciente. El 63.8%(331) no tenía preocupación por realizar rápidamente el trabajo y el 36.2%(187) sí tenía preocupación por realizar rápidamente el trabajo. El 61%(316) reportó que si tenía preocupación por tener una buena relación dentista-paciente, mientras que el 39%(202) no la tenía. De los estudiantes, el 54.1%(228) no tenía preocupación por cumplir con el número de objetivos que le marcaba la institución mientras que el 45.9%(193) si la tenía. El 63.4%(26) de los maestros indicaron que sí les preocupaba dar una enseñanza de calidad mientras que al 36.6%(15) no les preocupaba. Al 75.6%(392) no le preocupaba obtener una buena remuneración económica y al 24.4%(126) sí le preocupaba obtener una buena remuneración económica.

k) Pacientes que tienen: el 81.9%(424) atendía principalmente a jóvenes y adultos, el 15.3%(79) a niños y adolescentes y el 2.9%(15) a ancianos (ver Figura 19); así mismo el 90.3%(468) reportó que los pacientes que tenía en su mayoría eran pacientes de tratamiento y el 9.7%(50) de urgencia. Además un 29.6%(153) indicó que tenía más pacientes de los que podía atender al día mientras que el 70.4%(365) indicó que no tenía más pacientes de los que podía atender al día.

Figura 19

Pacientes que atienden los Odontólogos



l) Dificultad que tiene cuando atiende al paciente: el 40.6%(210) no tenía dificultades con sus pacientes, al 32.4%(168) se le dificultaba realizar el procedimiento con calidad y al 27% (140) se le dificultaba lidiar con el paciente.



m) Percepción que tienen de sus pacientes: el 92.8%(481) percibía a la mayoría de sus pacientes como cooperadores y el 7.2%(37) como no cooperadores.

n) Cancelación de citas: el 27.8%(144) no tenía citas canceladas a la semana, sin embargo el 62.5%(324) indicó que tenía pocas cancelaciones semanales y el 9.7%(50) tenía muchas cancelaciones semanales.

ñ) Años de trabajo: el 31.7%(164) reportó que tenía de 4 a 9 años trabajando en su vida, el 27.4%(142) de 0.1 a 1 año, el 24.5%(127) de 2 a 3 años y el 16.4%(85) de 10 a 45 años.

o) Empleos que han tenido: el 35.7%(185) reportó haber tenido 3 empleos en su vida, el 21.6%(112) un empleo, otro 21.6%(112) de 4 a 25 empleos y el 21% (109) 2 empleos en su vida.

p) Ascensos que han tenido: el 53.9%(279) reportó no haber tenido o haber tenido un ascenso en su vida, el 38.4%(199) 2 ascensos y el 7.7%(40) de 3 a 11 ascensos.

q) Ingresos: de los 293 odontólogos que recibían ingresos ya fuera atendiendo pacientes o trabajando en algún otro lado el 21.2%(62) reportó obtener de \$3100 a \$5000 al mes, el 18.8%(55) de \$5100 a \$10000, el 17.7%(52) de \$100 a \$1900, el 14.3%(42) de \$2200 a \$3000, otro 14.3%(42) de \$10100 a \$50000 y el 13.7%(40) de \$2000 a \$2100.

r) Tipo de organización: de los 173 odontólogos que ejercían su profesión o que atendían pacientes fuera de la escuela, el 71%(123) tenía consultorio propio, el 13.3%(23) trabajaba en un consultorio de alguna institución privada y el 15.7%(27) en el consultorio de alguna institución pública.

s) Tipo de contrato: 293 Odontólogos reportaron que obtenían ingresos, ya que trabajaban como dentistas o que tenían algún otro empleo, y de ellos el 56%(164) no tenía contrato, el 32.8%(96) tenía un contrato por tiempo indefinido, el 8.5%(25) por tiempo determinado y el 2.7%(8) por obra determinada.

t) Personas bajo su cargo: el 83.2%(431) no tenían personas a su cargo y el 16.8%(87) si tenían; de este último grupo, el 32.5%(30) tenía a una persona a su cargo, el 27.6%(24) tenía a dos personas, el 24.1%(21) tenía de 3 a 8 personas a su cargo y el 13.8%(12) tenía de 10 a 90 personas a su cargo.

u) Ambiente de trabajo: el 68.7%(356) percibía su ambiente de trabajo como bueno, el 20.7% (107) como muy bueno, el 8.3%(43) como regular, el 1.4%(7) como malo y el 1%(5) como muy malo.



VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA

a) **Consideración sobre si es o no estresante su profesión:** al 70.8%(367) se le hacía estresante su profesión y al 29.2%(151) no se le hacía estresante su profesión.

b) **Horas de descanso semanales:** el 30.1%(156) tenía de 25 a 100 horas de descanso a la semana, el 27.2%(141) de 1 a 10 horas, el 24.9%(129) de 21 a 24 horas y el 17.8%(92) de 11 a 20 horas de descanso semanales.

c) **Actividades diarias:** el 40.3%(209) realizaba 3 actividades diarias, el 35.3%(183) de 1 a 2 actividades y el 24.3%(126) de 4 a 10 actividades.

d) **Actividades en sus horas de descanso:** con respecto a sus horas de descanso el 35.5%(184) las invertía en descansar o dormir, el 11.6%(60) en realizar tareas, el 10.8%(56) en ver televisión, el 8.7%(45) en salir a divertirse o pasear, el 7.7%(40) en hacer ejercicio o practicar algún deporte, el 7.1%(37) en convivir con su familia, el 4.6%(24) en realizar el quehacer de la casa, el 4.2%(22) en leer, el 4.1%(21) en el estudio, el 1.2%(6) en cuidar a sus hijos, el 1%(5) en realizar los pendientes, el 0.8%(4) en escuchar música, el 0.6%(3) en estar con su pareja, el 0.6%(3) en realizar actividades artísticas o culturales, otro 0.6%(3) en la convivencia con sus amigos, un 0.4%(2) en estar navegando en Internet, otro 0.4%(2) en comer y un 0.2%(1) en ir a la iglesia.

e) **Frecuencia con la que conviven con familia y amigos:** el 50.8%(263) convivía frecuentemente con su familia y amigos, el 26.6%(138) muy frecuentemente, el 14.3%(74) rara vez, el 7.3%(38) casi nunca y el 1%(5) reportó que nunca convivía con su familia y amigos

f) **Relación familiar:** el 46.3%(240) consideraba tener una muy buena relación con su familia, el 40.3%(209) una relación buena, el 11.8%(61) una relación regular, el 1%(5) una mala relación y el 0.6%(3) una muy mala relación.

g) **Medicamentos:** el 87.5%(453) no tomaba medicamentos mientras que el 12.5%(65) si tomaban medicamentos, de estos últimos el 41.5%(27) tomaba medicamentos para el dolor de cabeza, el 21.5%(14) para el sistema digestivo, el 9.2%(6) vitaminas, el 7.7%(5) hormonas, el 6.2%(4) medicamentos para la circulación, el 4.6%(3) antialérgicos, el 3.1%(2) pastillas para dormir, el 1.5%(1) antiepilépticos y otro 4.6%(3) tomaba algún otro tipo de medicamentos. El 35.4%(23) llevaba de 4 a 25 años tomando el medicamento, el 29.2%(19) de 2 a 3 años, el 24.6%(16) de 1 a 1.5 años, y el 10.8%(7) un año.

h) **Accidentes:** el 90.7%(470) no habían tenido accidentes importantes, pero el 9.3%(48) si habían tenido accidentes importantes, de estos el 33.3%(16) había sufrido de algún tipo de choque vehicular, el 29.2%(14) de fracturas, el 22.9%(11) de algún tipo de traumatismo, el 8.3%(4) de mordida de perro, y el 6.3%(3) de un esguince.



i) Intervenciones quirúrgicas: el 86.5%(448) no había tenido intervenciones quirúrgicas, pero el 13.5%(70) si había tenido; de aquellos que si habían tenido intervenciones quirúrgicas, el 32.9%(23) había tenido cirugía de terceros molares, el 14.3%(10) cirugía de extracción de quistes, el 11.4%(8) había tenido cesárea, el 7.1%(5) apendicectomía, el 7.1%(5) cirugía estética, el 5.7%(4) amigdalectomía, el 5.7%(4) operación por fractura, el 4.3%(3) hernioplastía, el 2.9%(2) cirugía ortopédica, el 2.9%(2) cirugía laparoscópica, el 1.4%(1) colonectomía, el 1.4%(1) cirugía para corregir estrabismo, el 1.4%(1) cirugía láser para corregir la visión, y el otro 1.4%(1) cirugía para implantar tejido.

j) Fumar: el 69.5%(360) no fumaban y el 30.5%(158) si fumaban. De aquellos que fumaban el 37.3%(59) fumaba de 2 a 3 cigarros al día, el 28.5%(45) un cigarro al día, el 22.2%(35) de 4 a 5 cigarros y el 12%(19) de 6 a 20 cigarros al día.

k) Ingesta de bebidas alcohólicas: el 28.4%(147) ingería bebidas alcohólicas una vez al mes, el 22.8%(118) una vez a la semana, el 20.8%(108) dos veces al año, el 10.2%(53) una vez al año, el 1.2%(6) todos los días y el 16.6%(86) nunca ingería bebidas alcohólicas.

l) Drogas: el 92.1% (477) nunca consumía drogas, el 2.3% (12) consumía drogas una vez al año, el 2.1% (11) dos veces al año, el 2.1% (11) una vez al mes, el 0.8% (4) todos los días y el 0.6% (3) una vez a la semana.

m) Ejercicio: el 49.4%(256) no realizaba ejercicio y el 50.6%(262) si realizaba ejercicio. De aquellos que realizaban ejercicio, el 29%(76) hacia de 1 a 2 horas de ejercicio a la semana, el 28.6%(75) de 3 a 4 horas, el 21.8%(57) de 5 a 6 horas y el 20.6%(54) de 7 a 20 horas de ejercicio a la semana.



ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Análisis de datos

Con la finalidad de discriminar entre grupos se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía entre Síndrome de Burnout (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización y F3 Insatisfacción) y Trastornos Psicossomáticos (F4), con variables demográficas. (ver Tabla 4)

Tabla 4
Análisis de Varianza entre Síndrome de Burnout y Variables Demográficas

VARIABLES	GRUPOS	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Edad	18-20 años	3.6417***	2.2148**	2.1007**	1.9461***
	21-23 años	3.4101***	2.1350**	2.0777**	1.9339***
	24-30 años	3.2260***	1.9863**	1.8019**	1.8520***
	31-50 años	2.6589***	1.7726**	1.7035**	1.7974***
	51-65 años	2.1728***	1.6914**	1.6759**	1.4057***
Sexo	Masculino	3.0861***	2.1053	2.0458	1.7182***
	Femenino	3.4171***	2.0464	1.9174	1.9670***
Estado civil	Con pareja	3.3861	2.0317	1.8897	1.8718
	Sin pareja	3.3280	2.1023	2.0347	1.8968
Años con la pareja	.25-1 años	3.3642***	1.9444**	1.8958**	1.9034
	1.1-2.5 años	3.4636***	2.3027**	2.1523**	1.9703
	2.6-5 años	3.4746***	2.1333**	1.9774**	1.8479
	5.1-51 años	2.7896***	1.8131**	1.5884**	1.7763
Tener Hijos	Si	2.7898***	1.7764***	1.7570*	1.7752*
	No	3.4051***	2.1213***	1.9990*	1.9047*
Número de hijos	1	3.0272	1.8691	1.7833	1.9380**
	2	2.6111	1.5758	1.8523	1.6453**
	3	2.2735	1.8034	1.5577	1.4052**
	4-5	2.7778	1.7407	1.5278	1.8902**
Nivel de estudios	Licenciatura	3.3683**	2.1331**	2.0580***	1.8915
	Especialidad	3.2573**	1.8994**	1.6307***	1.8921
	Maestría	2.7593**	1.9259**	1.8750***	1.6850
	Otro	2.5359**	1.5425**	1.5980***	1.8032
Estatus laboral y educativo	Estudiante	3.4461***	2.1467**	2.0712**	1.9111
	Pasante	2.4306***	1.5417**	1.5313**	1.6728
	Profesionista en activo	2.9365***	1.8433**	1.6205**	1.8801
	Profesor y profesionista en activo	2.8117***	1.8519**	1.8333**	1.7559
	Pasante y profesionista en activo	2.3111***	1.3556**	1.4000**	1.7261
	Estudiante y profesionista en activo	3.4413***	2.1033**	1.8944**	1.8884

*≤.05, **≤.01, ***≤.001

Los resultados presentados en la Tabla 4 muestran valores estadísticamente significativos para las variables edad, sexo, años que tienen con su pareja, el tener o no tener hijos, número de hijos que tienen, nivel de estudios y su estatus laboral y educativo.



Para Agotamiento (F1), la edad (F 15.762, p. .000), sexo (F 12.673, p. .000), el tiempo con la pareja (F 6.713, p. .000), el tener o no tener hijos (F 27.217, p. .000), el nivel de estudios (F 5.169, p. .002) y su estatus laboral y educativo (F 6.577, p. .000), mostraron una tendencia en la que el factor de agotamiento es mayor cuando las personas tienen de 18 a 20 años, son mujeres, llevan de 2.6 a 5 años con su pareja, no tienen hijos, tienen un nivel de estudios de licenciatura y son estudiantes.

Para Despersonalización (F2), la edad (F 4.041, p. .003), los años con la pareja (F 3.959, p. .009), el tener o no hijos (F 12.485, p. .000), el nivel de estudios (F 4.667, p. .003) y su estatus laboral y educativo (F 2.615, p. .012) mostraron una tendencia en la que el factor despersonalización es mayor cuando las personas tienen de 18 a 20 años, llevan de 1.1 a 2.5 años con su pareja, no tienen hijos, tienen un nivel de estudios de licenciatura y su estatus laboral y educativo es ser estudiante.

Con respecto al factor Insatisfacción (F3), la edad (F. 3.818, p. .003), los años con la pareja (F 3.940, p. 009), el tener o no hijos (F 4.747, p. .030), el nivel de estudios (F 6.510, p. .000) y el estatus laboral y educativo (F 2.764, p. .008) mostraron una tendencia en la que el factor insatisfacción es mayor cuando las personas tienen de 18 a 20 años de edad, llevan de 1.1 a 2.5 años con su pareja, no tienen hijos, su nivel de estudios es la licenciatura y su estatus laboral y educativos es ser estudiante.

Finalmente aquellos que tienen de 18 a 20 años (F 4.893, p. 001), que son mujeres (F 25.692, p. .000), que no tienen hijos (F 4.040, p.045), o bien aquellas que solamente tienen un hijo (F 5.012, p. .003), presentan más trastornos psicossomáticos.

Tabla 5
Análisis de Varianza entre Síndrome de Burnout y Variables Educativas

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Año escolar en el que se encuentra	De 1 a 3 año	3.4691	2.0888	1.9936	1.9102
	De 4 a 5 año	3.4330	2.1821	2.0880	1.9045
Tiene dificultad para comprar el material	Si	3.5707**	2.1787	2.1135	1.9608**
	No	3.2855**	2.0814	1.9467	1.8340**
Adeuda materias	Si	3.4014	2.2123	2.1558*	1.8958
	No	3.4933	2.0715	1.9433*	1.9174
Materias que adeuda	1 materia	3.4722	2.1653	1.8750**	1.8816
	2-3 materias	3.4740	2.2785	2.4072**	1.9716
	4-14 materias	3.0451	2.1667	2.2370**	1.7441
Piensa estudiar alguna especialidad	Si	3.3747**	2.0883	2.0328**	1.8942
	No	3.1211**	2.0100	1.7544**	1.8537
Especialidad que piensa estudiar	Cirugía oral y maxilofacial	3.4690	2.2380	2.1225	1.8078
	Endodoncia	3.2986	2.0278	1.8854	1.8859
	Materiales dentales	3.4074	1.7407	2.6667	1.7169
	Odontopediatría	3.2734	1.9387	1.9037	1.9131
	Patología bucal	3.4444	1.9293	2.1364	1.8195



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
	Periodoncia e implantología	3.6239	1.9872	2.2276	1.9806
	Prótesis maxilofacial	3.3413	2.0317	2.0417	1.6783
	Salud pública bucal	4.2593	3.2963	3.7778	1.6798
	Estomatología del niño y el paciente	3.4000	2.1111	2.5167	2.2074
	Atención primaria a la salud	3.7500	2.0833	2.2292	2.5251
	Ortodoncia	3.2905	2.1553	1.9177	1.8427
	Forense	3.3216	2.0994	1.8509	2.0266
	Piensa estudiar más de una	3.3396	2.0377	2.0204	1.9571
Especialidad que tiene	Cirugía oral y maxilofacial	2.9778***	1.9259	1.5056	1.6771*
	Endodoncia	3.5956***	2.1649	1.7667	2.0252*
	Materiales dentales	5.1111***	3.2222	2.2500	2.6775*
	Odontopediatría	2.9683***	1.8360	1.5992	1.9125*
	Periodoncia e implantología	4.3810***	2.3492	2.0476	2.3156*
	Prótesis maxilofacial	3.4259***	1.7870	1.5625	1.8887*
	Salud pública bucal	1.5556***	1.5556	1.0000	.9571*
	Estomatología del niño y el paciente	3.5556***	1.0000	1.5000	1.9372*
	Atención primaria a la salud	1.8889***	1.0000	1.0000	1.0905*
	Ortodoncia	2.3827***	1.6296	1.5463	1.6547*
	Otra	3.0111***	1.9444	1.9500	1.8015*
Maestría que tiene	Enseñanza superior	3.0000	1.4444	1.2500	1.6719
	Salud pública	1.8889	1.3333	1.9167	1.4195
	Administración en sistemas de salud	1.7778	1.0000	1.5000	1.9753
Conocía las implicaciones que tiene la profesión odontológica al momento de ingresar a la carrera	Si	3.2617	1.9716**	1.8281***	1.8314*
	No	3.3553	2.1689**	2.1042***	1.9411*
Consideraba	Si	3.2856	2.0144*	1.8785**	1.8597



VARIABLES	GRUPOS	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
tener las habilidades para ejercer la profesión al momento de ingresar a la carrera	No	3.3516	2.1775*	2.1367**	1.9362
Tiene algún familiar ejerciendo la profesión	Si	3.2228	1.9740*	1.9093	1.8742
	No	3.3558	2.1203*	1.9903	1.8897

*≤.05, **≤.01, ***≤.001

Dentro de las variables educativas (ver Tabla 5), se encontraron valores estadísticamente significativos en aquellas que indican si tiene o no dificultad para comprar el material, si adeuda o no materias, el número de materias que adeudan, si piensa o no estudiar alguna especialidad, especialidad que piensa tomar, especialidad que tiene, el haber tenido el conocimiento o no de las implicaciones que trae consigo la odontología como profesión antes de ingresar a la carrera, el considerar contar o no con las habilidades requeridas para ejercer la profesión al momento de ingresar a la carrera, y si tiene o no algún familiar ejerciendo la profesión.

El agotamiento (F1), es mayor cuando las personas tienen dificultades para comprar el material (F 8.791, p. .003), piensan estudiar alguna especialidad (F 6.316, p. .012) y tienen la especialidad de materiales dentales (F 3.632, p. .000).

La Despersonalización (F2) es mayor cuando los sujetos indican que no conocían las implicaciones que trae consigo la odontología como profesión (F 11.607, p. .001), consideran que no contaban con las habilidades necesarias para ejercer la profesión antes de ingresar a esta (F 4.419, p. .036), y cuando no tienen algún familiar ejerciendo la profesión (F 3.834, p. .051).

En cuanto al factor Insatisfacción (F3), este es mayor cuando los odontólogos adeudan materias (F 5.021, p. .026), y adeudan de 2 a 3 materias (F 6.054, p. .003), cuando piensan estudiar alguna especialidad (F 8.960, p. .003); cuando indican que no conocían las implicaciones que traía consigo la odontología como profesión antes de ingresar a la carrera (F 11.607, p. .001), y cuando consideran que no tenían las habilidades para ejercer la profesión antes de ingresar a esta (F 8.751, p. .003).

Con respecto al factor 4 (Trastornos Psicosomáticos), a aquellos que se les dificulta comprar el material (F 5.510, p. .019), que tienen la especialidad de materiales dentales (F 2.176, p. .022) y que no conocían las implicaciones que trae consigo la odontología como profesión antes de comenzar a estudiarla (F 5.397, p. .021) presentan más trastornos psicosomáticos. (ver Tabla 5)



Tabla 6
Análisis de Varianza entre Síndrome de Burnout y Variables Laborales

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Ejerce la profesión	Si	3.1045***	1.9405**	1.7753***	1.8524
	Solo cuando estoy en la clínica escolar	3.4225***	2.1391**	2.0606***	1.9054
En caso de no ejercer la profesión o de ejercerla solo en la clínica escolar, trabaja en:	Asistente dental	3.3915	1.9312	2.2897	1.9318
	Comerciante	3.4924	2.2898	2.1650	1.9875
	Docencia	2.7619	1.4444	1.7381	1.5960
	Área cont. o admin.	3.2222	2.3333	2.2971	1.3948
	Obrero	2.8333	2.9444	2.3750	1.6277
	Solo estudia	3.3985	2.1442	2.0041	1.8811
	Negocio propio	3.8889	1.7037	2.3056	2.2127
	Empleado	3.4115	2.1029	2.0370	1.9025
	Ventas	3.4074	2.2222	2.0556	1.7916
Act. artísticas y culturales	2.8148	1.6667	1.4444	1.8769	
Tiempo de ejercer su profesión	1-2 años	3.5192***	2.0651*	1.8032	1.9309
	3-6 años	3.2505***	2.0169*	1.7999	1.8882
	7-37 años	2.4641***	1.7102*	1.7157	1.7217
Ejerce su profesión y aparte tiene otro trabajo	Si	2.6825**	1.8373	1.8036	1.8395
	No	3.1886**	1.9680	1.7752	1.8546
Otro trabajo que tiene además de ser odontólogo	Docencia	2.4074	1.5093	1.7014	1.7648
	Comerciante	4.0000	2.8889	2.4167	3.0234
	Aux. en el área de servicio a la salud	3.1852	2.1852	1.9722	2.0237
	Empleado	3.3611	2.3056	1.9375	2.0690
	Ventas	2.1667	1.3333	1.4583	1.9203
	Negocio propio	1.7778	1.8148	1.7222	1.3486
Tiene consultorio	Si	2.9906*	1.8324**	1.6808*	1.7892**
	No	3.3733*	2.1956**	1.9983*	2.0015**
Trabajan otras personas con él en el consultorio	Si	3.0211	1.8772	1.7053	1.7909
	No	3.1857	2.0457	1.8630	1.9336
Personas que trabajan con él en el consultorio	1 persona	3.1141	2.0090	1.7883	1.9124*
	2-3 personas	2.8529	1.7598	1.6216	1.6079*
	4-12 personas	3.1534	1.8519	1.7063	1.8992*
Se le dificulta la administración del consultorio	Si	3.4420**	2.0193	1.8533	2.0308**
	No	2.9736**	1.9308	1.7932	1.7855**
Tiempo que invierte en atender pacientes	1-4 horas	3.3684*	2.1425	2.0489	1.9999
	5-6 horas	3.0889*	2.1121	1.9152	1.8038
	7 horas	3.4271*	2.0938	1.9890	1.8983
	8-18 horas	3.2734*	1.9107	1.8881	1.8517



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Tiempo que invierte en impartir clases	1-3 horas	3.9861	1.7778	2.0729	2.0545
	4-5 horas	3.0000	1.5897	1.5641	1.7403
	6-7 horas	2.0101	1.8081	1.4091	1.4750
	8-10 horas	2.9630	2.2593	2.2778	1.6885
Pacientes que atiende al día	1 paciente	3.4351**	2.1534***	2.0786***	1.8800**
	2 pacientes	3.1672**	2.1121***	1.8466***	1.7942**
	3 pacientes	3.4233**	2.2466***	2.1754***	1.9727**
	4 pacientes	3.5135**	2.1151***	2.1366***	2.0112**
	5-20 pacientes	3.1072**	1.7856***	1.6578***	1.7873**
Alumnos que tiene	1-27	2.9000	1.7778	1.5083	1.8406
	28-60	2.9333	1.8000	1.8417	1.7136
	61-110	2.3556	1.9889	2.0000	1.5481
	111-234	2.7071	1.7677	1.752	1.7690
A que le dedica más su tiempo	Impartir clases	2.5185***	1.9074*	1.9167	1.6446*
	Trabajar con paciente	3.1694***	1.8925*	1.8306	1.8284*
	Estudiar	3.4237***	1.1333*	2.0069	1.9315*
	Otro	3.2860***	2.1420*	2.0046	1.8393*
Le queda lejos su escuela o trabajo	Si	3.3977	2.1067	2.0285	1.9308
	No	3.2482	2.0401	1.9167	1.8540
Tiempo al que le queda su escuela o trabajo	0.1-0.9 horas	3.2536**	1.9778	1.8562**	1.8535
	1-1.1 horas	3.2025**	2.1216	1.9532**	1.8732
	1.2-4 horas	3.5640**	2.1638	2.1744**	1.9646
Le preocupa poseer el material e instrumental de calidad para hacer un tratamiento específico	Si	3.3662	2.1149	1.9569	1.9287
	No	3.2819	2.0465	1.9668	1.8622
Le preocupa atender adecuadamente al paciente	Si	3.2483***	2.0199***	1.9189**	1.8732
	No	3.7584***	2.4286***	2.2831**	1.9690
Le preocupa realizar rápidamente el trabajo	Si	3.5455***	2.1468	2.0455	1.9999***
	No	3.1768***	2.0261	1.9167	1.8193***
Le preocupa tener una buena relación dentista-paciente	Si	3.2311*	2.0319	1.8927*	1.8604
	No	3.4340*	2.1287	2.0730*	1.9229
Le preocupa cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que le marca la institución	Si	3.5832***	2.1359	2.1110	2.0017***
	No	3.2643***	2.1111	1.9420	1.8103***



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Le preocupa dar una enseñanza de calidad	Si	2.5556	1.7867	1.8200	1.6772
	No	2.9704	1.9111	1.6833	1.8182
Le preocupa obtener una buena remuneración económica	Si	3.3104	1.9974	1.9517	1.9136
	No	3.3108	2.0934	1.9672	1.8756
Clase de pacientes que asisten con el	De urgencia	3.1733	2.0644	1.8733	1.8193
	De tratamiento	3.3341	2.0751	1.9773	1.8954
Tipo de población que atiende principalmente	Niños y adolescentes	3.2166	2.0591	1.9293	1.8666
	Jóvenes y adultos	3.3336	2.0769	1.9733	1.8903
	Ancianos	3.4296	2.0741	1.9944	1.9388
Lo que se le dificulta realizar con sus pacientes	El procedimiento con calidad	3.4259***	2.1984***	2.0937***	1.9431***
	Lidiar con el paciente	3.5810***	2.2135***	2.1310***	2.0319***
	Nada	3.0509***	1.8770***	1.7516***	1.7446***
Percepción que tiene sobre sus pacientes	Cooperadores	3.3092	2.0582	1.9449	1.8781
	No cooperadores	3.3784	2.2252	2.2140	2.0029
Tiene más pacientes de los que puede atender al día	Si	3.5556***	2.1206	2.0403	1.9414
	No	3.2124***	2.0490	1.9318	1.8642
Cancelaciones de citas semanales	Muchas	3.6356*	2.3178	2.3633**	2.1303**
	Pocas	3.2836*	2.0355	1.9172**	1.8675**
	No tengo	3.2708*	2.0617	1.9300**	1.8463**
Años que ha trabajado en su vida	.1-1 año	3.3498***	2.1581***	2.0123	1.8710**
	2-3 años	3.5949***	2.1951***	2.0189	1.9756**
	4-9 años	3.3902***	2.0501***	1.9731	1.9125**
	10-45 años	2.6418***	1.7503***	1.7618	1.7134**
Empleos que ha tenido en su vida	1	3.3105	2.0218*	1.8698	1.8631
	2	3.3354	2.1417*	1.8968	1.8864
	3	3.3526	2.1502*	2.0077	1.8697
	4-25	3.1984	1.8978*	2.0342	1.9259
Ascensos que ha tenido en su vida	0-1	3.3592*	2.1525*	2.0069	1.8887
	2	3.3094*	1.9860*	1.8915	1.9072
	3-11	2.9222*	1.8611*	1.9771	1.7353
Ingreso mensual	100-1900	3.4893***	2.2714**	2.3173*	1.8923
	2000-2100	3.4750***	1.9222**	1.8188*	1.9534
	2200-3000	3.2566***	2.2143**	1.9921*	1.9117
	3100-5000	3.5323***	2.0376**	1.9140*	1.9881
	5100-10000	2.9556***	1.9091**	1.7500*	1.8234
	10100-50000	2.6032***	1.6772**	1.7361*	1.7198
Tipo de organización en la que labora	Consultorio en inst. privada	3.2162	1.9798	1.7515	1.7773
	Consultorio en	2.9506	1.9630	1.9594	1.8481



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
	inst. pública Consultorio propio	3.0814	1.9083	1.7326	1.9018
Tipo de contrato	Obra determinada	3.6111	2.2778	2.7604**	1.8904
	Tiempo determinado	3.4978	1.9200	2.2667**	2.0215
	Tiempo indefinido	3.1400	2.0903	1.9670**	1.8309
	Sin contrato	3.2337	1.9688	1.8120**	1.8974
Tiene personas a su cargo	Si	3.1022*	1.8723**	1.8429	1.7911
	No	3.3496*	1.1044**	1.9859	1.9044
Número de personas que tiene a su cargo	1	3.3481	1.8370	1.8278	1.7584
	2	2.7731	1.6296	1.8160	1.7694
	3-8	3.2910	2.0423	1.9286	1.9899
	10-90	2.8148	2.1481	1.7847	1.5676
Cómo considera su ambiente de trabajo	Muy Bueno	2.8951***	1.8474***	1.6994***	1.7258***
	Bueno	3.3355***	2.0783***	1.9305***	1.8771***
	Regular	3.8088***	2.2558***	2.5930***	2.2069***
	Malo	4.2222***	2.1111***	2.5714***	2.3989***
	Muy malo	4.4444***	4.1778***	3.3667***	2.2539***

*≤.05, **≤.01, ***≤.001

Los resultados en la Tabla 6 muestran valores estadísticamente significativos para las variables que indican si ejerce o no la profesión, el tiempo de ejercer su profesión, si tiene o no otro trabajo además del de su profesión, si tiene o no consultorio, el número de personas que trabajan con el en su consultorio, si se le dificulta o no la administración del consultorio, las horas que invierte al día en atender pacientes, el número de pacientes que atiende al día, a lo que le dedica más su tiempo, el tiempo al que le queda su escuela o trabajo, si le preocupa o no atender adecuadamente al paciente, si le preocupa o no realizar rápidamente el trabajo, si le preocupa o no tener una buena relación dentista-paciente, si le preocupa o no cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que le marca la institución, si le preocupa o no dar una enseñanza de calidad, lo que más se le dificulta realizar con sus pacientes, si tiene o no más pacientes de los que puede atender al día, la cantidad de cancelaciones semanales que considera tener, los años que ha trabajado en su vida, el número de empleos que ha tenido en su vida, el número de ascensos que ha tenido en su vida, el ingreso mensual que obtiene, el tipo de contrato que tiene, si tiene o no personas a su cargo y la percepción que tiene sobre su ambiente de trabajo.

Se encontró que el factor agotamiento (F1) es mayor cuando: ejercen la profesión solo en la clínica escolar (F 9.592, p. .000), tienen de uno a dos años de ejercer la profesión (F 19.248, p. .000), no tienen otro trabajo además del de su profesión (6.007, p. .015), no tienen consultorio (F 5.182, p. .024), se les dificulta la administración del consultorio (F 7.564, p. .007), invierten 7 horas en atender a sus pacientes (F 2.921, p. .034), atienden a 4 pacientes al día (F 3.532, p. .007), le dedican la mayor parte de su tiempo al estudio (F 7.327, p. .000), tienen su escuela o trabajo a una lejanía de 1.2 a 4 horas (F 5.129, p. .006), no tienen la preocupación por atender adecuadamente al paciente (F 14.473, p. .000), no les preocupa realizar rápidamente el trabajo (F 16.337, p. .000), no les preocupa tener una



buena relación dentista-paciente (F 4.993, p. .026), les preocupa cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que le marca la institución (F 11.251, p. .001), se les dificulta lidiar con el paciente (F 13.660, p. .000), cuando tienen más pacientes de los que pueda atender al día (F 12.871, p. .000), cuando tiene muchas citas canceladas a la semana (F 2.867, p. .058), cuando tiene de 2 a 3 años trabajando (F 17.787, p. .000), cuando no ha tenido ascensos o tiene un ascenso de trabajo en su vida (F 3.310, p. .037), cuando tiene un ingreso mensual de 3100 a 5000 pesos (F 6.337, p. .000), cuando no tiene personas a su cargo (F 4.374, p. .037) y cuando considera estar dentro de un ambiente de trabajo muy malo (F 10.999, p. .000).

Además se encontró que las personas que ejercen la profesión solo dentro de la clínica escolar (F 59.04, p. .003), que tiene de uno a dos años ejerciendo la profesión (F 2.989, p. .053), que no tienen consultorio (F 7.096, p. .008), que atienden 3 pacientes al día (F 5.065, p. .001), que le dedican la mayor parte de su tiempo a otra actividad fuera de su profesión (F 3.020, p. .029), que no tienen la preocupación por atender adecuadamente al paciente (F 13.916, p. .000), que se les dificulta lidiar con el paciente (F 10.140, p. .000), que han trabajado de 2 a 3 años en su vida (F 5.978, p. .001), que han tenido 3 empleos en su vida (F 2.638, p. .049), que han tenido únicamente un ascenso en su vida (F 3.752, p. .024), que tienen un ingreso mensual de 100 a 1900 pesos (F 3.082, p. .010), que tienen personas a su cargo (F 5.787, p. .016) y que consideran que trabajan dentro de un ambiente de trabajo muy malo (F 11.566, p. .000) presentan mayores niveles de Despersonalización (F2).

Así mismo aquellas personas que ejercen la profesión únicamente dentro de la clínica escolar (F 6.935, p. .001), que no tienen consultorio (F 5.470, p. .021), que atienden a 3 pacientes al día (F 6.319, p. .000), que tienen la escuela o el trabajo a una lejanía de 1.2 a 4 horas (F 4.623, p. .010), que no les preocupa atender adecuadamente al paciente (F 8.565, p. .004), que no les preocupa tener una buena relación dentista-paciente (F 4.626, p. .032), que tienen la dificultad de lidiar con el paciente (F 9.499, p. .000), que tiene muchas citas canceladas a la semana (F 5.190, p. .006), que tienen un ingreso mensual de 100 a 1900 pesos (F 2.672, p. .022), que tienen un contrato por obra determinada (F 4.062, p. .008) y que consideran estar dentro de un ambiente de trabajo muy malo (F 11.658, p. .000) muestran mayores niveles de Insatisfacción (F3).

Finalmente aquellos que no tienen consultorio (F 5.756, p. .018), que tienen a una persona trabajando con él en el consultorio (F 3.885, p. .024), que se les dificulta la administración del consultorio (F 7.354, p. .007), que atienden a 4 pacientes al día (F 4.035, p. .003), que le dedican la mayor parte de su tiempo al estudio (F 2.992, p. .031), que tienen la preocupación por realizar rápidamente el trabajo (F 13.635, p. .000) que tienen la preocupación por cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que les marca la institución (F 13.533, p. .000), que se les dificulta el lidiar con el paciente (F 13.774, p. .000), que tener muchas citas canceladas a la semana (F 5.845, p. .0003), que han trabajado de 2 a 3 años en su vida (F 4.318, p. .005) y que consideran que su ambiente de trabajo es malo (F 8.858, p. .000) muestran mayores trastornos psicossomáticos (F4).



Tabla 7
Análisis de Varianza entre Síndrome de Burnout y Variables de Calidad de Vida

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
Se le hace estresante su profesión	Si	3.5129***	2.1090	2.0468***	1.9932***
	No	2.8050***	1.9617	1.7500***	1.6184***
Horas de descanso a la semana	1-10 horas	3.4775**	2.1261	1.9551	1.9229
	11-20 horas	3.1836**	2.1220	1.9701	1.8533
	21-24 horas	3.4169**	2.0207	2.0213	1.8913
	25-100 horas	3.1332**	2.0164	1.9087	1.8607
Actividades diarias	1-2	3.3849	2.1044	1.9399	1.8964
	3	3.3307	2.0452	2.0056	1.8983
	4-10	3.1526	2.0450	1.9147	1.8421
Actividades que realiza en sus horas de descanso	Ver TV.	3.2381	2.2937**	2.0640	1.8389
	Descansar/dormir	3.4529	2.1898**	1.9975	1.9504
	Cuidar a sus hijos	2.7407	1.6111**	1.7917	2.0500
	Convivir con familia	3.0931	2.0511**	1.9189	1.8112
	Tarea	3.4278	2.0148**	2.0167	1.8945
	Leer	2.4343	1.7172**	1.7879	1.6610
	Estudiar	3.1323	1.8730**	1.7817	1.6976
	Ejercicio/deporte	3.2750	1.9472**	1.9938	1.8067
	Labores de la casa	3.2778	1.6759**	2.1076	1.9583
	Escuchar música	3.9167	2.8333**	3.2500	2.0485
	Salir a divertirse/pasear	3.0791	1.8914**	1.7889	1.8622
	Ir a la iglesia	2.4444	1.2222**	1.0000	1.7169
	Estar en el Internet	3.2222	1.7778**	1.5417	2.3994
	Estar con su pareja	3.8889	3.0741**	3.3056	2.8332
	Act. artísticas y culturales	4.0370	2.9630**	2.6944	1.5460
	Comer	4.0000	2.3333**	2.4583	1.8411
	Convivir con los amigos	3.3333	1.5556**	1.0833	2.0378
Realizar los pendientes	2.9778	1.8889**	1.5833	1.8361	
Frecuencia con la que convive con sus amigos y familia	Muy frecuentemente	2.9839***	1.9960**	1.7995***	1.6884***
	Frecuentemente	3.2324***	2.0249**	1.8920***	1.8628***
	Rara vez	3.7973***	2.1877**	2.2050***	2.0978***
	Casi nunca	4.0088***	2.2398**	2.3750***	2.2938***
	Nunca	3.5111***	3.0444**	3.2167***	2.1094***
Tipo de relación que tiene con su familia	Muy buena	3.1435***	1.9449**	1.8090***	1.7124***
	Buena	3.3004***	2.0999**	1.9298***	1.9424***
	Regular	3.9217***	2.3898**	2.4631***	2.2836***
	Mala	3.6667***	2.5111**	3.4833***	2.4395***
	Muy mala	3.6667***	2.0741**	3.4167***	2.4808***
Toma algún medicamento	Si	3.3709	1.9145	1.9705	2.0781**
	No	3.2973	2.0878	1.9588	1.8561**
Medicamento	Para dolor de	3.4979*	2.0370	2.0525	2.2547*



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
que toma	cabeza				
	Para sistema digestivo	3.5238*	1.8254	1.8929	2.0545*
	Para sistema circulatorio	1.8611*	1.1667	1.2083	1.4026*
	Vitaminas	4.0000*	2.3519	2.8056	2.4154*
	Para dormir	3.8889*	2.1111	1.6250	2.0950*
	Antiepilépticos	3.4444*	2.8889	3.0833	1.5208*
	Hormonales	2.4889*	1.4222	1.3000	1.7097*
	Antialergénicos	3.6667*	1.7778	1.8056	1.9166*
	Otro	2.7037*	1.7037	2.0833	2.1317*
Tiempo de tomar el medicamento	1 año	3.3333	1.7143	1.6310	2.0821
	1-1.5 años	3.3333	1.9306	2.3073	1.9625
	2-3 años	3.1930	1.7076	1.6711	2.2310
	4-25 años	3.5072	2.1159	2.0870	2.0776
Accidentes	Si	3.3565	2.0116	2.0451	1.8863
	No	3.3014	2.0716	1.9516	1.8837
Tipo de accidente	Choque vehicular	3.5000	1.8125	2.3281	2.0509
	Fractura	3.4683	2.0317	1.8988	1.9128
	Mordida de perro	3.0556	2.9722	2.1958	1.9065
	Esguince	3.1111	2.1111	1.8889	2.1664
	Algún otro traumatismo	3.1818	1.8990	1.8258	1.7113
Intervenciones quirúrgicas	Si	3.0698*	1.8524**	1.6774**	1.8584
	No	3.3435*	2.0995**	2.0045**	1.8879
Tipo de intervención quirúrgica	Extracción de 3ros molares	3.1932	2.1353	1.6014	1.9321
	Cesárea	3.3611	1.7778	1.8224	2.0718
	Extracción de quistes	2.9000	1.5444	1.8417	1.9049
	Amigdalectomía	3.2500	2.1667	2.3333	1.7002
	Apendicectomía	2.8889	1.6889	1.5667	1.6441
	Laparoscópica	3.1111	2.3889	1.6667	2.4671
	Por fractura	3.6389	1.5833	1.3958	1.8623
	Cirugía estética	3.1111	2.2000	1.6167	1.6530
	Hernioplastía	2.5185	2.7407	2.1667	1.5426
	Colonectomía	3.0000	1.4444	1.2500	1.6719
	Estrabismo	2.2222	1.2222	1.5000	2.4671
	Operación láser	3.7778	2.1111	2.2500	1.7381
	Implante de tejido	3.8889	1.2222	2.4167	1.9550
	Cirugía ortopédica	2.7222	1.2222	1.9583	2.0061
	Fuma	Si	3.4895**	2.0956	2.0501
No		3.2262**	2.0531	1.9208	1.8549
Cigarros que fuma	1	3.4222	2.0025	2.0093	1.9869
	2-3	3.4463	2.1224	2.1525	1.9099
	4-5	3.5460	1.9238	1.7929	1.9906
	6-20	3.6784	2.5497	2.3026	1.9139
Frecuencia con la que ingiere bebidas	Nunca	3.0685*	2.1279	1.9593	1.7926
	Una vez al año	3.4340*	2.1384	1.9890	1.8569
	Dos veces al año	3.1584*	2.0412	1.9236	1.8914
	Una vez al mes	3.3991*	2.0438	1.8764	1.8935



Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomático
alcohólicas	Una vez a la semana	3.4935*	2.0414	2.0629	1.9935
	Todos los días	3.2963*	2.0185	2.4167	1.8927
Frecuencia con la que consume drogas	Nunca	3.2723*	2.0405*	1.9210***	1.8720
	Una vez al año	3.4630*	1.9815*	2.1042***	2.0241
	Dos veces al año	3.6061*	2.3636*	2.3258***	1.1824
	Una vez al mes	3.9596*	2.4040*	2.1818***	1.9096
	Una vez a la semana	4.5926*	2.7037*	3.7778***	2.3980
	Todos los días	3.3333*	3.1389*	3.2292***	1.6139
Hace ejercicio	Si	3.2268	2.0601	1.9851	1.8639
	No	3.3920	2.0724	1.9337	1.9054
Horas que le dedica al ejercicio (semanales)	1-2 horas	3.3173	2.0819	2.0800	1.8283
	3-4 horas	3.3467	2.0104	1.9400	1.9313
	5-6 horas	3.0019	2.0916	1.9547	1.8910
	7-20 horas	3.1564	2.1008	1.9059	1.8020

*≤.05, **≤.01, ***≤.001

Dentro de las variables de Calidad de Vida (ver Tabla 7) se encontraron valores estadísticamente significativos para aquellas que indican si a los odontólogos se les hace o no estresante su profesión, las horas que tiene de descanso a la semana, las actividades que realiza en sus horas de descanso, la frecuencia con la que convive con sus amigos y familia, el tipo de relación que tiene con su familia, si toman o no algún medicamento en forma frecuente, el tipo de medicamento que toma, si han tenido o no alguna intervención quirúrgica, si fuman o no, la frecuencia con la que ingiere bebidas alcohólicas, y la frecuencia con la que consume drogas.

Se encontró que aquellas personas que consideran estresante su profesión (F 58.473, p. .000), que tienen de una a diez horas de descanso a la semana (F 3.917, p. .009), que casi nunca conviven con sus amigos y familia (F 14.225, p. .000), que consideran que la relación que tienen con su familia es regular (F 7.885, p. .000), que toman vitaminas (F 2.046, p. .057), que no han tenido intervenciones quirúrgicas (F 4.481, p. .035), que si fuman (F 7.563, p. .006), que ingieren bebidas alcohólicas una vez a la semana (F 2.302, p. .044), y que consumen drogas una vez a la semana (F 2.285, p. .045) muestran mayores niveles de Agotamiento (F1).

Así mismo se encontró que aquellas personas que le dedican sus horas de descanso a estar con su pareja (F 2.327, p. .002), que nunca conviven con su familia y amigos (F 3.049, p. .017), que consideran tener una relación mala con su familia (F 4.207, p. .002), que no han tenido intervenciones quirúrgicas (F 5.492, p. .019), y que consumen drogas todos los días (F 2.527, p. .028) muestran una tendencia en la cuál el factor Despersonalización (F2) es mayor.

De igual forma se encontró que aquellas personas que consideran estresante su profesión (F 11.089, p. .001), que nunca conviven con su familia y amigos (F 7.151, p. .000), que consideran tener una relación mala con su familia (F 12.257, p. .000), que no han



tenido intervenciones quirúrgicas (F 7.571, p. .006), y que consumen drogas una vez a la semana (F 4.622, p. .000) muestran mayores niveles de Insatisfacción (F3).

Finalmente con respecto al factor 4 (Psicosomático) aquellas personas que considera estresante su profesión (F 57.285, p. .000), que casi nunca conviven con su familia y amigos (F 14.647, p. .000), que consideran tener una relación muy mala con su familia (F 19.824, p. .000), que toman medicamentos en forma frecuente (F 9.8000, p. .002), y que toman vitaminas (F 2.172, p. .044) son aquellas que presentan mayores trastornos psicosomáticos.

Los hallazgos previamente expuestos fueron corroborados mediante correlaciones Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y variables demográficas, estos resultados se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8
Correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y Variables Demográficas

Variabes Demográficas	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Edad	-.308**	-.167	-.121**
Años con la pareja	-.3296**	-.160**	-.159**
Número de hijos	-.257*	-.083	-.085

*≤.05, ** ≤.01

Como se puede apreciar en la tabla anterior el factor Agotamiento (F1) presenta una fuerte correlación negativa con las variables edad, años con la pareja y número de hijos. El factor 2 (Despersonalización) mantiene una correlación negativa con los años que tienen con la pareja y finalmente el factor 3 (Insatisfacción) muestra fuertes correlaciones negativas con las variables edad y años con la pareja.

De igual forma se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre el Síndrome de Burnout y Variables Escolares. (ver Tabla 9)

Tabla 9
Correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y Variables Escolares

Variabes Escolares	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Año escolar	.057	.055	.109*
Número de materias que adeuda	-.190**	.038	.094

*≤ .05, **≤ .01

Como se puede apreciar en la tabla anterior el factor Agotamiento (F1) presenta una fuerte correlación negativa con el número de materias que adeudan los estudiantes. Por otro lado existe una correlación positiva entre el año escolar y la Insatisfacción (F3).

Así mismo se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre Variables Laborales y de Calidad de vida con el Síndrome de Burnout (ver Tabla 10 y Tabla 11).



Tabla 10
Correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y Variables Laborales

Variables Laborales	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Tiempo de ejercer profesión	-.351**	-.143	.022
Número de personas que trabajan en su consultorio	.086	.001	.142
Horas al día invertidas en atender paciente	-.018	-.066	-.059
Horas al día invertidas en impartir clases	-.058	.185	.101
Número de pacientes que atiende al día	-.109*	-.153**	-.093*
Número de alumnos que tiene	-.089	-.018	.105
Tiempo al que le queda su trabajo o escuela	.098*	.086-	.109*
Años que ha trabajado	-.287**	-.161**	-.101*
Número de empleos que ha tenido	-.053	-.068	.072
Número de ascensos que ha tenido	-.144**	-.101*	-.031
Ingreso mensual	-.172**	-.118*	-.050
Número de personas a su cargo	-.077	.062	-.057

*≤ .05, ** ≤ .01

En la tabla anterior (Tabla 10) se muestra que el factor Agotamiento (F1) presenta una correlación negativa con las variables tiempo de ejercer la profesión, años que han trabajado, número de ascensos que han tenido e ingreso mensual que obtienen, y una relación positiva con el tiempo al que le queda su trabajo o escuela. En cuanto al factor Despersonalización (F2) en la tabla anterior se puede apreciar que existe una correlación negativa con el número de pacientes que atienden al día, con los años que han trabajado, con el número de ascensos que han tenido y con el ingreso mensual que obtienen. Finalmente el factor 3 (Insatisfacción) muestra una correlación negativas con el número de pacientes que atienden al día, y los años que han trabajado; y una correlación positiva con la variable tiempo al que le queda su trabajo o escuela.

Tabla 11
Correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y Variables de Calidad de Vida

Variables de calidad de vida	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Número de actividades que tiene al día	-.095*	-.057	-.032
Horas de descanso a la semana	-.137**	-.082	-.065
Número de cigarrros que fuma al día	.045	.107	.031
Horas de ejercicio a la semana	-.095	-.007	-.061

*≤ .05, ** ≤ .01

En la tabla anterior (Tabla 11) se muestra que el Factor Agotamiento (F1) presenta una correlación negativa con las variables número de actividades que tienen al día, y horas de descanso que tienen a la semana.

Finalmente se realizó una correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y trastornos Psicossomáticos, los resultados se muestran en la Tabla 12.



Tabla 12
Correlación Producto-momento de Pearson entre Síndrome de Burnout y Trastornos Psicosomáticos

Trastorno Psicosomático	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
T. Sueño	.508**	.174**	.301**
T. Psicosexuales	.266**	.066	.120**
T. Gastrointestinales	.274**	.094*	.181**
T. Psiconeuróticos	.397**	.144**	.292**
T. Dolor	.466**	.080	.216**
T. Ansiedad	.480**	.119**	.268**
T. Depresión	.436**	.173**	.331**

* ≤ .05, ** ≤ .01

Como se puede apreciar en la tabla anterior, los factores agotamiento e insatisfacción presentan una fuerte correlación positiva con todos los trastornos que integran el factor 4 denominado psicossomático, sin embargo el factor despersonalización únicamente muestra fuertes correlaciones positivas con los trastornos de sueño, gastrointestinales, psiconeuróticos, de ansiedad y depresivos.

Así mismo con la finalidad de discriminar entre grupos se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía con el modelo de Leiter y Maslach (1988) y trastorno del sueño, psicosexual, gastrointestinal, por dolor, ansiedad y depresión. (ver Tabla 13)

Tabla 13
Análisis de Varianza entre el Modelo de Leiter y Maslach (1988) y Trastornos Psicosomáticos

Trastorno	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Sueño	1.5724***	1.6541***	1.9337***	2.1044***
Psicosexuales	1.0684***	1.0740***	1.2063***	1.2754***
Gastrointestinales	1.3172***	1.3745***	1.5375***	1.6114***
Psiconeuróticos	1.2914***	1.3333***	1.5240***	1.6886***
Dolor	1.8903***	1.9662***	2.2216***	2.5063***
Ansiedad	1.9032***	2.0260***	2.5315***	2.9314***
Depresión	1.1613***	2.2987***	2.7838***	3.1200***

*** ≤ .001

Los resultados mostrados en la tabla anterior presentan valores estadísticamente significativos para los siete trastornos que conforman el factor 4 Psicosomático. Como se puede observar el comportamiento de las medias es ascendente de acuerdo a las fases del modelo de Leiter y Maslach (1988).

Por último con la finalidad de corroborar los hallazgos obtenidos en los análisis de varianza se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre las fases de Leiter y Maslach (1988) con trastornos psicossomáticos y variables sociodemográficas. (ver Tabla 14 y 15)



Tabla 14
Correlación Producto-momento de Pearson entre las Fases de Leiter y Maslach (1988), y Trastornos Psicosomáticos

Trastorno Psicosomático	Fases Leiter
T. Sueño	.437**
T. Psicosexuales	.198**
T. Gastrointestinales	.246**
T. Psiconeuróticos	.331**
T. Dolor	.344**
T. Ansiedad	.370**
T. Depresión	.377**

**≤.01

Tabla 15
Correlación Producto-momento de Pearson entre Fases de Leiter y Maslach (1988) y Variables Demográficas

Variabes	Fases Leiter
Edad	-.260**
Años con la pareja	-.259**
Número de hijos	-.124
Año escolar	.018
Número de materias que adeuda	-.020
Tiempo de ejercer profesión	-.201**
Número de personas que trabajan en su consultorio	.086
Horas al día invertidas en atender paciente	-.065
Horas al día invertidas en impartir clases	.000
Número de pacientes que atiende al día	-.153**
Número de alumnos que tiene	.013
Tiempo al que le queda su trabajo o escuela	.087*
Años que ha trabajado	-.223**
Número de empleos que ha tenido	-.029
Número de ascensos que ha tenido	-.115**
Ingreso mensual	-.183**
Número de personas a su cargo	-.140
Número de actividades que tiene al día	-.079
Horas de descanso a la semana	-.151
Número de cigarros que fuma al día	.029
Horas de ejercicio a la semana	-.094

*≤.05, ** ≤ .01

En la Tabla 14 se puede observar una alta correlación positiva entre las Fases de Leiter y Maslach (1988) con el trastorno del sueño, psicosexual, gastrointestinal, psiconeuótico, por dolor, ansiedad y depresión. Por otro lado en la Tabla 15 se presenta una correlación negativa entre las fases de Leiter y Maslach (1988) con las variables edad, años con la pareja, número de personas que trabajan en el consultorio, pacientes que atienden al día, años de trabajo, ascensos que han tenido, e ingreso mensual; y una correlación positiva entre las Fases de Leiter y Maslach (1988) con el tiempo al que le queda el trabajo o escuela.

Se utilizó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, la confiabilidad general fue de .8820 con tres factores del Síndrome de Burnout. (ver Tabla 16)



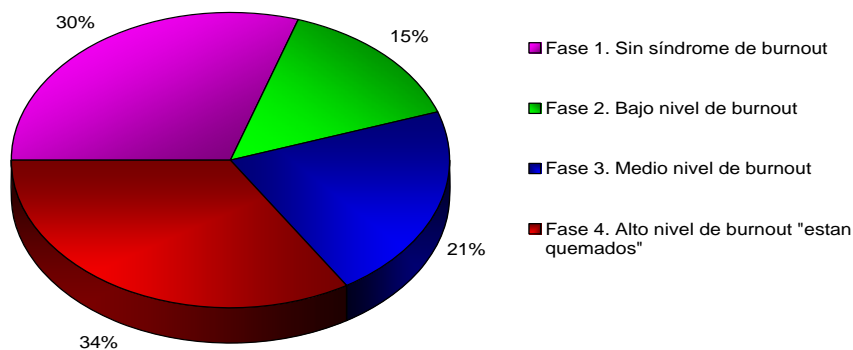
Tabla 16
Análisis de Consistencia Interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en la versión de 30 reactivos de Alfa de Cronbach

Factor	Reactivos	Alfa
1. Agotamiento	9	.7751
2. Despersonalización	9	.7282
3. Insatisfacción	12	.8683
Total	30	.8820

Tomando en cuenta los resultados de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional la mayor parte de los Odontólogos estudiados, 33.8% (175) se encontraban en la cuarta fase de Leiter y Maslach “estaban quemados”, el 21.4% (111) tenía un nivel medio de burnout, el 14.9% (77) presentaba un nivel bajo de burnout, y el 29.9% (155) no mostraba burnout. (ver Figura 20)

Figura 20

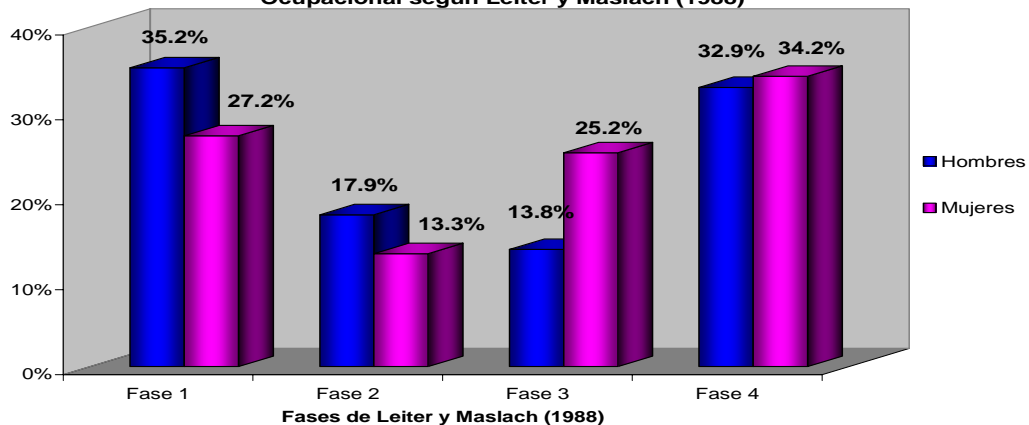
Distribución del Síndrome de Burnout de los Odontólogos Según el Modelo de Leiter y Maslach (1988)



Tomando en cuenta el análisis anterior se realizó una comparación entre hombres y mujeres para identificar en que fase del Síndrome de Burnout se encontraban los Odontólogos (ver Figura 21).

Figura 21

Porcentaje de hombres y mujeres de acuerdo a las fases de Desgaste Ocupacional según Leiter y Maslach (1988)





Como se dijo previamente la fase de mayor incidencia en los Odontólogos fue la 4 (alto nivel de burnout), y como se puede apreciar en la figura anterior, las mujeres tuvieron una mayor prevalencia tanto en dicha fase (con un 1.3% mayor que los hombres) como en la 3 (con un 11.4%), mientras que por otro lado los hombres presentaron mayor prevalencia en las fases 1 y 2 [con un 8% y un 4.6% (respectivamente) superior que las mujeres en dichas fases, (ver Figura 21)].



**Capítulo
6**

**Discusión
y
Conclusiones**



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la literatura del burnout se dice que cualquier persona que tenga una gran vocación, que se entregue a su ocupación, que tenga altos niveles de idealismo profesional y que desarrolle su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede desarrollar el síndrome de burnout, el cuál es una respuesta inadecuada ante el estrés laboral crónico que consiste en tres dimensiones: agotamiento físico y/o psicológico, despersonalización e insatisfacción, este es un problema psicosocial importante, ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de las personas repercute en el trabajo que realiza (Gil-Monte, 2005; Ponce, Bulnes, Aliaga, Atalaya y Huertas, 2005, Ortega y López, 2004, entre otros). Sin duda alguna las profesiones que más han sido estudiadas dentro del campo de estudio del burnout a nivel internacional ha sido la médica y la docente; sin embargo dentro de los estudios realizados en la población mexicana hay muy escasas investigaciones con los odontólogos, y más aún dentro de ellas no han incluido a los estudiantes de odontología cosa sobresaliente del presente estudio, ya que esta población tiene un contacto directo con pacientes desde que entra a la licenciatura de odontología, es por ello que tanto los estudiantes como los odontólogos en activo de México fueron la motivación del presente trabajo.

Considerando que el primordial objetivo del presente estudio fue identificar si existía o no alguna relación significativa entre el síndrome de burnout y ciertas variables sociodemográficas en los odontólogos, se puede responder que efectivamente existe esta relación debido a que mediante la presente investigación se encontró una relación en algunas de las variables sociodemográficas de los odontólogos estudiados. Con respecto a la relación que existió entre las variables sociodemográficas estudiadas y el síndrome de burnout, ésto será tratado a continuación:

La relación que se encontró entre las variables demográficas y el síndrome de burnout (Tabla 4), en cuanto al agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3) y trastornos psicosomáticos (F4), fue la siguiente:

Se halló que los odontólogos que se encuentran dentro de un rango de edad que va de los 18 a los 20 años, con estatus laboral y educativo de estudiante y con un nivel de estudios de licenciatura, y sin hijos, presentaban un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción laboral, probablemente esto se deba a que ellos se encuentran sometidos a una sobre carga de exámenes, tareas académicas, practicas clínicas, presiones escolares para que cumplan con cierto número de procedimientos, y a una falta de tiempo para el descanso, lo cuál les provoque el agotamiento; aunado a esto, son ellos quienes poseen menos experiencia en el trato con el paciente y menos mecanismos de afrontamiento (Manassero, Vázquez, Ferret, 2003; Gil-Monte, 2003) ante los estresores de su escuela y de su trabajo clínico, factores necesarios para reducir los niveles de despersonalización (Orborne y Cruocher, 1994, citados en Puriene, Janulyte, Musteikyte y Bendinskaite, 2007). De hecho autores como Albanessi de Nasetta, Tifner y Nasetta (2006), ya habían encontrado que los odontólogos más jóvenes y menos experimentados en su campo



profesional eran los más vulnerables a sufrir el síndrome de burnout. Con respecto a que los odontólogos que no tenían hijos presentaban mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro, podría deberse a que al no poseerlos los hace personas menos experimentadas en el manejo de los problemas personales, y debido a que los odontólogos tratan con todo tipo de población, el carecer de experiencia en el manejo de ciertos problemas personales los hacen más propensos al burnout.

De igual forma en el presente estudio se encontró que las mujeres odontólogas, que tienen de 2.6 a 5 años con su pareja son quienes presentan un mayor agotamiento; y que los que tienen de 1.1 a 2.5 años con su pareja tienen mayor despersonalización e insatisfacción. Cabe resaltar que Guevara, Henao y Herrera (2004), y Atance (1997) ya habían establecido como factor de riesgo para el síndrome de burnout, el ser mujer, aunque en muchas otras investigaciones se han encontrado resultados poco claros o contradictorios. Por otro lado dentro de la literatura del burnout Barrón (1997) indica que el apoyo social que recibe una persona es un factor muy importante sobre la salud y el bienestar del individuo, el cuál puede ser brindado por la pareja, por ello era de esperarse que las personas que no contaban con un adecuado apoyo social o que tuvieran poco tiempo con su pareja presentaran en mayor medida el síndrome de burnout.

Dentro de los odontólogos se encontró que las mujeres, que tienen un rango de edad de 18 a 20 años, que no tienen hijos, o que tienen un hijo, son las personas que presentan más trastornos psicosomáticos.

Mediante las correlaciones Producto-momento de Pearson se encontró una fuerte correlación negativa entre el síndrome de burnout y algunas variables demográficas; de esta forma se encontró que a menor edad de los odontólogos mayor agotamiento e insatisfacción; esto puede ser explicado mediante el modelo de competencia social de Harrison (1983, citado en Gil-Monte, 2001), quién indica que la competencia y la eficacia percibida son claves en el desarrollo del síndrome de burnout, que cuando los individuos comienzan a trabajar lo hacen con una gran motivación, la cuál al toparse con factores de ayuda (experiencias, habilidades, visiones reales, etc.) la eficacia percibida por el sujeto será alta junto con los sentimientos de competencia social del individuo; sin embargo, al toparse con factores barrera (sobrecarga de trabajo, visiones irreales, conflictos, etc.) los sentimientos de eficacia disminuyen y originan el burnout. Es por ello que mediante este modelo se explica que durante los primeros años del trabajo los individuos se encuentran mayormente motivados para ayudar a los demás, en este caso para atender a sus pacientes; sin embargo los odontólogos más jóvenes presentan mayor agotamiento e insatisfacción debido a que tienen poca experiencia en el trato con sus pacientes y poseen menos habilidades y conocimientos, ya que son sus primeros contactos con su ejercicio profesional, tienen una menor maduración profesional y en muchas ocasiones existe una pérdida de la visión irreal que tenían de su profesión. Por otro lado, se encontró que a menor cantidad de años que tuviera el odontólogo con su pareja mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción y que a menor número de hijos que tuvieran los odontólogos había un mayor agotamiento; con referencia a esto varios autores ya han señalado que la pareja y los hijos pueden brindar apoyo social (variable moduladora según el modelo integrador del estrés laboral de Peiró y Salvador, 1993 citado en Ramos,



Montalbán y Bravo, 1997) y experiencia en el manejo de los problemas personales, lo cual puede ayudar a prevenir o reducir el agotamiento (ver Tabla 8).

La relación que se encontró entre las variables educativas (ver Tabla 5) y el síndrome de burnout, en cuanto al agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3) y trastornos psicossomáticos (F4), fue la siguiente:

El agotamiento es mayor en los estudiantes de odontología que tienen dificultades para comprar el material. Dentro de la literatura se ha encontrado que los problemas económicos son una fuente de estrés, y el modelo de Harrison (citado en Gil-Monte, 2001) también ayuda a comprender esto, ya que quienes presentan más factores barrera, en este caso los estudiantes con dificultades para comprar su material e instrumental, son los más vulnerables a padecer burnout. Aunque dentro de los estudios realizados con odontólogos no se han encontrado diferencias significativas entre las especialidades odontológicas y el burnout, en el presente estudio se encontró que aquellos odontólogos que poseen la especialidad de materiales dentales son quienes poseen un mayor agotamiento. De igual forma los odontólogos que piensan estudiar una especialidad tienen mayor agotamiento e insatisfacción laboral; Guevara, Henao y Herrera (2004) indicaron que las personas con deseos de prestigio están en riesgo de padecer burnout, esto ayuda explicar el por qué aquellos que piensan estudiar una especialidad en busca de un mayor prestigio presentan un mayor agotamiento e insatisfacción laboral.

Por otro lado, se encontró en la presente investigación que aquellos odontólogos que carecen de familiares odontólogos presentan una mayor despersonalización, esto es algo nuevo dentro de la literatura del burnout, ya que no se había tomado en cuenta que aquellos que poseen familiares odontólogos pueden recibir ayuda de estos ante ciertas dificultades que se les presenten, apoyándolos tanto socialmente como profesionalmente al brindarles mayores habilidades, y al compartirles ciertos conocimientos y experiencias que han ido adquiriendo en su práctica profesional, lo cual puede ayudar en gran medida en la prevención del burnout. De igual forma se encontró que cuando los odontólogos elegían esta profesión sin conocer las implicaciones que traía consigo (tales como trabajar con suma precisión, convivir con personas de todos los estratos, edades y criterios, calmar y comprender los miedos y ansiedades de los pacientes, permanecer mucho tiempo sentado, etc.; los cuales son factores potencialmente estresantes) presentaban mayores niveles de despersonalización e insatisfacción, cabe resaltar que Puriene, Janulyte, Musteikyte, Bendinskaite (2007) indicaron que cualquier persona que decidiera ejercer esta profesión tenía que tener un amplio conocimiento sobre todas las implicaciones de ella para que al momento de ejercerla se sintieran felices y realizados; por su parte Lazarus y Folkman (citados en Gil y López, 2004), en su modelo de estrés mencionaron que se podía dar una serie de problemas en los individuos a causa de percepciones y valoraciones inadecuadas, es por ello que cuando los odontólogos no tienen un amplio conocimiento de todo lo que implica esta profesión, al estar ejerciéndola, comienzan a presentar una serie de problemas debido al balance dado por la visión que tenían de su profesión y lo que en realidad es, provocando con ello una despersonalización e insatisfacción laboral.

Asimismo en la presente investigación, se encontró que aquellos que decidían estudiar odontología sin tener las habilidades necesarias para ello (tales como destreza



manual, facilidad para establecer relaciones interpersonales, precisión, etc.) tenían mayor despersonalización e insatisfacción, Lazarus y Folkman (1984, citados en Ramos, Montalbán y Bravo, 1997) en su modelo indicaron que se podría producir estrés por un desajuste entre las demandas y los recursos disponibles, por tal motivo era de esperarse que aquellos odontólogos que no contaban con las habilidades necesarias para ejercer su profesión fueran más propensos al burnout, y de hecho se encontró que un resultado de no contar con las habilidades necesarias para ejercer la odontología era un alto nivel de despersonalización e insatisfacción.

Dentro de la literatura científica se habla de que el cumplir con los requisitos académicos y clínicos es una fuente de estrés en los odontólogos; y en la presente investigación se encontró que los estudiantes de odontología que adeudaban materias y más aún, aquellos que adeudaban de 2 a 3 presentaban mayor insatisfacción; lo cual podría indicar que aquellos que no alcanzan a cubrir con las exigencias (procedimientos que se les pide dentro de la clínica escolar más las exigencias escolares como son las tareas y los exámenes) por carecer de los recursos necesarios para ello son conducidos a manifestar una serie de sentimientos de fracaso incompetencia y baja autoestima.

Por otro lado se encontró que aquellos odontólogos a los cuales se les dificulta comprar el material, que contaban con la especialidad de materiales dentales y que elegían estudiar odontología sin tener conocimiento sobre las implicaciones que tiene, son quienes presentan más trastornos psicosomáticos.

Mediante las correlaciones Producto-momento de Pearson se encontró una fuerte correlación entre el síndrome de burnout y algunas variables educativas (ver Tabla 9); de esta forma se encontró que a menor número de materias adeudadas mayor agotamiento y a mayor año escolar hay una mayor insatisfacción. Lo primero concuerda con la literatura del burnout, ya que muestra que efectivamente a medida que hay un mayor esfuerzo por parte del estudiante de odontología por sacar buenas calificaciones escolares, los conduce a un mayor agotamiento. Con respecto a lo encontrado de que los estudiantes de odontología a medida que avanzan de año tienen una mayor insatisfacción, este hallazgo coincide con lo encontrado por Naidu, Adams, Simeon y Persad (2002) con otro grupo de estudiantes de odontología, y esto podría deberse a que a medida que los estudiantes van avanzando de año se van encontrando con estresores más intensos (ya que a mayor año escolar, los estudiantes van teniendo un mayor número de horas en clínica, y por ende tienen un mayor trato con pacientes aunado a mayores exigencias escolares), los cuales los van adentrando en mayor medida a su campo real de trabajo (confrontándolos cada vez más a la realidad de su profesión), dejándoles ver con ello que quizá no era la carrera que tenían en mente o que quizá no son los más adecuados para desempeñarla, debido a que quizá se van dando cuenta de que no poseen las características necesarias para desempeñarla y que tenían cierto desconocimiento al momento de decidir estudiarla, manifestándose esto mediante sentimientos de insatisfacción y fracaso. Por ello ya decía Holland (1978) que para elegir la carrera adecuada debía tenerse un autoconocimiento y un conocimiento de ésta, ya que al existir una correspondencia entre estos dos elementos, los individuos lograrían desempeñarse de una forma adecuada, satisfactoria y eficiente dentro de esa carrera, lo cual podría ser el caso contrario de estos odontólogos.



La relación que se encontró entre las variables laborales (ver Tabla 6) y el síndrome de burnout, en cuanto al agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3) y trastornos psicossomáticos (F4), fue la siguiente:

Mediante la presente investigación se encontró que aquellos odontólogos que ejercen la profesión solo en las instalaciones de la clínica escolar, son quienes presentan mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción; y debido a que quienes únicamente atienden a pacientes dentro de la clínica escolar son los estudiantes y los pasantes de odontología (según las características de la muestra del presente estudio), es de suma importancia hacer notar que en esta población es en la que prevalece el síndrome de burnout, lo cuál de igual manera podría ser explicado por el modelo de competencia social de Harrison (1983), ya que los estudiantes de odontología al ingresar a su escuela entran motivados por realizar sus prácticas clínicas, sin embargo, no poseen muchos factores de ayuda, pero sí muchos factores de barrera; ya que en este periodo se dan sus primeros contactos con pacientes, situación ante la cual poseen escasa o nula experiencia; además como se ha encontrado, mediante diversas investigaciones, en esta etapa del odontólogo hay una gran cantidad de factores estresantes (incluidos entre estos la sobre carga de trabajo, las exigencias académicas, pocos periodos de descanso, adaptación a la fase clínica, etc.), para los cuales muchos de ellos no están preparados o no cuentan con mecanismos de afrontamiento; aunado a esto en esta etapa de su carrera profesional se da un choque entre sus expectativas y deseos con la realidad de su ejercicio profesional (como ya indicaban Ramos, Montalbán y Bravo, 1999); y es por ello que aquellos que solo ejercían su profesión dentro de la clínica escolar fueron los que tenían un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción.

Asimismo en el presente estudio se encontró que de los odontólogos en activo (que ya ejercían su profesión) aquellos que tenían de uno a dos años ejerciendo su profesión tenían un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción, datos que corroboran a lo encontrado por Rada y Johnson-Leong (2004), y esto se debe a que son quienes se encuentran ante nuevas fuentes de estrés, tales como el levantar su propio consultorio, proveer el consultorio, llevar la contabilidad y la administración del consultorio, etc., situaciones para las cuales no se les prepara durante sus años escolares, por lo cuál más que factores de ayuda durante este periodo poseen una gran cantidad de factores barrera, generándoles con esto burnout.

De igual forma se encontró que los odontólogos que no tenían consultorio propio y que tenían un ingreso mensual que iba de los 100 a los 1,900 pesos presentaban mayor despersonalización e insatisfacción, cabe resaltar que la primer variable no había sido tomada en cuenta dentro de la literatura del burnout en odontólogos, la explicación de que estos tuvieran burnout podría estar en que al carecer de consultorio propio han tenido que acudir a trabajar dentro de organizaciones o a trabajar en clínicas dentales junto con otros odontólogos muchas veces por la falta de recursos financieros para montar su propio consultorio, lo cual se sabe que es una causa del burnout, de hecho Atance (1997) y Moriana y Herruzo (2004) dentro de la literatura del burnout indicaron que al no haber recompensas personales, profesionales y económicas que habían sido esperadas se origina el síndrome de burnout, y en el caso de los odontólogos muchas veces quieren poseer de muchos recursos económicos y contar con un consultorio propio, pero en la mayoría de los



casos esto no les es posible trayendo consigo la generación del burnout en ellos; de hecho en la literatura del burnout en los odontólogos se señala que los asuntos financieros afectan a todos los odontólogos por igual.

Asimismo los hallazgos del presente estudio muestran que los odontólogos que consideran estar inmersos en un ambiente de trabajo muy malo son quienes presentan mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción, esto se corrobora con el modelo desde la teoría organizacional de Winnubst (1993, citado en Gil-Monte, 2001), quien resaltó que el clima organizacional, aunado a las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo son una clave en el desarrollo del síndrome, es por ello que los odontólogos que se encuentran dentro de un ambiente de trabajo muy malo presentan mayor burnout.

Por otra parte se encontró que los odontólogos que carecían de la preocupación por atender adecuadamente al paciente eran los que presentaban mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción, mostrando con esto un trabajo deshumanizado en el cual solo les interesa cumplir con su trabajo realizando cierto tratamiento en el paciente; cabe rescatar que dentro de la literatura se pone de manifiesto que aquellos que se preocupan por atender adecuadamente al paciente obtienen de este un apoyo social el cual los hace menos proclives al síndrome. De hecho en esta investigación se encontró que los odontólogos a los cuales se les dificultaba lidiar con el paciente eran quienes presentan un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción, debido a que las relaciones deterioradas, la falta de confianza y apoyo, las relaciones poco cooperativas, y las disputas, conflictos o tensiones con los pacientes, les van generando burnout a los odontólogos; incluso dentro de la literatura del burnout en odontólogos se señala que los asuntos relacionados con el manejo de los pacientes afecta a todos los odontólogos por igual (Puriene, Janulyte, Musteikyte y Bendinskaite, 2007).

Por otro lado se encontró que cuando los odontólogos no poseen un trabajo fuera del de su profesión, o sea que solo se dedican a atender pacientes, poseen un mayor agotamiento, cabe rescatar que esto no ha sido estudiado dentro de la literatura del burnout en los odontólogos, pero podría explicarse por la monotonía, la falta de experiencias nuevas, por la falta de otra fuente de ingresos, por la carencia de apoyo social recibido por otros compañeros de trabajo, etc., cosas que están presentes con los odontólogos que poseen otros trabajos, por lo cual el que los odontólogos tengan otro trabajo además del propio de su profesión ayuda a evitar el desarrollo del burnout.

Igualmente se encontró que los odontólogos que tienen dificultad para administrar su consultorio y que no tienen personas a su cargo presentan un mayor agotamiento, esto sugiere que al no poder repartir las tareas, estos sienten una carga excesiva de trabajo, y al poseer estos excesos de responsabilidad y la falta de recursos (Ramos, Montalbán y Bravo, 1997) presentan en mayor medida el síndrome de burnout.

De igual forma se encontró que los odontólogos que atienden a cuatro pacientes al día, que invierten siete horas en atender a sus pacientes, que no les interesa realizar rápidamente el trabajo en el paciente y que tienen más pacientes de los que pueden atender al día son quienes presentan un mayor agotamiento, lo cuál era de esperarse ya que estos



poseen una carga excesiva en el trabajo con el paciente, debido a que ellos mismos se imponen una gran cantidad de demandas laborales y cuentan con poco tiempo y recursos personales para satisfacerlas; aunado a esto una característica de su trabajo es ser emocionalmente pesado, por el contacto directo que tienen con el paciente, lo que se traduce en un mayor agotamiento emocional al trabajar durante más tiempo con el paciente, lo cuál fue indicado por Pines y Aronson (1988).

Asimismo se encontró que los odontólogos que le dedicaban la mayor parte de su tiempo al estudio, que tenían una preocupación por cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que les exigía la institución y que tenían ingresos que iban de 3100 a 5000, presentaban un mayor agotamiento; cabe resaltar que en las investigaciones realizadas con odontólogos en otros países se ha encontrado que las exigencias de las instituciones escolares son una fuente de estrés entre los estudiantes, como se ha planteado anteriormente el modelo de competencia social de Harrison (1983, citado en Gil-Monte, 2001) sirve para explicar que aunque los estudiantes tengan la motivación por tener una buena calificación y amplios conocimientos, en ocasiones las demandas impuestas por la institución escolar son demasiadas y estos no pueden con ellas, desembocando con ello el síndrome de burnout. Aún más, hay que resaltar que aunque las escuelas odontológicas de donde se obtuvo la muestra cuentan con un banco de pacientes para que los estudiantes realicen su práctica clínica, en la mayoría de los casos estos bancos no alcanzan a cubrir todas las necesidades para que los alumnos alcancen los objetivos que se les exige, por lo cual, ellos se ven sometidos a buscar a sus propios pacientes fuera de las instalaciones escolares para realizar su práctica clínica con el consiguiente agotamiento que esto les produce. Asimismo aquellos que se impusieron mayores demandas con la finalidad de obtener más ingresos presentaron un mayor agotamiento, lo cual puede deberse a que excedieron sus límites para hacerle frente a estas demandas auto impuestas y al no encontrar una correspondencia entre ellas y las recompensas monetarias que recibían, trayendo consigo un agotamiento de estos odontólogos.

Igualmente se encontró que los odontólogos que han trabajado durante dos o tres años en su vida y que no han tenido o que han tenido únicamente un ascenso en ella presentan un mayor agotamiento y despersonalización, lo cuál de igual forma queda explicado mediante el modelo de la competencia social de Harrison (1983, citado en Gil-Monte, 1983), ya que estos odontólogos al incursionar en el campo laboral están motivados para ayudar a los demás, en cuanto a los problemas de salud buco-dental, y depositan ciertas expectativas en su trabajo; sin embargo en muchos casos estas no son cubiertas (como el echo de no obtener un cambio o una mejora dentro del trabajo), disminuyendo con eso los sentimientos de autoeficacia y generándoles con ello burnout.

Asimismo se encontró que los odontólogos que no se preocupaban por tener una buena relación dentista-paciente, que tienen mucha cancelación de citas a la semana y que tienen su escuela o trabajo a una lejanía de una a cuatro horas presentan un mayor agotamiento e insatisfacción. Esto encontraría un apoyo en la teoría del intercambio social de Buuk y Schaufeli (1993, citados en Gil-Monte, 2001) quienes indican que el burnout tiene su origen en las percepciones de falta de equidad o ganancia las cuales desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social al establecer relaciones interpersonales. La explicación con estos odontólogos vendría siendo que posiblemente



ellos han tenido malas relaciones con sus pacientes o han aprendido que aunque tengan una buena relación con su paciente, esto no hará que el paciente les de un mejor trato a ellos o que les de una mayor recompensa; por lo cual deciden no hacerlo y mejor se preocupan por realizar un buen trabajo, o simplemente no saben como tener una relación adecuada con su paciente; lo cual se sabe puede brindarles un apoyo social y una mayor satisfacción en su trabajo, ayudando con esto a la prevención del síndrome.

De igual forma el modelo de competencia social de Harrison ayuda a entender el por qué los odontólogos con mucha cancelación de citas tienen un mayor agotamiento e insatisfacción ya que estos aunque se muestren deseosos por realizar su trabajo se encuentran ante el impedimento por parte de su paciente, lo cuál les genera una pérdida económica, una insatisfacción y un agotamiento, de hecho esta variable ya ha sido determinada como desencadenante de estrés en los odontólogos y en el presente estudio se encontró una relación significativa con burnout. El que se invierta mucho tiempo en poder llegar a un trabajo o a la escuela es un factor estresante, el cual en la mayoría de las veces produce agotamiento e insatisfacción ya que imposibilita al individuo a que pueda realizar otras actividades durante ese tiempo, factor que fue corroborado con estos odontólogos.

Por otro lado, en la presente investigación se encontró que los odontólogos que atienden a tres pacientes por día tienen mayor despersonalización e insatisfacción. Dentro de la literatura referente al estrés y al síndrome de burnout se habla de que las restricciones económicas (Puriene, Janulyte, Musteikyte y Bendinskaite, 2007; Albanesi de Nasetta, Tifner y Nasetta, 2006, y otros) son una fuente de estrés y una variable asociada al síndrome; por lo cual podría ser que entre más pacientes tengan los odontólogos van a presentar una mayor eficacia percibida y a tener una mayor fuente de ingresos, generando consigo una mayor satisfacción de logro; sin embargo al carecer de estos se va a producir una insatisfacción en los trabajadores, aunado a esto, entre mas pacientes tengan van a poder adquirir una mayor experiencia tanto profesional como en las habilidades sociales con sus pacientes, lo cual los hace menos proclives al burnout.

Asimismo se encontró que los odontólogos que han tenido tres empleos en su vida, que le dedican la mayor parte de su tiempo a otra actividad ajena a su profesión y que tienen personas a su cargo, presentan mayor despersonalización, lo cual podría deberse a la falta de experiencia en el campo laboral y más aún en su campo de trabajo (servicio a la salud), la cuál les ayude a tener más mecanismos de afrontamiento y al exceso de responsabilidad (Harrison, 1983, citado en Gil-Monte, 2001). De igual forma se encontró una mayor insatisfacción en los odontólogos que poseen un contrato por obra determinada; lo cual concuerda con lo encontrado por Uribe (en prensa) en una población de trabajadores mexicanos, lo cuál tendría su explicación en el modelo de competencia social de Harrison (1983) citado en Gil-Monte (2001), ya que los trabajadores aunque quieran permanecer laborando en cierta institución, ésta solamente los contrata para realizar cierta tarea trayendo consigo la insatisfacción de logro del trabajador.

Por otro lado se encontró que los odontólogos que no tienen consultorio, que tienen a un compañero de trabajo en el consultorio, que se les dificulta administrar el consultorio, que atienden a cuatro pacientes al día, que le dedican la mayor parte de su tiempo al estudio, que se les dificulta el lidiar con el paciente, que tienen muchas citas canceladas a la



semana, que han trabajado de dos a tres años en su vida, que consideran que su ambiente de trabajo es malo, y que tienen la preocupación por: realizar rápidamente el trabajo y por cumplir con los objetivos que le marca la institución, muestran mayores trastornos psicossomáticos.

Mediante las correlaciones Producto-momento de Pearson se encontró una fuerte correlación entre el síndrome de burnout y algunas variables laborales (ver Tabla 10); de esta forma se encontró que a mayor tiempo de ejercer la profesión menor agotamiento, a más tiempo trabajado en la vida menor agotamiento, despersonalización e insatisfacción; a mayores ascensos en la vida menor agotamiento y despersonalización, a mayor ingreso mensual menor agotamiento y despersonalización, a mayor número de pacientes que atienden al día menor despersonalización e insatisfacción; y a mayor tiempo al que le quede la escuela o trabajo mayor agotamiento e insatisfacción. Esto tendría su respaldo en: la obtención de habilidades (tanto sociales como profesionales) y conocimientos, a la maduración del individuo, a la pérdida de la visión irreal que se tenía del trabajo; en suma a la obtención de mayores estrategias de afrontamiento dentro del trabajo con el paso del tiempo y por el contacto con el paciente (Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006; Moriana y Herruzo, 2004; Gil-Monte, 2001), cosas de las que carecen los odontólogos que incursionan dentro de el campo laboral, aunado a la obtención de mayores ganancias tanto personales como profesionales, económicas y sociales, todo lo cual ya ha sido planteado dentro de este apartado.

La relación que se encontró entre las variables de calidad de vida (ver Tabla 7) y el síndrome de burnout, en cuanto al agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3) y trastornos psicossomáticos (F4), fue la siguiente:

Debido a que el burnout es una respuesta ante el estrés laboral crónico (Maslach y Jackson, 1981 citados en Ortega y López, 2004), con la finalidad de conocer la percepción que tenían los odontólogos sobre su profesión se les preguntó si la consideraban estresante y de hecho presentaron un mayor agotamiento e insatisfacción quienes la consideraban de esta forma. Cabe resaltar que anteriormente se dijo que los odontólogos que elegían esta profesión sin conocer las implicaciones que traía consigo presentaban mayores niveles de despersonalización e insatisfacción, por lo cuál resulta importante recalcar que antes de elegir una profesión es necesario tener un amplio conocimiento de ella para que en el momento de ejercerla el balance entre lo que es y lo que se espera sea favorable y sin falsas expectativas, y de esta forma se sientan felices y realizados con ella, además deben buscar medios para prevenir ciertos trastornos.

Esta aceptado que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, ya que la personas con un buen nivel de apoyo social, integradas socialmente, con redes sociales que satisfacen sus necesidades de pertenencia, estima y aceptación son más sanas física y emocionalmente que aquellas que carecen de estas relaciones, situación que fue corroborada mediante el presente estudio ya que se encontró que los odontólogos que casi nunca conviven con sus amigos y familia y que consideran que la relación que tienen con su familia es regular poseen un mayor agotamiento; además aquellos que nunca conviven con su familia y amigos y que consideran tener una relación mala con su familia poseen mayor despersonalización e insatisfacción; esto se apoya con la teoría del



intercambio social de Buunk y Schaufeli (1993, citados en Gil-Monte, 2001) quienes indicaron que el burnout tiene su origen en los procesos de afiliación e intercambio social. Un dato importante que se encontró es que los odontólogos que le dedican sus horas de descanso a estar con su pareja presentan una mayor despersonalización, lo cual podría indicar que poseen malas relaciones de pareja y que en vez de ayudarlos los hace más proclives al burnout.

Mediante la presente investigación se encontró que aquellos odontólogos que tienen de una a diez horas de descanso a la semana y que consumen vitaminas poseen un mayor agotamiento. Efectivamente en la literatura del burnout se dice que la falta de tiempo para el descanso genera pocas horas de recreación (Stewart, de Vries, Singer, Degen y Wener, 2006) lo cual tiene efectos desfavorables sobre el individuo, ya que contribuyen al agotamiento de éste, y es por este agotamiento que estos odontólogos tienden a consumir vitaminas a modo de compensación.

Gil-Monte (2005), Marrau (2004), Bulnes, Aliaga, Atalaya y Huertas (2005) indicaron que dentro de las consecuencias conductuales del síndrome de burnout se encuentran el uso erróneo de drogas, el consumo de alcohol y tabaco. Y en efecto en el presente estudio se encontró que los odontólogos que consumen drogas una vez a la semana tienen mayor agotamiento e insatisfacción; que los que consumen drogas todos los días poseen mayor despersonalización; y aquellos que fuman y que ingieren bebidas alcohólicas una vez a la semana tienen mayor agotamiento. Asimismo se encontró que aquellos odontólogos que no habían tenido intervenciones quirúrgicas presentan un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción. Esto muestra como los odontólogos al fallar sus estrategias de afrontamiento para manejar sus estresores laborales y al no tener una correspondencia entre las exigencias de su profesión y las recompensas que reciben, han adoptado conductas poco adaptativas con la finalidad de evadir sus malestares psicológicos, en lugar de solicitar otro tipo de ayuda tal como la psicológica, para afrontar el problema, tratar de encontrar una forma de solucionarlo y lograr tener una salud tanto física como psicológica.

Finalmente con respecto al factor psicosomático se encontró que los odontólogos que las personas que considera estresante su profesión, que casi nunca conviven con su familia y amigos, que consideran tener una relación muy mala con su familia, que toman medicamentos en forma frecuente, y que toman vitaminas son quienes presentan mayores trastornos psicosomáticos.

Mediante las correlaciones Producto-momento de Pearson se encontró una fuerte correlación entre el síndrome de burnout y algunas variables de calidad de vida (ver Tabla 11); de esta forma se encontró que a menor número de actividades que se realizan al día y menor horas de descanso a la semana los odontólogos tienen mayor agotamiento, lo cual se relaciona con toda la literatura del burnout ya que en ella se dice que la carga laboral genera: pocas horas de descanso, actividades monótonas, pocas horas de recreación, falta de tiempo para las relaciones interpersonales, etc., lo cual tiene efectos desfavorables sobre los individuos y se asocia con el agotamiento.



Diversos autores tales como Gil-Monte (2003) han indicado que el síndrome de burnout puede tener ciertas consecuencias físicas tales como: alteraciones cardiovasculares, problemas respiratorios, problemas inmunológicos (ej. incremento en las infecciones), problemas sexuales, problemas musculares, problemas digestivos y alteraciones en el sistema nervioso (ej. Jaquecas, insomnio, depresión), cosa que fue corroborada en el presente estudio ya que al relacionar los factores que integran al síndrome de burnout (F1 agotamiento, F2 despersonalización y F3 insatisfacción) con los diversos trastornos psicósomáticos (sueño, psicosexual, gastrointestinal, psiconeurótico, dolor, ansiedad y depresión) se encontró que los odontólogos mostraron una correlación significativa entre los factores agotamiento e insatisfacción con todos los trastornos psicósomáticos antes mencionados, y una correlación significativa con los trastornos de sueño, gastrointestinales, psiconeuróticos, de ansiedad y depresivos (ver Tabla 12), cosa que es de suma importancia tener presente ya que muestra como el burnout tiene un gran impacto sobre la salud física de los odontólogos; por tal motivo es vital recalcar que el síndrome de burnout debe ser tratado en los individuos para apaciguar estos trastornos psicósomáticos.

En 1988 Leiter y Maslach propusieron un modelo de fases para determinar en que etapa del síndrome de burnout se encontraban los sujetos, y haciendo uso de este modelo en el presente estudio se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el modelo de Leiter y Maslach (1988), con respecto al trastorno del sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, ansiedad y depresión (ver Tabla 13); las cuatro fases de Leiter y Maslach (1988) se encuentran fuertemente relacionadas con los siete trastornos psicósomáticos (ver Tabla 14); por lo tanto se considera que el modelo de Leiter y Maslach (1988) puede ser empleado para generar calificaciones por etapas del Síndrome de burnout; aunado a esto las Fases de Leiter y Maslach (1988) y algunas variables sociodemográficas están relacionadas de manera negativa (ver Tabla 15), ya que los individuos con menos años de edad, menos años con su pareja, menos compañeros de trabajo, menor número de pacientes que atienden, menos años de haber trabajado, menos ascensos que han tenido en su vida y menores ingresos mensuales fueron aquellos que puntuaron más alto en las Fases Leiter y Maslach (1988); es decir se encuentran en la fase 3 o 4 del modelo de dichos autores (medio nivel de burnout y alto nivel de burnout). Por otro lado aquellos a los cuales su trabajo o escuela les quedaba a mayor tiempo se encontraban en la fase 3 o 4 de Leiter y Maslach (1988).

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional obtuvo una confiabilidad general de 88.20% con respecto a la muestra de odontólogos estudiada, con lo cuál la presente investigación aporta que esta escala es muy apta para utilizarse en esta población en futuras investigaciones (ver Tabla 16). En cuanto a la validez los análisis de varianza de una vía y las correlaciones Producto-momento de Pearson arrojaron resultados con diversas variables sociodemográficas con trastornos psicósomáticos y con el Modelo de Leiter y Maslach (1988), todo lo cuál ya fue explicado en este apartado.

Se determinó el nivel de prevalencia del síndrome de burnout en los odontólogos estudiados mediante el modelo de Leiter y Maslach (1988), y se encontró que la fase de mayor prevalencia en los odontólogos era la 4 (ver Figura 20), cabe resaltar que con respecto al sexo (Figura 21) las mujeres se encontraban en mayor proporción en la fase 4 (alto nivel de burnout) y en la 3 (medio nivel de burnout), mientras que los hombres se



encontraban en mayor proporción dentro de la fase 1 (sin burnout) y 2 (bajo nivel de burnout) lo que indica que la mayoría de los odontólogos estudiados tenían un nivel alto del síndrome de burnout (“estaban quemados”), y más aún las mujeres odontólogas eran quienes presentaban una mayor severidad de este. Por todo ello es de vital importancia tener en cuenta que en efecto en la muestra de odontólogos estudiada ya se detectó que existe el síndrome, más aún se detectó que prevalece un gran nivel de él; por lo cuál resulta necesario realizar algunas estrategias de intervención para reducirlo (tanto a nivel grupal como individual) y tener medidas preventivas para los futuros odontólogos con la finalidad de que estos gocen de una adecuada salud psicológica.

Cabe destacar por todo lo encontrado mediante la presente investigación y por todo lo previamente expuesto dentro de ella, que un perfil de riesgo para los odontólogos sería: ser mujer, joven (18-20 años), estudiante y no tener pacientes fuera de la escuela, sin hijos o con un hijo, tener poco tiempo con una pareja, tener pocas y malas relaciones (con su pareja, amigos, familia, compañeros de trabajo y pacientes), tener pocas horas de descanso y pocas actividades, poseer pocos ingresos, no conocer todo lo que implica el ejercicio odontológico, no poseer las habilidades necesarias para ejercer la profesión, tener poca experiencia dentro del campo de trabajo, tener dificultades financieras, poseer de 3 a 4 pacientes, tener muchas cancelaciones de citas, estar inmersos dentro de un mal ambiente de trabajo, todos ellos factores propicios para que los odontólogos mexicanos desarrollen el síndrome de burnout.

Es importante destacar que esta muestra fue muy particular debido a que fueron odontólogos de diferentes estatus (estudiantes, pasantes, profesores y profesionistas en activo) y se trató de ver si existía relación entre el nivel de burnout y las variables sociodemográficas de este grupo de profesionales, así como ver en que grupo de estos profesionales prevalecían un mayor nivel de burnout. Cabe resaltar que aunque los odontólogos estén inmersos dentro de muchos factores estresantes, cada uno de ellos experimentará las tensiones de su profesión de una forma diferente, y los efectos acumulativos de estos estresores pueden tener un serio impacto en su salud física y psicológica.

Es por ello que una de las finalidades de la presente investigación fue el detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los Odontólogos, por todo lo encontrado mediante la presente investigación es importante destacar que, para que los odontólogos disfruten y estén satisfechos con su vida tanto personal como profesional, deben poseer un amplio conocimiento con respecto a todos los padecimientos ante los que están expuestos por las características propias de su profesión, así mismo es recomendable que estos se ejerciten físicamente, que posean pasatiempos, que posean un ambiente familiar y social armónico, que posean buenas relaciones interpersonales; de igual forma sería importante que durante los años de estudio posean los conocimientos sobre los riesgos tanto físicos, biológicos, físicos, ambientales y psicológicos ante los que están expuestos con la finalidad de minimizar sus efectos; de igual forma sería importante que se les indicaran las medidas preventivas que podrían tomar (tales como hacer ejercicio, tener descansos regulares, tener mejoras en sus relaciones interpersonales, tener actividades recreativas, etc.) y que se les brindaran las herramientas necesarias a los estudiantes de odontología, las cuales les ayuden a intervenir sobre los factores estresantes que puedan afectar su posterior práctica



odontológica; tales como aquellas relacionadas al control y manejo de todo tipo de pacientes, y el como llevar a cabo el montaje y la administración de su futuro consultorio, entre otras.

Como punto final es importante recomendar para futuras investigaciones tener grupos homogéneos en cuanto a ciertas variables como sexo, o el estatus (tener puros estudiantes de la licenciatura de odontología o puros profesionistas en activo), ya que los datos que arrojarían serían sumamente importantes para mostrar la relación de estas variables con las demás variables utilizadas en el presente estudio. De igual forma resultaría interesante tomar en consideración algunas variables de personalidad como el Locus de Control, o la personalidad tipo A, para ver si lo que dice la literatura del Burnout es aplicable en la población de Odontólogos Mexicanos.



Referencias

**REFERENCIAS**

- Albanesi de Nasetta, S., Tifner, S. y Nasetta, J. (2006). Estrés en odontología. *Acta Odontológica Venezolana*, 44(3), http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/estres_odontologia.asp
- Alcocer, A., Martínez, D., Rodríguez, F. y Domínguez, R. (2004). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. McGraw-Hill: Madrid.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la salud*. Ediciones Pirámide: España.
- Antoniuk, A., Saliba, C. A., Ispier, A. J., Saliba, O. y Dossi, A. P. (2006). El estrés en la práctica odontológica. *Journal of the American Dental Association*, 63(5), 185-188.
- Appels, A. (2006). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. (2da ed.). En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud*. Biblioteca Nueva: España.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la salud. En L. Oblitas y E. Becoña. *Psicología de la salud*. (53-64pp) México: Plaza y Valdes.
- Atance, J. C., 1997. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3).
- Barrón, A. (1997). Estrés psicosocial y salud. En I. Hombrados (comp.). *Estrés y Salud*. (pp. 71-94). Promolibro: Valencia.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas (pp. 11-52). En L. Oblitas y E. Becoña. *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes.
- Benavides, F., Ruiz-Frutos, C. y García, A. (2000). Trabajo y salud. En F. Benavides, C. Ruiz-Frutos, y A. García. (pp. 37-48). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. España: Masson.
- Blum, M. y Naylor, J. (1977). *Psicología Industrial. Sus Fundamentos Teóricos y Sociales*. Trillas: México.
- Briseño, J. M. (2006). La responsabilidad profesional en odontología. *Journal of the American Dental Association*, 63(3), 11-118.
- Carlson, R. N. (2002). Fisiología de la conducta. (4ta ed.). Editorial Ariel: España.
- Chimenes, E. (2006). *Medicina Bucal en el consultorio odontológico*. Instituto LACER de Salud Bucodental: España.
- Dentopolis (2007, diciembre). *Enciclopedia y Diccionario de Odontología*. Recuperado de: <http://www.dentopolis.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=252>
- Díaz, R. M., Lartigue, T. y Acosta, M. E., (2001). Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 63(2), 63-67.
- Díaz, R., Pérez, E. y Lartigue, T. (2006). Desgaste profesional en un grupo de odontólogos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 63(6), 220-224.
- Duenas, M., Merma, L. y Ucharico, R. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL*, 8(1), 34-38.
- Durán, M. A., Extremera, N., Montalbán, F. M. y Rey, I. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en



- una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, **21**(1-2), 145-158.
- Espelan, K., (2006). Overcoming Burnout: How to Revitalize Your Career. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **37**(4), 178-183.
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. *Occup. Med.*, **48**(4), 237-250.
- Fusté-Escolano, A (2004). Comportamiento y salud. En Oblitas, L. (2004). **Psicología de la salud y calidad de vida**. México: Thomson Learning.
- García, A. M., Benavides, F. G. y Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz Frutos y A. M. García (Eds.). *Salud Laboral* (49-58pp). Masson: España.
- García, M., Saéz, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, **16**(2), 215-228.
- García, S., Gutiérrez, J. P., Ruiseñor, H. y Familiar, I. (en prensa). Síndrome de “burnout” e implicaciones económicas de la salud mental en el contexto laboral mexicano. En J. F. Uribe (Ed.). *Psicología de la Salud ocupacional en México*. Facultad de Psicología: UNAM.
- Gil, J. (2004). *Psicología de la Salud, Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Gil, J. y López, F. (2004). Estrés y salud. En J. Gil. *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. (pp. 351-390). Ediciones Pirámide: España.
- Gil-Monte, P. R. (2001, octubre). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Tomado de <http://www.psicologiacientifica.com>.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, **1**(1). 19-33. <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. y Peiro, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, **16**(2), 135-149.
- González-Rey, F. (2006). El estrés y sus vías de desarrollo en la institución laboral. Alternativas para su prevención e intervención. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (pp. 50-59). Biblioteca Nueva: España.
- Guevara, C., Henao, D., y Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, **35**(4), 173-178.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, **29**(2), 103-10.
- Holland, J. I. (1978). *La elección vocacional. Teoría de las carreras*. Trillas: México.
- Jenaro-Río, C., Flores, N., y González, G. (2007) Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, **7** (1), 107-121.



- Jódar, P. y Benach, J. (2000). Condiciones de trabajo. En F. Benavides, C. Ruiz-Frutos, y A. García. (pp. 17-36). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. España: Masson.
- Kales, S. (2004). La importancia de la salud ocupacional. *Revista Ciencias de la Salud*, 2(1), 5-7.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill: México.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas, (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- León, N. y López, A. (2006). Lesiones Músculo esqueléticas en el personal Odontológico. *Acta odontológica Venezolana*, 44(3), http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/lesiones_musculo_esqueleticas.asp
- Londoño, A., Valencia, S. C. y Vinaccia, S. (2006) El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16(2), 199-205.
- Manassero, M. A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Ramis, C. y Gili, M. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 173-195.
- Manassero, M. A., Vázquez, A. et al. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma: Ediciones VIB.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 197-213.
- Marrau, C. M. (2004). El síndrome de burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en Humanidades*, 5 (10) 53-68.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-81.
- Martínez, E. y Lonngi, R. (1989). *Manual de psicología para odontólogos*. México: Editorial ciencia y cultura de México.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, P. (2001) Job burnout. *Annual Reviews Pshichol*, 52, 397-422.
- Mathias, S., Koeber, A., Fadavi, S. & Punwani, I. (2005). Specialty and sex as predictors of depression in dentists. *JADA*, 136, 1388-1395.
- Matrajt, M. (1994). Estudios en Salud Mental Ocupacional. México: Ediciones Taller Abierto.
- Miranda, M. O. (2006). *El estrés del Odontólogo en la consulta pediátrica*. Facultad de odontología, UNAM: Tesis Licenciatura.
- Mora, J. A., García, J., Toro, S. y Zarco, J. A. (1997). Estrés y afrontamiento en la competición deportiva. En I. Hombrados (comp.). *Estrés y Salud* (pp. 391-421). Ediciones Pirámide: España.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.
- Morán, C. (2006). El cansancio emocional en servicios humanos: asociación con acoso psicológico, personalidad y afrontamiento. *Revista de psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 22(2), 227-239.
-
-



- Moreno, B., Meda, R., Rodríguez, A., Palomera y Morles. (2006). El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, **16** (1), 5-13.
- Moriana, J. A. y Herruzo J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, **4** (3) 597-621.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo*. (6^{ta} ed.). México: Thomson Learning.
- Naidu, R. S., Adams, J. S., Simeon, D. & Persad, S. (2002). Sources of stress and psychological disturbance among dental students in the best indies. *Journal of Dental Education*, **66**(9) 1021-1030.
- O'Brien, G. E. (2006). El estrés como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud*. (pp.61-77). Biblioteca Nueva: España.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Thomson Learning: México.
- OIT-OMS (novena reunión, 1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Oficina Internacional del Trabajo: Ginebra.
- Olavaria, B. (2006). Psicología y salud laboral en España ante la Directiva europea sobre Seguridad y Salud en el trabajo: hacia una propuesta metodológica de intervención. En J. Buendía. (pp. 193-206). *Estrés laboral y salud*. España: Biblioteca Nueva.
- Olivier, R. (2001). El estress y yo. *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo*, **1**(1), 31-34.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, **4**(1), 137-160.
- Ortiz, J. A. y Arias, F. (en prensa). Factores Psicosociales de Agotamiento Profesional (síndrome de burnout) en Profesionales de la Salud y de la Educación en el Occidente de México. En J. F. Uribe (Ed.). *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. En prensa.
- Otero, A., Ahuatl, E. E. y Rajunov, S. (1999). El egresado de odontología frente a los cambios socioeconómicos en México. *Journal of the American Dental Association*, **51**(6), 238-241.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psicológica Bogotá*, **5**(3), 669-679.
- Polaino-Lorente, A. (2006). El <Workaholism> como neurosis de autorrealización en el trabajo. En J. Buendía. (pp. 159-171). *Estrés laboral y salud*. España: Biblioteca Nueva.
- Ponce, A. R., Bulnes, A. S., Aliaga, J. R., Atalaya, M. C., y Huertas, R. E. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, **8**(2), 87-112.
- Puriene, A., Janulyte, V., Musteikyte, M. & Bendinskaite, R. (2007). General health of dentists. Literature review. *Stomatologija, Baltic Dental Maxilofacial Journal*, **9**(1), 10-20.
- Rada, R. E. & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *Journal of the American Dental Association*, **135**, 788-794.
- Ramírez, J. (2001). Mujer, trabajo y estrés. *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo*, **1**(2), 58-74.
- Ramos, J. M. (2001). Estrés...en el trabajo. *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo*, **1**(2), 86-90.



- Ramos, J., Arias-Díaz, R., Arias-Ramos, L. y Nava, R. (2001). Situación actual de la salud en el trabajo en México. *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo*, 1(1), 38-30.
- Ramos, J., Montalbán, F. M., y Bravo, M. (1997). Estrés en las organizaciones: concepto, consecuencias y control. En I. Hombrados (comp.). *Estrés y Salud*. (pp. 173-211). Ediciones Pirámide: España.
- Rantanen, J. (2003). Visión del futuro de la salud ocupacional y el trabajo en la sociedad de la información. *Revista Latino Americana de la Salud en el Trabajo*, 3(1), Enero-Junio.
- Rodríguez, A. (2001). *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. Ediciones Pirámide: España.
- Rodríguez, G. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa, Facultad de Psicología UNAM.
- Rodríguez, H. Y. (2007). La enseñanza dental en México, Siglo XIX. *Journal of the American Dental Association*, 64(6), 259-262.
- Roe, A. (1972). *Psicología de las profesiones*. Ediciones Marova: España.
- S de Leon, C. (2004). La revista odontológica mexicana a 100 años de la fundación del consultorio nacional de enseñanza dental. *Revista Odontológica Mexicana*, 8(1-2), 6.
- Salas, M. A. y Rivas, J. (2001). La odontología del pueblo maya. *Journal of the American Dental Association*, 53(3), 105-107.
- Sanders, A. E. & Lushington, K. (2002). Effect of perceived stress on student performance in dental school. *Journal of Dental Education*, 66(1), 75-81.
- Schermerhorn, J. R. y Osborn, R. N. (1987). *Comportamiento en las organizaciones*. México: Interamericana.
- Schultz, D. (1991). *Psicología Industrial*. (3ra ed.). Mc Graw-Hill: México.
- Senol-Durak, E., Durak, M. & Gécös, T. (2006). Development of work stress scale for correccional officers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 157-168.
- Sonis, S. T. (2000). *Secretos de la Odontología*. McGraw-Hill Interamericana: México.
- Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M., et al. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(10), 613-619.
- Spector, P. (2002). *Psicología industrial y organizacional. Investigación y práctica*. (2^{da} ed.). El Manual moderno: México.
- Stewart, A. W., de Vries, J., Singer, D. L., Degen G. G., & Wener, P., (2006). Canaria dental students' perceptions of their learning environment and psychological functioning over time. *Critical Issues in Dental Education*, 70(9), 972-981.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. (4th ed.). Mc Graw-Hill: United States of America.
- Thomas, N. (2006) Resident Burnout. *American Medical Association*. 292 (23), 2881-2889.
- Tuesca-Molina, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G., y Vergara, D. (2006). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 22(2), 84-91.
- Universidad Nacional Autónoma de México y Dirección General de Orientación Vocacional, (2006). *Guía de Carreras UNAM 2006-2007*. UNAM: México.
- Uribe, J. F. (en prensa). Desgaste ocupacional: construcción, desarrollo y validación de un instrumento mexicano para medir "burnout", la escala EMEDO. En J. F. Uribe



-
- (Ed.). *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. Facultad de psicología: UNAM.
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública de México*, **44**(3), 258-265.
- WHO. Work Health Organization (2007, junio). Recuperado de: http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index1.html.
-



Anexos



Cuestionario
¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN30 SIN CLAVES

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una "X" el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1):

1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD		TA
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo Tipo 2):

¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus respuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!

**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN 30**

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los pacientes/alumnos de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los pacientes/alumnos de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los pacientes/alumnos del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los pacientes/alumnos de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.

28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los pacientes/alumnos de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.

55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Tienes hijos?
76. ¿Cuántos?
77. ¿Cuál es tu nivel de estudios?
78. Actualmente eres: (puedes elegir más de una opción)
79. Si eres estudiante, ¿en qué semestre o año escolar vas? (especifica si es año o semestre)
80. En caso de ser estudiante, ¿Se te dificulta comprar el material que te pide la institución?
81. En caso de ser estudiante ¿Debes materias?

82. En caso de deber materias, ¿Cuántas debes?
83. ¿Piensas tomar alguna especialidad?
84. ¿Qué especialidad piensas tomar?
85. En caso de tener una especialidad ¿Con que especialidad cuentas?
86. ¿Cuál es tu maestría? (si la tienes)
87. ¿Cuál es tu doctorado? (si lo tienes)
88. ¿Al momento de decidir estudiar Odontología, conocías sobre las implicaciones que tiene la Odontología como profesión?
89. ¿Al momento de ingresar a la carrera te considerabas con las habilidades requeridas para ejercerla?
90. ¿Se te hace estresante tu profesión?
91. ¿Tienes algún familiar que se encuentre ejerciendo la carrera de odontología?
92. ¿Actualmente ejerces tu profesión?
93. Si no ejerces tu profesión ¿Desde hace cuánto no la ejerces?
94. Si no ejerces tu profesión o si solamente trabajas dentro de la clínica escolar ¿En qué trabajas?
95. Si ejerces tu profesión ¿Desde hace cuánto lo haces?
96. Si ejerces tu profesión, además del trabajo de tu carrera, ¿Tienes otro(s) trabajo(s)?
97. Si tienes otro(s) trabajo(s) ¿Cuál es (o cuales son)?
98. Si ejerces tu profesión, ¿Tienes consultorio?
99. En caso de tener consultorio, ¿Trabajan otras personas contigo (secretaría, auxiliares dentales, otros odontólogos, etc.)?
100. En caso se que trabajen otras personas contigo, ¿Cuántas son las que trabajan?
101. ¿Si tienes consultorio, se te dificulta su administración?
102. ¿Cuántas horas al día inviertes en atender pacientes (considerando las horas en la escuela y/o consultorio)?
103. Si das clases ¿Cuántas horas al día inviertes en impartir clases?
104. ¿Cuántos pacientes atiendes (aproximadamente) al día?
105. En caso de tener alumnos ¿Cuántos alumnos tienes (aproximadamente)?
106. ¿Cuántas horas de descanso tienes a la semana?
107. ¿Qué haces durante esas horas?
108. ¿A qué le dedicas más tu tiempo?

109. ¿Te queda lejos tu escuela o trabajo?
110. ¿A cuánto tiempo te queda?
111. ¿Al ejercer la Odontología, que es lo que más te preocupa? (puedes elegir más de una opción)
112. ¿En su mayoría, que clase de pacientes asisten contigo?
113. ¿A qué población atiendes principalmente?
114. ¿Para ti que es lo que más se te dificulta realizar con estas personas?
115. Sientes que la mayoría de tus pacientes son:
116. ¿Posees más pacientes de los que puedes atender al día?
117. Consideras que el número de citas canceladas a la semana son:
118. ¿Con cuánta frecuencia convives con tus amigos y familia?
119. ¿Que tan buena relación consideras tener con tu familia?
120. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (p. e. Trabajos, deportes, religión, club, etc.).
121. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?
122. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
123. ¿Cuántos ascensos de trabajo has tenido en tu vida?
124. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes/obtienes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
125. ¿En qué tipo de organización laboras?
126. ¿Qué tipo de contrato tienes?
127. ¿Tienes personas a tu cargo?
128. ¿Cuántas?
129. ¿Cómo consideras el ambiente de trabajo en donde desempeñas tus actividades laborales?
130. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
131. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
132. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
133. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
134. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
135. ¿Fumas?
136. ¿Cuántos cigarros fumas al día?

137. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?

138. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?

139. ¿Haces ejercicio físico?

140. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?

71. _____ años

72. Masculino Femenino

73. Con pareja Sin pareja

74. _____ años

75. SI NO

76. Núm. _____

77. Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado

Otro: _____

78. Estudiante Pasante Profesor Profesionista en activo

79. _____ año/semestre

80. SI NO

81. SI NO

82. Núm. _____

83. SI NO Ya tengo especialidad

84. Cirugía Oral y Maxilofacial Endodoncia Materiales Dentales
Odontopediatría Patología bucal Periodoncia e Implantología
Prótesis Maxilofacial Salud Pública bucal Estomatología del niño y el paciente
Atención primaria a la salud Ortodoncia Otra: _____

85. Cirugía Oral y Maxilofacial Endodoncia Materiales Dentales
Odontopediatría Patología bucal Periodoncia e Implantología
Prótesis Maxilofacial Salud Pública bucal Estomatología del niño y el paciente
Atención primaria a la salud Ortodoncia Otra: _____

86. _____

87. _____

88. SI NO

89. SI NO

90. SI NO

91. SI NO

92. SI NO Solamente dentro de la clínica escolar

93. _____ años.

94. _____

95. _____ años.

96. SI NO

97. _____

98. SI NO

99. SI NO (solamente estoy yo en el consultorio)

100. SI NO

101. _____ hrs.

102. Núm. _____

103. _____ hrs.

104. Núm. _____

105. Núm. _____

106. _____ hrs.

107. _____

108. Impartir clases Trabajar con paciente Estudiar Otro: _____

109. SI NO

110. _____ hrs.

111. Poseer material e instrumental de calidad para hacer un tratamiento específico

Atender adecuadamente al paciente

Realizar rápidamente el trabajo

Tener una buena relación dentista-paciente

Cumplir con los objetivos (cantidad de tratamientos) que te marca la institución

Dar una enseñanza de calidad

Obtener buena remuneración económica

Otra: _____

112. De urgencia De tratamiento
113. Niños y Adolescentes Jóvenes o Adultos Ancianos
114. El procedimiento con calidad Lidar con el paciente Nada se me dificulta
115. Cooperadores No cooperadores (intolerables con tu trabajo)
116. SI NO
117. Muchas Pocas No tengo cancelaciones
118. Muy frecuentemente Frecuentemente Rara vez Casi nunca Nunca
119. Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
120. Núm. _____
121. _____ Años
122. Núm. _____
123. Núm. _____
124. \$ _____
125. Consultorio en Instit. Privada Consultorio en Instit. Pública Consultorio propio
126. Obra Determinada (Por proyecto)
- Tiempo Determinado (Eventual o temporal)
- Tiempo Indefinido (Base o planta)
- Sin contrato
127. SI NO
128. Núm. _____
129. Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo
130. SI NO
131. _____
132. _____ Años
133. SI NO Tipo: _____
134. SI NO Tipo: _____

135. SI NO

136. Núm. _____

137. Nunca
- Una vez al año
- Dos veces al año
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días

138. Nunca
- Una vez al año
- Dos veces al año
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días

139. SI NO

140. _____ Horas