



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEXICANA DE
DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO): RELACIÓN
ENTRE ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS Y
BURNOUT.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ANGÉLICA IZAZAGA MORALES

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO
REVISOR: MTRA: MARÍA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO**



MÉXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA

ABRIL ,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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios la dicha de vivir.

A mi hijo por inspirarme, motivarme y enseñarme a vivir la vida con un verdadero sentido.

A mi esposo por apoyarme y mostrarme el significado de la vida cuando se vive y se comparte con amor.

A mis padres por ser parte de mi vida, por impulsarme y brindarme lo necesario para vivirla.

A mi Director Dr. Jesús Felipe Uribe Prado por apoyarme y guiarme en este camino Profesional.

Y finalmente agradezco a la vida la oportunidad que me da de aprender continuamente y por poner en mi camino las circunstancias, los escenarios y a las personas adecuadas que forman parte de mi desarrollo y crecimiento como ser humano.

¡GRACIAS!

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO): RELACIÓN ENTRE ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS Y BURNOUT

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAP. 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
1.1 Surgimiento de la Psicología de la salud	7
1.2 Importancia de la Psicología de la salud	11
1.3 Modelo Biopsicosocial	13
1.4 Importancia de la formación de Psicólogos	15
1.5 Resumen	16
CAP. 2 ESTRÉS	
2 Definición	18
2.1 Estresores comunes en el trabajo	23
2.2 Consecuencias del estrés	27
2.3 Reducción y manejo de estrés	29
2.4 Resumen	34
CAP. 3 SÍNDROME DE BURNOUT	
3 Definición	36
3.1 Factores que influyen en el síndrome de burnout	44
3.2 Consecuencias provocadas por burnout	49
3.3 Intervenciones para reducir el síndrome de burnout	52
3.4 Resumen	55
CAP. 4 TRASTORNOS SOMATOMORFOS	
4.1 Surgimiento de la medicina psicosomática	57

4.2	Alexitimia	60
4.3	Trastorno de somatización	61
4.3.1	Síntomas y trastornos asociados	62
4.3.2	Patrón familiar	63
4.3.3	Diagnóstico diferencial	63
4.4	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	66
4.4.1	Reacción a estrés agudo	66
4.4.2	Trastorno de estrés post-traumático	67
4.4.3	Trastorno de adaptación	68
4.5	Resumen	69

MÉTODO

1	Planteamiento y justificación del problema	71
2	Hipótesis	71
3	Variables	71
4	Definición conceptual	72
5	Definición operacional	72
6	Sujetos	73
7	Muestreo	73
8	Tipo de estudio	73
9	Procedimiento	74

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1	Resultados	75
2	Discusión	81

CONCLUSIONES	98
---------------------	----

ANEXO	105
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	107
---------------------	-----

RESUMEN

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo. Es por ello que al realizara esta investigación se pretende conocer, estudiar y analizar, la posible relación entre aspectos psicosomáticos y desgaste ocupacional, ya que desafortunadamente investigaciones pasadas han demostrado que las consecuencias al respecto pueden ser fatales y más aún cuando el individuo presenta una alteración mental y por ende física.

Palabras clave: estrés, síndrome de burnout, trastorno psicosomático, salud y enfermedad,

RESUMEN

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo. Es por ello que al realizara esta investigación se pretende conocer, estudiar y analizar, la posible relación entre aspectos psicosomáticos y desgaste ocupacional, ya que desafortunadamente investigaciones pasadas han demostrado que las consecuencias al respecto pueden ser fatales y más aún cuando el individuo presenta una alteración mental y por ende física.

Palabras clave: estrés, síndrome de burnout, trastorno psicosomático, salud y enfermedad,

INTRODUCCIÓN

La Psicología es una disciplina del conocimiento científico que tiene como principal objetivo el estudio del comportamiento humano, con el fin de tratar de comprenderla, interpretarla y predecirla a efecto de plantear acciones para mejorar las condiciones de vida de las personas.

El objetivo que se pretende alcanzar en esta investigación es conocer, estudiar y analizar, la posible relación entre aspectos psicosomáticos y

desgaste ocupacional, aunque desafortunadamente el síndrome de burnout no solo puede tener resultados negativos para el sujeto afectando su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc., o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc; sino que además para la organización dando lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto y por tanto deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo, perjudicando con estas consecuencias al individuo en todos los sentidos.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo.

Actualmente se vive una época demandante, y los cambios que se vienen produciendo en las sociedades contemporáneas según Gil- Monte (2005) están planteando exigencias importantes de adaptación para las empresas y ello a su vez está introduciendo fuertes transformaciones de los sistemas de trabajo y de la propia actividad laboral. La globalización de la sociedad, en especial de los mercados financieros, los productos y servicios de los mercados laborales, está planteando una mayor competitividad en las empresas que tienden a verse como un elemento positivo para el desarrollo económico y social.

Los cambios en las organizaciones y la actividad laboral tienden a producir una mayor mentalización del trabajo, la gestión de la complejidad y la incertidumbre en la solución de problemas, la incorporación cada vez más rápida de nuevas tecnologías en el lugar de trabajo. Además, son cada vez mayores las exigencias de expresiones emocionales pautadas como parte del desempeño del trabajo y las demandas de iniciativa, innovación y capacidad de adaptación que requieren un aprendizaje permanente y continuo a lo largo de toda la vida.

Todos estos cambios y otros como los nuevos sistemas de trabajo, la flexibilidad, en sus diferentes vertientes, la innovación y la necesidad de estrategias adaptativas ante los cambios del entorno tienen implicaciones para las experiencias laborales de los trabajadores.

Por otra parte siguiendo en la misma línea de Gil- Monte (2005) los cambios sociales y demográficos en las sociedades, que influyen sobre los valores, expectativas, la composición de las unidades de trabajo cada vez más multicultural y diversa, también influyen sobre las vivencias, comportamientos y respuestas afectivas y emocionales en el desempeño laboral.

Todas estas transformaciones están teniendo repercusiones sobre la salud de los trabajadores y se ha podido constatar e identificar socialmente la existencia de riesgos emergentes.

La sociedad contemporánea ha tomado conciencia menciona Gutiérrez, y Celis (2006) de esos riesgos y de sus daños y también de su alcance, que en ocasiones se ha llegado a caracterizar de epidemia. Esto pone de manifiesto el papel que interpreta la construcción social de la realidad también en estos fenómenos. El síndrome de burnout es una de las consecuencias de esos riesgos emergentes, donde se identifica un buen número de antecedentes del mismo que son riesgos potenciales que las empresas han de prevenir. La legislación europea y sus desarrollos nacionales, que en España se ha concretado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el desarrollo legislativo y normativo subsiguiente, incluyen entre los riesgos laborales los de carácter psicosocial. Por otra parte las sentencias judiciales han ido estableciendo progresivamente una doctrina que permite considerar el síndrome de quemarse por el trabajo como un accidente laboral, ante su no inclusión como enfermedad laboral. La legislación debe tener en cuenta el estudio científico y de los riesgos y los daños, en especial de los emergentes, para identificarlos adecuadamente, determinar y conocer sus causas y el alcance de sus consecuencias, y plantear las estrategias para su análisis y prevención.

Este es un problema relevante ya que es considerado como la plaga del siglo XXI por todas las consecuencias negativas que este implica e incluso la muerte.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, y aprender a identificar los signos de estrés y prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo, ya que tiene una gran responsabilidad porque su tarea no solo es

diagnosticar sino identificar y considerar todas las causas y consecuencias que provoca el síndrome de burnout en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelve el ser humano y prevenirlos , a pesar de que es una labor sumamente difícil lo ideal sería evitarlo proporcionando dicha información desde que la persona inicia su vida laboral.

INTRODUCCIÓN

La Psicología es una disciplina del conocimiento científico que tiene como principal objetivo el estudio del comportamiento humano, con el fin de tratar de comprenderla, interpretarla y predecirla a efecto de plantear acciones para mejorar las condiciones de vida de las personas.

El objetivo que se pretende alcanzar en esta investigación es conocer, estudiar y analizar, la posible relación entre aspectos psicosomáticos y desgaste ocupacional, aunque desafortunadamente el síndrome de burnout no solo puede tener resultados negativos para el sujeto afectando su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc., o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc; sino que además para la organización dando lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto y por tanto deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo, perjudicando con estas consecuencias al individuo en todos los sentidos.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a

prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo.

Actualmente se vive una época demandante, y los cambios que se vienen produciendo en las sociedades contemporáneas según Gil- Monte (2005) están planteando exigencias importantes de adaptación para las empresas y ello a su vez está introduciendo fuertes transformaciones de los sistemas de trabajo y de la propia actividad laboral. La globalización de la sociedad, en especial de los mercados financieros, los productos y servicios de los mercados laborales, está planteando una mayor competitividad en las empresas que tienden a verse como un elemento positivo para el desarrollo económico y social.

Los cambios en las organizaciones y la actividad laboral tienden a producir una mayor mentalización del trabajo, la gestión de la complejidad y la incertidumbre en la solución de problemas, la incorporación cada vez más rápida de nuevas tecnologías en el lugar de trabajo. Además, son cada vez mayores las exigencias de expresiones emocionales pautadas como parte del desempeño del trabajo y las demandas de iniciativa, innovación y capacidad de adaptación que requieren un aprendizaje permanente y continuo a lo largo de toda la vida.

Todos estos cambios y otros como los nuevos sistemas de trabajo, la flexibilidad, en sus diferentes vertientes, la innovación y la necesidad de estrategias adaptativas ante los cambios del entorno tienen implicaciones para las experiencias laborales de los trabajadores.

Por otra parte siguiendo en la misma línea de Gil- Monte (2005) los cambios sociales y demográficos en las sociedades, que influyen sobre los valores, expectativas, la composición de las unidades de trabajo cada vez más multicultural y diversa, también influyen sobre las vivencias, comportamientos y respuestas afectivas y emocionales en el desempeño laboral.

Todas estas transformaciones están teniendo repercusiones sobre la salud de los trabajadores y se ha podido constatar e identificar socialmente la existencia de riesgos emergentes.

La sociedad contemporánea ha tomado conciencia menciona Gutiérrez, y Celis (2006) de esos riesgos y de sus daños y también de su alcance, que en ocasiones se ha llegado a caracterizar de epidemia. Esto pone de manifiesto

el papel que interpreta la construcción social de la realidad también en estos fenómenos. El síndrome de burnout es una de las consecuencias de esos riesgos emergentes, donde se identifica un buen número de antecedentes del mismo que son riesgos potenciales que las empresas han de prevenir. La legislación europea y sus desarrollos nacionales, que en España se ha concretado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el desarrollo legislativo y normativo subsiguiente, incluyen entre los riesgos laborales los de carácter psicosocial. Por otra parte las sentencias judiciales han ido estableciendo progresivamente una doctrina que permite considerar el síndrome de quemarse por el trabajo como un accidente laboral, ante su no inclusión como enfermedad laboral. La legislación debe tener en cuenta el estudio científico y de los riesgos y los daños, en especial de los emergentes, para identificarlos adecuadamente, determinar y conocer sus causas y el alcance de sus consecuencias, y plantear las estrategias para su análisis y prevención.

Este es un problema relevante ya que es considerado como la plaga del siglo XXI por todas las consecuencias negativas que este implica e incluso la muerte.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, y aprender a identificar los signos de estrés y prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo, ya que tiene una gran responsabilidad porque su tarea no solo es diagnosticar sino identificar y considerar todas las causas y consecuencias que provoca el síndrome de burnout en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelve el ser humano y prevenirlos, a pesar de que es una labor sumamente difícil lo ideal sería evitarlo proporcionando dicha información desde que la persona inicia su vida laboral.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO): RELACIÓN ENTRE ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS Y BURNOUT

CAP 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Hoy día cada vez preocupa más la calidad de vida de los ciudadanos y de los profesionales que trabajan en los servicios humanos debido a que las exigencias laborales se han tornado más demandantes y las consecuencias al respecto no han sido del todo satisfactorias para el trabajador ya que han producido estragos en la vida del mismo y por ende su desempeño laboral empieza a decaer poco a poco debido a ello sufre una serie de cambios físicos, psicológicos, mentales, sociales, etc., que desequilibran su funcionamiento y debido a ello su salud empieza a deteriorarse; es por ello que en este capítulo se iniciará partiendo del hecho de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien para generar la enfermedad.

1.1 SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas.

Ridruejo (1997) define la psicología de la salud como: "la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología con disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción a asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud" (p. 533)

Para Rodríguez y Martín (2001) la psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria. Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.}
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

La psicología actual se focaliza cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología.

Oblitas (2004) considera que la salud entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abordando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. El bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

En el concepto de salud están implicadas las distintas partes del sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan en donde cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico.

Se constituye una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que al formar parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través del comportamiento se interactúa con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente se sufren alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, así como en las relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de los esquemas internos.

Rodríguez y Martín (2001) consideran que en la actualidad ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar. En estos 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 esta campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de los hábitos de vida.

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, el comportamiento, constituyen aspectos centrales de esta problemática humana.

Para Benavides (2000) las conductas saludables que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen entre otras una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes, contacto con la naturaleza, beber alcohol moderadamente o no hacerlo, ejercicio físico regular, respirar aire oxigenado, es decir evitar ambientes contaminados, dormir 7-8 horas diarias, realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etc.

El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.

Al respecto, Oblitas (2004) menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario:

- Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.
- Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.

- Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.
- Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

El paciente tiene que transformarse en "agente de salud" mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de autovigilancia.

Muchas de las enfermedades crónicas como bien dice Benavides (2000) son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial.

La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.

Por su parte Ridruejo (1997) menciona que los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables.

Oblitas (2004) considera que una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a enfermedades cardiovasculares, hábitos como fumar, asociados fuertemente con el cáncer enfermedades respiratorias y cardíacas, el consumo de alcohol y drogas, que afecta diversos sistemas del cuerpo, la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos.

1.2 IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Oblitas (2004) definió las siguientes variables que determinan la salud o la enfermedad en base al informe Lalonde, del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá:

1. Biología humana (genética y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biología, aspectos psicológicos y socioculturales).
3. Estilos de vida (conductas).
4. Sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura o acceso, gratuidad).

De acuerdo con Soler Márquez y Abad Ros (2000), el nivel de desarrollo de una sociedad determina el peso relativo de las variables ambientales en la salud de los individuos.

En las sociedades latinoamericanas, un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por la falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes, diversos tipos de violencia, etc.

En los países más avanzados, el desarrollo tecnológico y urbanístico genera problemas cada vez más graves. Procesos de industrialización, utilización masiva de vehículos a motor, crecimiento urbano, evacuación de residuos industriales no depurados, contaminación abiótica atmosférica por humos industriales, calefacción, etc, son sólo algunos ejemplos. También los daños provocados por otros agentes físicos, tales como el ruido ambiental, radiaciones electromagnéticas a las que estamos sometidos de forma constante, circunstancias que indican una actuación desfavorable del hombre sobre los ecosistemas en los que se desarrolla su vida.

Por otra parte, estos problemas también son comunes en las sociedades subdesarrolladas.

La alteración de los equilibrios naturales debida al crecimiento demográfico y al desarrollo industrial de los dos últimos siglos ha sido provocada por el consumo desmedido de recursos naturales, como consecuencia de lo cual se ha producido una enorme cantidad de residuos de diversos tipos y contaminantes. Estas alteraciones del medio inciden muchas veces de forma

directa sobre la salud humana e indirectamente a través del deterioro del ambiente.

Por su parte Ridruejo (1997) menciona que los seres humanos se construyen desde lo socioambiental, a partir de un mundo de significados compartidos. Se necesita un medio social y ambiental concreto que brinde la posibilidad de desarrollarse como tal. Si no se toma conciencia de la importancia de proteger el ambiente y solucionar participativamente los problemas que éste padece, será difícil alcanzar un nivel de vida saludable.

La crisis ambiental del presente requiere tanto de la educación formal como de la no formal para el desarrollo de una conciencia ambiental. El deterioro del medio en el que se vive es expresión de un déficit ético; el cual refleja una crisis moral.

Desde el punto de vista humano es necesario construir un nuevo tipo de relaciones entre el sistema social y el natural. En esta construcción tienen que darse nuevos aportes integrativos, en diferentes niveles: psicológico, social, técnico, económico y político.

La época actual menciona Soler Márquez y Abad Ros (2000) demanda con urgencia un cambio de valores y una nueva ética en relación con el planeta. El establecimiento de relaciones hombre - naturaleza basado en la armonía y no en el sentido de dominio.

En la educación formal de valores ambientales se utilizan como estrategias fundamentales la técnica de clarificación de valores y procedimientos de modificación de conductas.

1.3 MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Benavides (2000) considera que este modelo de gran aceptación en la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macro procesos tales como contexto social, ambiente físico,

circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc. Como otros de microprocesos cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.

En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad, La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socio ambiental.

Oblitas (2004) "Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto que conlleva la nueva concepción de salud" (p.12)

La teoría de los sistemas sirve de marco explicativo de este modelo. Los diferentes subsistemas biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual.

Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados.

De acuerdo con este modelo, menciona Benavides (2000) que se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico.

Benavides (2000) menciona que este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. 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.

De acuerdo con Stokols el concepto de promoción de la salud comprendería el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud, destacando el papel que

desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas de la salud.

La prevención primaria hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud.

La prevención secundaria consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síndrome todavía no está instalado.

La prevención terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

Mckeown en 1971 estudió las causas del crecimiento poblacional durante los últimos años del siglo XIX y primeros del XX relacionado con la reducción de las tasas de mortalidad, principalmente en la infancia. Comprobó que las mejoras producidas en los niveles de salud en esos años no se debieron tanto a los avances terapéuticos y asistenciales, sino a las mejores condiciones laborales, económicas, nutricionales, de vivienda e higiene.

Terris en 1985, que analizó las 10 primeras causas de mortalidad en Estados Unidos, llegó a la conclusión de que la forma más eficaz de reducir ésta es actuar sobre el medio ambiente, modificar comportamientos en los individuos y, en última instancia, realizar controles y exámenes médicos para detectar anticipadamente las enfermedades.

Así, las investigaciones actuales confirman la importancia de los factores psicosociales en la determinación de los procesos de salud o enfermedad.

1.4 IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS

La importancia creciente de esta área menciona Soler Márquez y Abad Ros (2000), surge ante los datos epidemiológicos objetivos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento inadecuado del ser humano.

La psicología del presente se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

Oblitas (2004) considera que el entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobrellevar enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes, SIDA, son prioridades en salud que los psicólogos deben enfrentar en la actualidad.

La forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad, que factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana, cómo aprender a adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de la vida, cómo afrontar el envejecimiento biológico, etc; son temas propios de la psicología de la salud.

Soler Márquez y Abad Ros (2000), coinciden con Oblitas (2004) en que la Psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y, aún más importante, profesional.

1.5 RESUMEN

Hoy día cada vez preocupa más la calidad de vida de los ciudadanos y de los profesionales que trabajan en los servicios humanos ya que las exigencias laborales se han tornado más demandantes y las consecuencias al respecto no han sido del todo satisfactorias para el trabajador ya que han producido estragos en la vida del mismo y por ende su desempeño laboral empieza a decaer poco a poco y debido a ello sufre una serie de cambios físicos, psicológicos, mentales, sociales, etc., que desequilibran su funcionamiento normal y debido a ello su salud empieza a deteriorarse.

Es por ello que en este capítulo se estudia el surgimiento de la psicología de la salud a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas.

Rodríguez y Martín (2001) consideran que en el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar. En estos 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 esta campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Se retoma a su vez el surgimiento de la medicina psicosomática mediante una breve síntesis sobre su origen citando a una serie de autores para dar a conocer lo que han aportado sus investigaciones.

De igual forma en el modelo biopsicosocial Benavides (2000) considera que es de gran aceptación en la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macro procesos tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc. Como otros de microprocesos cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.

En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad, la salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socio ambiental.

CAP 2 ESTRÉS

Como sucede con otros vocablos empleados en las ciencias sociales, el término estrés se ha incorporado al lenguaje cotidiano. "Me siento estresado", "necesito desestresarme" son expresiones utilizadas por la población en general. La Psicología también ha tomado prestado este término que según Alcover (2004) fue utilizado en el campo de la ingeniería para describir el área de una estructura sobre la que reposaba la carga y que podía sufrir tensión o deformación, y empleado después por la medicina para referirse a la tensión que aumentaba el riesgo de accidente en determinados sistemas del organismo como, por ejemplo, el cardiovascular.

Continuando en la misma línea de Alcover (2004) dentro de la Psicología no existe una sola acepción de este término unánimemente compartida, siendo múltiples los modelos y las explicaciones sobre su génesis, sobre los factores moduladores y mediadores de sus efectos, y sobre sus consecuencias. Selye uno de los autores más influyentes en el campo del estrés, lo definió como el resultado, mental o somático, de cualquier demanda sobre el cuerpo. Visto en un ejemplo simple, pero ilustrativo, si la temperatura ambiente produce una pérdida de líquidos que obliga a una restitución de los mismos, se produce estrés. Aunque formulada por primera vez hace más de medio siglo, la definición sigue conteniendo algunos de los elementos centrales en las caracterizaciones y modelos actuales sobre el estrés laboral. El estrés es básicamente una reacción del organismo ante las demandas del ambiente. Si estas exceden los recursos que el propio entorno aporta o que el individuo es capaz de generar, la persona experimenta estrés. Una vez que el sujeto ha detectado esa discrepancia, se ponen en marcha toda una serie de mecanismos orientados a su desaparición o reducción.

Por su parte Landy (2005) reconoce a dos de los primeros "pioneros en estrés": Walter Cannon y Hans Selye. Cannon fue un fisiólogo que estudió las reacciones animales y humanas en situaciones de peligro. Él notó que los animales y los humanos tenían una respuesta adaptativa a las situaciones estresantes en la que escogían entre luchar o intentar escapar. Cannon le llamó a esta respuesta reacción luchar o volar, y se le acredita como el primero en utilizar el término "estrés".

Por lo general conocido como el "padre del estrés", Hans Selye, médico y endocrinólogo de la Universidad de Montreal, definió el estrés como la respuesta no específica del cuerpo humano en cualquier demanda que se le haga. Él fue el primero en distinguir entre el estrés positivo (eustress) y

estrés negativo (distress). Selye notó que es estrés positivo proporciona retos que motivan a los individuos a trabajar duro y a alcanzar sus metas. De manera alternativa, el estrés negativo resulta de situaciones estresantes que persisten en el tiempo y que producen consecuencias negativas para la salud.

Selye observó que la secuencia de respuesta a casi cualquier enfermedad o trauma (p.e; envenenamiento, heridas, estrés psicológico) es casi idéntica. Llamó a la progresión el Síndrome de Adaptación General y lo dividió en tres etapas.

1. Primera, en la etapa de reacción de alarma, el cuerpo moviliza recursos para hacer frente al estrés agregado. En esta etapa, el ritmo cardíaco incrementa y se secretan las hormonas del estrés, como la adrenalina, noradrenalina, epinefrina y cortisona.
2. Segunda, en la etapa de resistencia, el cuerpo le hace frente a la fuente original del estrés, pero la resistencia ante otros estresores disminuye.
3. Tercera, en la etapa de agotamiento, la resistencia general se cae, lo que puede traer consecuencias adversas, incluyendo el burnout, enfermedad severa incluso la muerte, si el estrés no se reduce.

El Síndrome de Adaptación General según Landy (2005) afirma que los factores psicológicos asociados al estrés juegan un papel muy importante en muchas de nuestras peores aflicciones, incluyendo las enfermedades cardíacas.

A pesar de que el estrés en el lugar de trabajo puede ser episódico como en el caso de un accidente laboral o un afrontamiento con un cliente irritado, el estrés crónico es más común en los escenarios laborales y más dañino para el cuerpo y la mente. Por estas razones, el estrés crónico ha sido y continúa siendo de mayor interés para los psicólogos.

Cozby (2004) muestra que estudios recientes sobre el estrés involucran además de una respuesta fisiológica consistente con los hallazgos de Selye, una valoración cognoscitiva de la situación y de los recursos disponibles para manejar los estresores. Observó que el estrés como un proceso continuo en el que los individuos hacen una valoración del ambiente e intentan hacerle frente a los estresores que surgen. Esta evaluación comúnmente desencadena una serie de respuestas de afrontamiento por parte del cuerpo. En algunas circunstancias. Como durante el ejercicio, el proceso puede ser saludable. Sin embargo, cuando la exposición al estrés es crónica

o persistente, el cuerpo responde de manera negativa, afectando al sujeto a su salud física y /o mental, dando lugar a alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc; o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Es importante que notar que la mayoría de estas reacciones son automáticas, aparecen las queramos o no, casi como si tuviéramos una reacción alérgica a un ambiente psicológicamente amenazante o estresante. De hecho, algunas de estas reacciones fisiológicas al estrés p,e; como la presión arterial alta no tienen síntomas físicos obvios.

Los individuos evalúan, experimentan y afrontan situaciones estresantes en muchas formas.

Para Cozby (2004) Los estilos de afrontamiento se dividen en: a) afrontamiento enfocado en el problema y b) enfocado en la emoción. El afrontamiento enfocado en el problema se dirige a manejar o alterar el problema que provoca el estrés. Este afrontamiento puede incluir la definición del problema, generar diferentes soluciones y evaluar sus costos y beneficios, y actuar para resolver el problema. Por ejemplo, el afrontamiento enfocado en el problema puede incluir el desarrollo y uso de habilidades de manejo del tiempo y el diseño de un plan de acción específico para desempeñar un puesto con muchas demandas. El afrontamiento enfocado en la emoción, involucra la reducción de la respuesta emocional ante el problema, lo que puede significar evitarlo, minimizarlo y alejarse. Por ejemplo, el afrontamiento enfocado en la emoción puede incluir buscar apoyo social de la propia familia o amigos para ayudar a minimizar los efectos de un trabajo estresante.

Alcover (2004) menciona que dependiendo de la estrategia de afrontamiento seleccionada, tendrán lugar una serie de efectos para el individuo y para la organización. En el caso del estrés positivo, la persona puede mejorar su percepción de autoeficacia y su autoestima, al tiempo que la organización tendrá mayores posibilidades de conservar sus clientes. Por otro lado, la prolongación de las experiencias de estrés negativo, junto con la ausencia de recursos para afrontarlas o con la aplicación de estrategias de afrontamiento disfuncionales puede derivar a medio o largo plazo en una serie de consecuencias, individuales y organizacionales, de mayor duración y severidad que los efectos, como en el caso de la muerte por agotamiento o rotación.

En la siguiente tabla se resumen los principales efectos y consecuencias asociados a las experiencias de estrés negativo.

Tabla 2.1 Impacto del estrés negativo

Dimensiones	Procesos	Indicadores
Organizacional	Descenso en la	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de los productos y los servicios. • Productividad y rendimiento. • Calidad organizacional y vida laboral.
	Aumento de	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de usuarios, clientes y profesionales. • Absentismo, retrasos, permisos y bajas por enfermedad. • Abdicación de responsabilidades prof. • Incumplimiento de tareas. • Peticiones de jubilación anticipada. • Abandono de la organización. • Cambio de puesto o de trabajo. • Accidentalidad laboral. • Interacciones sociales negativas con clientes y usuarios en general. • Crispación y conflictividad laborales.
Persona	Trastornos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológicos (disfunciones cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, fatiga, insomnio, cefaleas, agotamiento, etc.). • Emocionales (malestar, insatisfacción, desmotivación, apatía, indiferencia, irritabilidad, aburrimiento, pesimismo, etc.). • Conductuales (abuso de psicofármacos y de cualquier tipo de drogas.). • Cognitivos (visión negativa de la realidad, del entorno, del futuro, de la profesión, de la propia persona, etc.).
Persona	Trastornos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosociales (retraimiento, incomunicación, trato despersonalizado en las interacciones laborales, familiares y cotidianas, etc.).

	Cuadros generales	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome general de adaptación. • Burnout profesional. • Karoshi.
--	------------------------------	---

Fuente tomada por Alcover (2004) de Blanch (2003).

Alcover (2004) considera que la mayor parte de los modelos sobre el estrés manejan conceptos y procesos similares a los expuestos en la explicación que ofrecen sobre sus causas, sus consecuencias y los factores que modulan estas últimas.

A continuación se describen brevemente algunos modelos sobre estrés que según Alcover (2004) han captado más la atención de los investigadores y debido a ello han generado un amplio número de estudios.

- ☑ **Modelo ajuste persona - trabajo.** Según este modelo, el desajuste entre las capacidades y las habilidades demandadas por expuesto y aquellas que posee el individuo es la principal fuente de estrés. La persona no será capaz de atender los requerimientos que le plantean las tareas asignadas a su puesto. La definición confusa del rol laboral y/o la existencia de demandas contradictorias en el mismo son consideradas también por este modelo como una fuente importante de estrés.
- ☑ **Modelo de demanda - control.** Este es uno de los modelos más empleados en la explicación del estrés laboral. El supuesto fundamental es que este se producirá cuando tienen lugar altos niveles de demanda derivados del puesto (presión temporal, elevada carga de trabajo, etc.) en ausencia de control sobre los mismos (por ejemplo, autonomía). Es la combinación de ambas condiciones la que produce el estrés. Si por el contrario concurren una alta demanda y un alto control, se producirá aprendizaje, motivación y/o crecimiento personal.
- ☑ **Modelo de la valoración cognitiva.** Corresponde básicamente con el descrito en este apartado y por tanto, el proceso central es la valoración que el individuo hace de los estímulos presentes en su entorno y de su capacidad insuficiente o, visto de otro modo, una

demanda excesiva del ambiente, se experimentarán los efectos del estrés.

2.1 ESTRESORES COMUNES EN EL TRABAJO

Para Landy (2005) los estresores son demandas físicas o psicológicas a las que un individuo responde, y en el trabajo se dividen en dos grandes categorías: estresores físicos de la tarea como ruido, luz, calor y frío; y estresores psicológicos que involucran una multitud de factores demandantes sutiles y no tan sutiles.

ESTRESORES FISICOS/DE LA TAREA

En los primeros estudios sobre estrés laboral, los psicólogos se enfocaron en los estresores físicos y su efecto en la experiencia del estrés y en las predisposiciones subsecuentes. De acuerdo con muchos estudios experimentales y de campo, el ruido incontrolable es particularmente estresante y lleva a una disminución en el desempeño de la tarea y en la motivación. Reporta Landy (2005) que en un estudio reciente en un escenario de oficina abierta, Evans y Johnson (2000) encontraron que la exposición al ruido de bajo nivel está asociada con niveles elevados de las hormonas del estrés y con la reducción en el desempeño. La importancia del aumento en los niveles hormonales es que los estresores pueden existir aun cuando el trabajador no se dé cuenta.

Las demandas de un determinado puesto por ejemplo; ritmo y carga de trabajo, número de horas laborales, también pueden contribuir a la experiencia del estrés y a predisposiciones subsecuentes.

ESTRESORES PSICOLÓGICOS

Falta de control/previsión. Variar los niveles de control personal y de previsión tiene efectos claros en el desempeño y en el estrés laboral. Como cualquier estresor, la percepción de control o previsión del individuo determina su respuesta a la situación y tal percepción de control o previsión del individuo determina su respuesta a la situación y tal percepción se ve afectada por las características del trabajo y del ambiente laboral. La programación y ritmo de trabajo pueden influir en los sentimientos de control. Por ejemplo; menciona Landy (2005) los horarios flexibles mejoran los sentimientos de control sobre el horario personal. La percepción de control en el escenario laboral también se relaciona con la autonomía, el

grado en el que los empleados puedan controlar cómo y cuándo realizar las tareas de su puesto.

En general, las intervenciones que mejoran la percepción de control sobre el trabajo, como la toma de decisiones participativa o los horarios flexibles, tienden a reducir el estrés y las predisposiciones subsecuentes.

Conflicto interpersonal. Las interacciones negativas o conflictos interpersonales con compañeros de trabajo, supervisores o clientes, pueden ir desde discusiones acaloradas hasta incidentes sutiles de comportamiento poco amigable. Los conflictos interpersonales menciona Landy (2005) ocurren cuando los recursos en el trabajo son escasos. Los conflictos interpersonales pueden distraer a los trabajadores de las tareas importantes del puesto y tener consecuencias en la salud. En un estudio longitudinal con más de 15 000 empleados fineses, la relación ente el conflicto interpersonal en el trabajo y los problemas de salud subsecuentes fue significativa; aun cuando también se tomaron en cuenta otros factores como la clase social, el estado civil, los conflictos con la pareja y el alto consumo de alcohol. Otras consecuencias negativas de los conflictos interpersonales en el trabajo pueden ir desde la depresión e insatisfacción laboral hasta la agresión, robos y sabotajes o inclusive violencia en el escenario laboral.

Estresores del rol. La ambigüedad de roles, los conflictos de roles y la carga excesiva de un rol se conocen en conjunto como estresares del rol. La noción básica detrás de los estresores del rol es que la mayoría de los puestos tienen tareas y responsabilidades múltiples o roles, y que es más probable que un puesto sea particularmente estresante si estos roles están en conflicto o si no están claros.

La ambigüedad de roles ocurre cuando los empleados carecen de conocimiento claro acerca de qué comportamiento es el esperado en su trabajo. En estos casos los individuos experimentan incertidumbre sobre las acciones que deben realizar para desempeñarse de manera efectiva.

Cozby (2004) considera que una forma más específica de conflicto es la sobrecarga del rol, un estresor que ocurre cuando se espera que un individuo cumpla con demasiados roles al mismo tiempo. La sobrecarga de roles puede ocasionar que las personas trabajen demasiado tiempo, incrementando su estrés y las predisposiciones subsecuentes. De hecho las investigaciones muestran una correlación positiva entre los estresores del

rol y una variedad de problemas de salud y de trabajo, incluyendo tensión, ansiedad y una propensión a dejar la organización.

Un tipo distinto de estresor del rol es el **conflicto trabajo - familia**, que ocurre cuando los trabajadores experimentan conflicto entre los roles que deben cumplir en el trabajo y en su vida personal. Ya que las mujeres que trabajan y las familias donde ambos trabajan se han convertido en la norma más que en la excepción, el conflicto trabajo - familia se ha convertido en una fuente común de estrés laboral. Dado que las mujeres que trabajan continúan llevando la mayoría de las responsabilidades en casa, es común que ellas desempeñen aún más roles que los hombres.

Sin embargo, estos hallazgos no necesariamente significan que el efecto del trabajo en las mujeres sea exclusivamente negativo. De hecho, existe poca evidencia que indique que el empleo de una mujer dañe su matrimonio o a sus hijos. En base a las investigaciones realizadas por Landy (2005) un estudio concluyó que comparadas con los hombres, las mujeres parecen tener mejores estrategias de afrontamiento para manejar el estrés.

Estudios recientes reporta Cozby (2004) han indicado que el conflicto trabajo-familia tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar, tanto en hombres como en mujeres. Por consiguiente, este tipo de conflicto parece ser un estresor de igualdad de oportunidades. Un estudio con 2700 adultos empleados encontró que los individuos que reportaron experimentar conflicto trabajo-familia tuvieron 30 veces más probabilidades de experimentar un problema de salud mental significativo, como depresión o ansiedad, que aquellos empleados que reportaron no tener tal conflicto.

Rodríguez y Martín (2001) reportan que los horarios de trabajo flexibles y las guarderías se están volviendo cada vez más importantes para mujeres y hombres que trabajan en diferentes carreras. Por ejemplo, a pesar de que uno podría no pensar que las guarderías fueran importantes para los atletas profesionales, este servicio se brinda a los miembros de muchas asociaciones deportivas, incluyendo a los pilotos de autos profesionales (NASCAR) y las asociaciones profesionales de golf de hombres y mujeres. En la Ladies Professional Golf Association, las jugadoras reportaron que el programa de guarderías reduce sus preocupaciones sobre el equilibrio entre el trabajo y la familia, lo que les permite concentrarse en su trabajo. Desafortunadamente, los padres que tienen un empleo más común tienden a experimentar estrés trabajo-familia cuando carecen de un buen cuidado infantil.

Esfuerzo emocional es importante considerar las emociones dado que el estrés es, en primer lugar, una reacción emocional. El esfuerzo emocional es la regulación de las emociones para cumplir con las demandas del puesto o de la organización.

Landy (2005) cita a Brotheridge y Grandey (2002) los cuales mencionan que el estrés y la incomodidad suelen ocurrir cuando las emociones requeridas difieren de las emociones reales de los empleados. El suprimir emociones o mostrar emociones falsas requiere de un esfuerzo cognoscitivo y fisiológico, que tiende a ser estresante a largo plazo. Las primeras investigaciones indicaron que el estrés del esfuerzo emocional puede generar insatisfacción laboral, burnout e intentos de abandonarlo todo.

Tabla 2.2 Consecuencias del estrés

Físicas/Médicas/Fisiológicas	Psicológicas	Conductuales
Enfermedades del corazón e Infarto	Burnout	Ausentismo
Úlceras	Depresión	Impuntualidad
Dolor de espalda y artritis	Ansiedad	Abuso de drogas, alcohol y tabaco
Incremento en la presión Arterial y ritmo cardiaco	Problemas familiares	Accidentes
Nivel elevado de hormonas (adrenalina, nora-drenalina,	Problemas de sueño	Violencia/sabotaje
	Insatisfacción Lab.	Toma de decisiones/

cortisona)		manejo de inf. Pobres Desempeño laboral Rotación del personal
------------	--	---

Fuente tomada por Landy (2005)

2.2 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

CONDUCTUALES

Entre las consecuencias conductuales del estrés Peiró y Salvador (1993) mencionan que se encuentran el ausentismo, los accidentes, el abuso del alcohol y drogas, el desempeño laboral pobre y los comportamientos improductivos, incluyendo la violencia en el escenario laboral. El procesamiento de información, el cual afecta diversos resultados en el trabajo, y el desempeño laboral, el cual puede incluir procesamiento de información, pero comúnmente incluye una medida global de efectividad.

Procesamiento de información. El estrés crónico para Manassero (2003) tiene efectos perjudiciales sobre la memoria, el tiempo de reacción, la precisión y el desempeño de una variedad de tareas. Además, los individuos bajo estrés comúnmente tienen dificultades para enfocar su atención. El estrés lleva a reacciones prematuras ante los estímulos, al uso restringido de claves relevantes y al incremento de errores en tareas cognoscitivas.

Dado que cada persona posee recursos cognoscitivos limitados, las situaciones estresantes que restringen estos recursos deterioran la capacidad para enfrentar las tareas. El estrés también se correlaciona con una menor creatividad y una pobre toma de decisiones, en particular bajo presión de tiempo.

Desempeño. Es importante reconocer que el estrés representa sólo uno de los factores que pueden impactar en el desempeño laboral. Las influencias múltiples afectan el comportamiento en el trabajo. Los efectos del estrés sobre el desempeño dependen de diversos factores, incluyendo la complejidad de la tarea realizada y las características de personalidad del individuo que la lleva a cabo así lo considera (Manassero, 2003). Sin

embargo está claro que el estrés crónico tiene efectos negativos en el desempeño laboral.

PSICOLÓGICAS

Las consecuencias psicológicas del estrés incluyen ansiedad, depresión, burnout, fatiga, tensión laboral e insatisfacción con el trabajo y la propia vida. El burnout es una consecuencia del estrés particularmente importante y muy investigado. Es un extremo de tensión resultado de una respuesta prolongada a estresores laborales crónicos que exceden los recursos de un individuo para afrontarlos. (Maslach, 2001).

FISIOLÓGICAS

Landy (2005) menciona que los cambios fisiológicos en el cuerpo ocurren cuando las situaciones estresantes causan la sobre activación del sistema nervioso simpático, la cual produce diversas clases de hormonas de estrés. Estas hormonas pueden causar un incremento en el ritmo y rendimiento cardiacos en preparación para el aumento de la actividad física y cognoscitiva, Inicialmente estos cambios pueden mejorar la toma de decisiones, el juicio y el desempeño físico. Sin embargo, la activación crónica del sistema nervioso simpático puede generar cantidades excesivas de hormonas de estrés circulando en la sangre y en el cerebro.

Manassero (2003) considera que el estrés también puede causar que los vasos sanguíneos se contraigan en las áreas periféricas del cuerpo. La combinación de la constricción de los vasos sanguíneos y mayor cantidad de sangre moviéndose a través de ellos provoca que las arterias coronarias y el corazón se desgasten. Esto lleva a un engrosamiento de la placa en las arterias (arteriosclerosis) y a enfermedades del corazón. Además debido a que el corazón tiene que trabajar más fuerte para bombear bajo estas condiciones, requiere más oxígeno, lo que a su vez eleva la presión arterial. En estas condiciones un mayor consumo de oxígeno, explica el incremento de ataques cardiacos en personas que están bajo estrés.

A pesar de que muchas de las consecuencias fisiológicas del estrés están interrelacionadas, esto es, que una de ellas puede afectar a otro para empezar un círculo vicioso o un efecto de bola de nieve, se clasifican en tres tipos. Las consecuencias cardiovasculares incluyen cambios en la presión arterial, el ritmo cardiaco y el colesterol. Las gastrointestinales incluyen problemas digestivos de distintas clases. Las consecuencias bioquímicas del

estrés incluyen un aumento en la cortisona y las catecolaminas. Las situaciones de trabajo estresante están vinculadas con el aumento en los niveles de cortisona, norepinefrina y adrenalina en el flujo sanguíneo. Los niveles elevados y de larga duración de hormonas del estrés contribuyen al deterioro en el funcionamiento del sistema inmune y al desarrollo de enfermedades coronarias. En Estados Unidos la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte tanto en hombre como en mujeres American Heart Association (2002)

2.3 REDUCCIÓN Y MANEJO DE ESTRÉS

En 1990 el estrés se situó por primera vez como uno de los 10 mayores riesgos de salud ocupacional en Estados Unidos. Como resultado, las preocupaciones acerca del estrés en el trabajo se volvieron mucho más prominentes en las discusiones públicas y gubernamentales de salud (Landy 2005). Esta preocupación llevó al desarrollo del campo de la Psicología de la salud en el trabajo, que implica la aplicación de la psicología para mejorar la calidad de la vida laboral y para proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores.

Tabla 2.3 Marco teórico para las intervenciones de manejo de estrés

<p>Prevención primaria: dirigidas al estresor</p> <p>Alcance: Preventivo. Reduce el número y/o intensidad de los estresores. Objetivo: Alterar los ambientes de trabajo, tecnologías, o estructuras organizacionales. Suposición subyacente: La aproximación más efectiva para el manejo del estrés consiste en eliminar los estresores. Ejemplos: Rediseño del puesto, reestructuración cognitiva.</p>
<p>Intervenciones secundarias: dirigidas a la respuesta</p> <p>Alcance: Preventiva/reactiva. Modifica las respuestas de los individuos a los estresores. Objetivo: Individual. Suposición subyacente: Puede no ser posible eliminar o reducir los estresores, por lo que es mejor enfocarse en las reacciones de los individuos a estos estresores. Ejemplos: Entrenamiento en relajación, biorrealimentación, manejo del estrés, acondicionamiento físico, nutrición.</p>

Intervenciones terciarias: dirigidas al síntoma

Alcance: Tratamiento, Minimizar las consecuencias dañinas de los estresores ayudando a los individuos a afrontar de manera más efectiva estas consecuencias.

Objetivo: Individual.

Suposición subyacente: Enfocarse en el tratamiento de los problemas una vez que han ocurrido.

Ejemplos: Programa de asistencia a los empleados, cuidado médico.

Fuente tomada por Landy adaptado de Cooper, Dewe y O' Driscoll (2001)

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

Las estrategias de intervención primaria tienen que ver con la modificación o eliminación de estresores en el escenario laboral y por eso se dice que están dirigidas al estresor. Las intervenciones primarias son las aproximaciones más proactivas y preventivas al manejo del estrés. Muchas estrategias de intervención primaria dan a los trabajadores mayor control sobre su puesto y ambiente de trabajo. Lo que disminuye directamente los estresores y aumenta la satisfacción y el bienestar de los empleados (Landy 2005).

Las aproximaciones de prevención primaria incluyen el rediseño de la tarea o del ambiente de trabajo, la motivación para la administración participativa, el desarrollo de descripciones del rol más claro y la modificación o cambio de patrones.

Las intervenciones de reestructuración cognoscitiva mencionadas por Rodríguez y Martín (2001) se dirigen a modificar la percepción y los procesos de pensamiento que llevan al estrés. Estas modalidades reducen el estrés cambiando la percepción del individuo sobre el ambiente de trabajo o de sus propias capacidades para enfrentar las demandas de este ambiente. Los enfoques de la reestructuración cognoscitiva animan a los individuos a cambiar los pensamientos negativos por unos más positivos.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIAS

Dichas estrategias involucran la modificación de respuestas a demandas o estresores inevitables, por eso se dice que están dirigidas a la respuesta.

Debido a que la intervención secundaria evalúa la experiencia de estrés más que al estrés o a los estresores, su papel es comúnmente el de controlar daños. Los enfoques de prevención secundaria según Landy (2005) están alineados con estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción, las cuales buscan reducir la respuesta emocional al estresor y pueden incluir la evitación, minimización y alejamiento del estresor.

Las estrategias de prevención secundaria que no requieren de capacitación especial incluyen elecciones del estilo de vida como entrenamiento físico, comer sano y controlar el peso, así como la reducción en el consumo de tabaco y cafeína. Los programas de capacitación de habilidades como para la negociación y la solución de conflictos son otra forma de intervención secundaria. Los métodos secundarios de manejo del estrés incluyen técnicas de relajación, biorrealimentación y proporcionar y promover el apoyo social en el trabajo. Muchas modalidades utilizan combinaciones de los métodos anteriormente mencionados.

APOYO SOCIAL

Para Cozby (2004) el apoyo social es la comodidad, asistencia o información que un individuo recibe por medio de los contactos formales o informales con individuos o grupos. El apoyo social ha sido investigado ampliamente como una forma de reducir el estrés y la tensión en el trabajo.

Los investigadores han puesto considerable atención a la posibilidad de que el apoyo social modere o reduzca los problemas de salud protegiendo a los individuos de los efectos negativos de los estresores en el trabajo.

Los empleadores pueden ayudar a construir sistemas de apoyo social efectivos en el trabajo. Por ejemplo menciona Landy (2005) los programas formales de instructores, los sistemas de recompensa y reconocimiento y los programas de socialización para los recién llegados pueden hacer que el ambiente brinde mayor apoyo.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN TERCIARIA

Estas estrategias según Landy (2005) están dirigidas al síntoma, es decir, a sanar los efectos negativos de los estresores. Las intervenciones terciarias incluyen programas de asistencia para los empleados y el uso de servicios de cuidado médico, psicoterapia individual y asesoría de carrera.

Los programas de asistencia al empleado mencionados por Cozby (2004) fueron originalmente desarrollados por las organizaciones para detectar problemas de alcohol y drogas y luego se ampliaron para incluir las intervenciones para el manejo del estrés. En la mayoría de las organizaciones, estos programas incluyen alguna forma de apoyo para enfrentar el estrés laboral, problemas con alcohol, drogas y dificultades externas al trabajo (p.e.; problemas familiares, dificultades emocionales y conductuales). Los programas de asistencia al empleado pueden ser proporcionados por el departamento de recursos humanos de una organización o por consultores externos. Si una organización desea tener un programa de asistencia exitoso, la administración debe expresar su apoyo, educar a sus empleados, proporcionar la capacitación necesaria para su uso y hacerlos accesibles a los empleados.

A pesar de que los programas de asistencia no son evaluados sistemáticamente en las organizaciones que los usan, las pocas evaluaciones que se han hecho indican que son exitosos. Landy cita a (Cooper et al; 2001) los cuales encontraron mejoras en la salud mental y la autoestima de los empleados que participaban en los programas. Además encontraron que dichos programas pueden ser muy benéficos para las organizaciones en términos de reducción del ausentismo, accidentes y gastos de salud. No obstante, a pesar de que enfocarse en el tratamiento de las predisposiciones puede ser una estrategia efectiva a corto plazo, la aproximación es en esencia reactiva más que preactiva y preventiva, debido a que los programas de asistencia se dirigen a enfrentar las consecuencias del estrés a largo plazo, no deben ser la única modalidad que utilicen las organizaciones en el proceso de prevención y manejo de estrés.

2.4 RESUMEN

Este capítulo se ha dedicado a definir lo que es el estrés, determinar las causas que lo provocan y la forma en que éstos afectan al individuo.

Alcover (2004) considera que el estrés es básicamente una reacción del organismo ante las demandas del ambiente. Si estas exceden los recursos que el propio entorno aporta o que el individuo es capaz de generar, la persona experimenta estrés. Una vez que el sujeto ha detectado esa discrepancia, se ponen en marcha toda una serie de mecanismos orientados a su desaparición o reducción.

Posteriormente se mencionan los estilos de afrontamiento ya que los individuos evalúan, experimentan y afrontan situaciones estresantes en muchas formas es por ello que Cozby (2004) los divide en afrontamiento enfocado en el problema y enfocado en la emoción. El afrontamiento enfocado en el problema se dirige a manejar o alterar el problema que provoca el estrés. Este afrontamiento puede incluir la definición del problema, generar diferentes soluciones y evaluar sus costos y beneficios, y actuar para resolver el problema. Por ejemplo, el afrontamiento enfocado en el problema puede incluir el desarrollo y uso de habilidades de manejo del tiempo y el diseño de un plan de acción específico para desempeñar un puesto con muchas demandas. El afrontamiento enfocado en la emoción, involucra la reducción de la respuesta emocional ante el problema, lo que puede significar evitarlo, minimizarlo y alejarse. Por ejemplo, el afrontamiento enfocado en la emoción puede incluir buscar apoyo social de la propia familia o amigos para ayudar a minimizar los efectos de un trabajo estresante.

Para Alcover (2004) dependiendo de la estrategia de afrontamiento seleccionada, tendrán lugar una serie de efectos para el individuo y para la organización. En el caso del estrés positivo, tras la reunión, la persona puede mejorar su percepción de autoeficacia y su autoestima, al tiempo que la organización tendrá mayores posibilidades de conservar sus clientes. Por otro lado, la prolongación de las experiencias de estrés negativo, junto con la ausencia de recursos para afrontarlas o con la aplicación de estrategias

de afrontamiento disfuncionales puede derivar a medio o largo plazo en una serie de consecuencias, individuales y organizacionales, de mayor duración y severidad que los efectos, como en el caso de la muerte por agotamiento o rotación.

En el punto 2.1 se incluye una tabla donde se resumen los principales efectos y consecuencias asociados a las experiencias de estrés negativo, enseguida de esto se mencionan los estresores comunes en el trabajo los cuales considera Landy (2005) son demandas físicas o psicológicas a las que un individuo responde, y en el trabajo se dividen en dos grandes categorías: estresores físicos de la tarea como ruido, luz, calor y frío; y estresores psicológicos que involucran una multitud de factores demandantes sutiles y no tan sutiles.

En el punto 2.2 se mencionan las consecuencias del estrés físicas, psicológicas y conductuales, lo que estas implican y los efectos perjudiciales que provocan en el individuo. Como último punto se menciona la manera en que se puede reducir y manejar el estrés por medio de una serie de estrategias que fueron elaboradas por Landy (2005) dirigidas al estresor, a la respuesta y al síntoma,

Como resultado, las preocupaciones acerca del estrés en el trabajo se volvieron mucho más prominentes en las discusiones públicas y gubernamentales de salud. Esta preocupación llevó al desarrollo del campo de la psicología de la salud en el trabajo, que implica la aplicación de la psicología para mejorar la calidad de la vida laboral y para proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores.

CAP 3 SÍNDROME DE BURNOUT

Una variante grave del estrés laboral, es lo que se llama "desgaste profesional", "quemazón laboral", "burnout". Se conoce también con otros términos como el síndrome del quemado o desgaste ocupacional. Le sucede a muchas personas para quienes el trabajo se ha convertido en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción.

Ocurre a menudo como menciona Martínez (2004) en profesionales con largos años de trabajo a sus espaldas y en tareas a veces muy delicadas que requieren un alto grado de especialización y cuidado, en personas que antes encontraban el trabajo motivador, y llevadero, y que han pasado a odiarlo y a sentirse quemados en él. Individuos que han comenzado su vida profesional con ilusión y con muchas vocación tienen la sensación de estar agotados y sienten que profesionalmente la situación los ha sobrepasado.

El trabajo se ve como repetitivo, sin creatividad y se tiene la sensación de falta de aprecio y de reconocimiento por la labor que se lleva a cabo.

Dentro del esquema general del estrés, el burnout considera Rodríguez (2004), puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento disfuncional cuya prolongación en el tiempo deriva en consecuencias negativas para la salud y el bienestar del trabajador y para la eficacia de la organización. Así pues el burnout puede definirse como una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales asociados al puesto de trabajo.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo.

Actualmente, el trabajo se desarrolla en organizaciones con una estructura definida que asigna espacios y tareas, distingue niveles jerárquicos y planifica la coordinación entre diferentes personas para que se logren de forma eficaz los objetivos. Pero el interés por la productividad no siempre va acompañado de unas condiciones de trabajo adecuadas, recursos

suficientes para llevarlo a cabo y un diseño de las tareas que tengan en cuenta las características individuales de cada persona.

Las investigaciones sobre el estrés laboral mencionan Buendía y Ramos (2001) revelan que también están expuestas a estos problemas aquellas personas que tuviesen un contacto directo con pacientes, clientes, usuarios o alumnos cuyas exigencias desbordaban la capacidad de actuación del profesional. Estos profesionales desarrollaban en un período de tiempo más o menos variable el llamado "síndrome de burnout" (SB). A este síndrome también se le denomina síndrome de estar quemado, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la quemazón, síndrome del estrés laboral asistencial, síndrome del desgaste profesional.

Cuando se dice que el profesional está quemado se indica que la situación familiar, social o laboral le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

El concepto de burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberger (1974) para describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Después de un año, muchos de ellos se sintieron agotados, se irritaban con facilidad, habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y tendían a evitarlos.

Posteriormente Maslach (1976) lo dio a conocer en el ambiente psicológico en 1977 en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). Desde entonces el término burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios humanos (educación, salud, administración pública, etc.), debido a unas condiciones de trabajo que tiene fuertes demandas sociales. En la actualidad el término burnout es posiblemente uno de los términos más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas. Todo el mundo habla del síndrome de burnout, que amenaza con ser la plaga del siglo XXI.

Por otra parte, aunque no existe una definición unánimemente aceptada, hay consenso en considerar que el síndrome de burnout aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo "condiciones difíciles" en contacto directo con los usuarios (clientes, pacientes, alumnos, presos, etc.) de tales instituciones y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización.

Pines y Arosón (1988) lo consideran como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

Burke (1987) entiende que el síndrome de burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Aunque se subraya que el síndrome surge como respuesta al estrés laboral crónico, hay que destacar que aparece como resultado de un proceso continuo en el que sobre todo fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto. Las estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias. (Ramos, 1999).

Buendía y Ramos (2001) consideran que el síndrome de burnout puede tener resultados muy negativos tanto para el sujeto que lo padece como para la organización en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicósomáticas, por ejemplo: alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc., o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto y por tanto deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo.

En general se acepta que las dimensiones que contribuyen a delimitar el constructo según Buendía y Ramos (2001) son:

El cansancio emocional (CE) se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc. Se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La despersonalización (DP) manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, Alumnos, etc.), Es considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas.

La falta de realización personal (RP) con respuestas negativas hacia si mismo y el trabajo, se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Así frente al estrés general se considera al burnout como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, además el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de burnout sólo tiene efectos negativos.

Para Schaufeli y Buunk (1996) la distinción entre estrés laboral y el burnout no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El burnout puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. El estrés en cambio se refiere a procesos temporales más breves. Adicionalmente se sugiere que el burnout está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés no.

En cuanto a la fatiga, Pines y Aronson (1988) indican que una de las principales diferencias entre el burnout y la fatiga física es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del síndrome de burnout. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de burnout conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso.

El burnout es un constructo referido al trabajo y a situaciones laborales y específicas, mientras que la depresión es un fenómeno más amplio y puede surgir en otros contextos de la vida del sujeto (personal, familiar y social).

Tampoco se debe confundir con el síndrome de la fatiga crónica, o con el síndrome de la adicción al trabajo (Killinger, 1991), en el que el sujeto vive por y para trabajar, y al menos temporalmente el trabajo es una fuente de satisfacción, de evasión o de refugio frente a otros problemas personales o profesionales.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001) manifiestan que el burnout puede ser tanto el producto de las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, como el resultado de la interacción entre el sujeto y su ambiente profesional.

En comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres.

Existe una relación negativa entre edad y desgaste profesional. Parece que a más años ejerciendo la profesión es menos probable la experiencia de burnout., los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, que los trabajadores veteranos. Estos en general suelen mostrar bajos niveles de burnout.

Otras variables como estado civil, nivel de educación, años de experiencia profesional no parecen influir en el burnout. No obstante, algunos estudios muestran que los casados experimentan menos burnout que los solteros, viudos y divorciados.

El nivel educacional alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de ejercicio profesional con cansancio emocional y despersonalización.

El tiempo diario dedicado al ocio se observa como factor de predicción del síndrome de burnout, parece que un número moderado de horas de ocio al día se asocia a un menor desgaste profesional.

El consumo elevado de tabaco se relaciona con el burnout. Los médicos fumadores de más de veinte cigarrillos al día presentan un mayor grado de burnout que los no fumadores y que los fumadores de cantidades menores.

El apoyo social puede definirse como la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica.

El apoyo social permite al individuo sentirse querido y cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones. Es importante la percepción del apoyo social, ya que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psicológicos, fomenta la salud independientemente del nivel de estrés, protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes.

Las investigaciones Buendía (1990) sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. También existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre.

El apoyo social influye de manera importante en la salud de las personas. De la misma manera, se ha señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés, el estrés laboral y el burnout.

Las profesiones de servicio son profesiones en las que inciden especialmente los estresores laborales, estos estresores para Ramos (1990) están vinculados a qué hace el sujeto, a cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace. Entre los numerosos y variados estresores que pueden afectar a los profesionales podemos destacar la sobrecarga laboral, que en ocasiones proviene de la escasez de personal, el trabajo en turnos, el trato con pacientes difíciles o problemáticos, estar diariamente en contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de definición de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, la falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, los rápidos cambios tecnológicos a

os que hay que adaptarse, etc. Todos estos estresores contribuyen poderosamente al síndrome de burnout.

García M., Sáez, M.C. y Llar B. considera que en los últimos años, han surgido cambios en las profesiones de servicio, sobre todo en el sector sanitario y educativo, estos cambios han supuesto un aumento de las demandas de servicios de salud, educación y servicios sociales por parte de la población. Todos estos cambios han ocurrido con demasiada rapidez para ser asumidos por estos profesionales. A esto hay que añadir que el ciudadano, (paciente, alumno, cliente, usuario) cada vez está mejor formado y exige servicios de calidad. Por ello las exigencias hacia estos profesionales son cada vez mayores y no siempre se tienen las condiciones laborales idóneas para trabajar con calidad. Además hay que añadir elementos como la pérdida de prestigio social que en décadas pasadas han ostentado estos profesionales, la masificación en el número de usuarios, o la falta de profesionales suficientemente formados.

DIFERENCIAS CON OTROS CONCEPTOS

Uno de los problemas que surgen desde los comienzos del estudio del burnout, menciona Alarcón (2001) en un artículo que publicó sobre el análisis del síndrome de burnout, en la Revista de Psiquiatría es la dificultad para establecer una delimitación clara con otros conceptos psicopatológicos. Esta dificultad viene dada por la comunalidad que existe con otras entidades:

- a. **TEDIO**, Pines, y cols (1981), realizan la distinción sobre la base de que el término burnout debe reservarse para las profesiones en las que se da una relación de ayuda, es decir, en las que el objeto de trabajo son personas, reservando el término tedio para otro tipo de ocupaciones.
- b. **ALIENACIÓN**. Se da cuando un sujeto no tiene la libertad para realizar una tarea determinada que es posible llevar a cabo. Sin embargo Cherniss (1993) señala que el síndrome de burnout se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que es imposible realizar. Se parte de un principio de incontrolabilidad de la situación.
- c. **INSATISFACCIÓN LABORAL**. Aparece una característica, la despersonalización, que no se da en la insatisfacción laboral. En este sentido parece que la insatisfacción laboral tiene una relación mayor con la falta de logro personal, siendo el burnout un constructo más amplio en el que podría estar insertada la insatisfacción laboral.

- d. **FATIGA.** Si bien es cierto que en el síndrome de burnout aparecen sentimientos de agotamiento, dos diferencias existen respecto a la fatiga: por un lado, la fatiga física no necesita mucho tiempo para la recuperación, y por otro lado, la fatiga producto de un esfuerzo físico es experimentada positivamente y está acompañada por sentimientos de logro y éxito. El burnout por el contrario, está acompañado por un profundo sentido de fracaso Pines (1982).
- e. **CRISIS EXISTENCIAL.** Se describe la neurosis existencial como el sentimiento de que no se tiene nada por lo que vivir ni nada que esperar. Para la mayoría de los profesionales quemados, el trabajo inicialmente proporcionaría ese sentido, suponiendo que ellos estaban puestos en la tierra para realizar ese trabajo. El burnout se caracteriza por afectar a personas que comenzaron en su trabajo pensando que lo que hacían era importante y que acaban quemándose cuando sienten que han fallado.
- f. **DEPRESIÓN.** Durup (1994), realizando un análisis discriminante, llega a la conclusión de que el burnout y la depresión son dos constructos relacionados, pero independientes, de manera que mientras que el burnout estaría relacionado con contextos específicos del trabajo, la depresión por otra parte afectaría a la actividad global de una persona, mientras que el burnout no interferiría necesariamente con otras áreas del funcionamiento de una persona.
- g. **INDEFESIÓN.** La exposición de un sujeto a condiciones incontrolables, genera déficits motivacionales, asociativos y emocionales que guardan alguna relación con el síndrome de estar quemado. El burnout, es específico de un contexto laboral que tiene como característica la relación de ayuda, mientras que la indefesión es aplicable a otro tipo de situaciones.
- h. **ESTRÉS.** Quizá sea el constructo con el que el burnout tenga mayores dificultades para deslindarse. El burnout tiene que ver con la respuesta de estrés que se da en un contexto laboral concreto, ya que mientras que el estrés es experimentado por aquellas personas que tienen una motivación expectativas y objetivos elevados, de manera que personas sin estas motivaciones iniciales experimentarían estrés laboral, pero no burnout. Otro elemento de distinción es que mientras que el estrés tiene efectos positivos y negativos, el burnout solo está asociado a efectos negativos.

Así pues, Ramos (2000) menciona que el burnout, entendido como un proceso, supone una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización), cognitivas (falta de realización personal en

el trabajo), y sociales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes-consecuentes, dentro del proceso más amplio de estrés laboral. Esta particularidad hace del síndrome de burnout algo diferente de esas otras respuestas al estrés (fatiga, ansiedad, depresión, etc.) que pueden ser considerados como estados del individuo.

No obstante, para diferenciar el burnout de otros constructos no conviene olvidar la multidimensionalidad del mismo, y que surge como un proceso progresivo y continuo dentro del contexto laboral.

3.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE BURNOUT

Comenta Alarcón (2001) que los autores no establecen una causa única para que se de el burnout, ni siquiera una sola dimensión, sino que se apela a una multicausalidad tanto de factores externos e internos que mediatizan la aparición del síndrome. El burnout es concebido como un proceso de estrés laboral específico de las personas que trabajan en la relación de ayuda, de manera que se produce una interacción entre las demandas que generan las distintas situaciones (naturaleza del medio) y los recursos disponibles del sujeto (características del sujeto).

Desde este punto de vista el burnout puede ser considerado como un trastorno de conducta que tiene un origen biopsicosocial, lo que implica que existe una vulnerabilidad a desarrollarlo motivada por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Desde la aparición del burnout en la literatura científica, el estudio del mismo comenta Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002) se ha desarrollado desde muchos puntos de vista y desde diversos niveles de análisis. Aunque han aparecido estudios que han mostrado el burnout desde una perspectiva clínica, parece claro que la mayoría de estudios son orientados más desde la Psicología Social y Psicología de las organizaciones. Por otra parte existen muchos estudios que describen el proceso de burnout desde un punto de vista teórico más basados en la descripción de correlaciones y muy pocos estudios longitudinales de tipo experimental que tengan como objetivo la intervención o la comparación de eficacia en intervenciones, o incluso para probar los modelos conceptuales.

En el artículo del análisis del síndrome de burnout elaborado por Alarcón (2001) observa como la conducta-problema (síndrome de burnout)

basándose en las teorías de aprendizaje y de la modificación de conducta, guarda una relación funcional con unos antecedentes y unos consecuentes y que puede estar mediatizado por unas variables del organismo que facilitan la aparición o no de las respuestas implicadas en el síndrome del burnout y que a continuación se describen.

ANTECEDENTES EXTERNOS

Son aquellos estímulos externos al individuo que preceden a la conducta y guardan una relación funcional con la misma.

En este caso se mencionaran los estresores habituales que ocurren en el ambiente laboral, encontrando por tanto elementos físicos del puesto de trabajo que guardan relación funcional con el nivel de burnout como las demandas estresantes del puesto o del papel que tenga que desempeñar el sujeto en el trabajo. De entre ellos se destacan los siguientes.

- a. Nivel de ruido. Minués (1995) Demuestra como niveles de ruido excesivo generan un aumento de los niveles de agotamiento emocional
- b. Contacto con personas. Savicki (1993) encontró que el nivel de contacto con los pacientes influía en los trabajadores. En grupos de contrato casi continuo encontró que el nivel de estructura y planificación era correlacionado negativamente con agotamiento emocional.
- c. Presión en el trabajo. Leiter y Harvie (1996) menciona que no disponer de tiempo suficiente para atender a los pacientes, aumenta la responsabilidad del mismo por parte de personas externas correlaciona con agotamiento emocional.
- d. Confort en el trabajo. Savicki (1993) nos dice que las variables físicas del trabajo principalmente que faciliten la comodidad y confort correlacionan con logro personal.
- e. Conflictos interpersonales. Posiblemente sea uno de los factores que mejor predicen la aparición del burnout (Richardsen, y cols. 1992). Se percataron como una variable, contacto con la gente, correlaciona con el agotamiento emocional. Si además la naturaleza de los contactos es aversiva, una mala calidad de los mismos influya facilitando la aparición de conductas asociadas al burnout.
- f. Sobrecarga en el trabajo. Siguiendo a Leiter (1991) tanto los conflictos como la sobrecarga del trabajo pueden ser considerados los estresores organizacionales que constituyen una de las mayores fuentes de demanda.

- g. Ambigüedad y conflicto de rol. Hace referencia a la falta de claridad que tiene un sujeto con respecto al papel que tiene que desempeñar en su trabajo. Esta incertidumbre lleva habitualmente a un confusiónismo y a conflictos interpersonales generados por las estructuras normativas de la organización (Buunk y Schaufeli 1993).
- h. Fuentes de estrés. Existen una serie de variables que dependen del estilo de vida que una persona siga (fuera del trabajo) por las demandas a que generan a una persona y que facilitan una mayor probabilidad de la aparición de las respuestas de burnout.

ANTECEDENTES INTERNOS

Los define Alarcón (2001) como aquellos cambios estimulares intraindividuales que preceden a la conducta y que guardan una relación funcional con la misma. El tipo de antecedentes internos los podemos dividir a su vez en fisiológico, motor y cognitivo lo que, desde el punto de vista funcional de la conducta, va a traer como consecuencia que un comportamiento que puede ser entendido como, según el esquema, conducta-problema pase según se analice a funcionar como antecedente de otra conducta problema.

VARIABLES DEL ORGANISMO

Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002) hacen referencia a aquellas variables que no son situacionales, no guardan una relación funcional directa e inmediata con la conducta, sino que dentro del análisis que podríamos realizar, funcionan como variables mediadoras del comportamiento, marcan los límites de la conducta de un individuo y podemos dividir las principalmente en:

Determinantes biológicas

El burnout se concibe a partir de un entramado formado por la interacción de variables biológicas y ambientales comenta Alarcón (2001). Actualmente está completamente asentada la idea de que las funciones biológicas juegan un papel en la formación de la conducta y que una desviación significativa de la misma puede llevar a una disfunción de la personalidad.

La influencia biológica esta facilitada por dos elementos básicos, herencia y factores maternos prenatales, mientras que existen otra serie de influencias sobre la conducta, los determinantes biológicos actuales, que estarían formados por posibles enfermedades de individuo así como por lesiones o accidentes que indudablemente van a suponer una fuente mediadora de la respuesta de estrés.

Edad

Cherniss (1982) y Maslach (1982) plantean que a medida que aumenta la experiencia los sujetos ganan en seguridad y experiencia en el trabajo y por tanto hay menor vulnerabilidad al estrés. Profesionales jóvenes muestran mayores índices de burnout.

Historia de aprendizaje

Hace referencia Alarcón (2001) a la experiencia que ha tenido el individuo a lo largo de su vida, experiencia tanto interna como externa y que condiciona o mediatiza las respuestas que puedan dar. Esta historia de aprendizaje da lugar a una serie de factores (variables del organismo) que mediatizan el que ante determinadas situaciones unos individuos resulten con niveles elevados de burnout, y otros en cambio, no.

Personalidad

Para Millon, T. (1993) la psicología de la personalidad ha de concebirse hoy día por la comprensión de cómo son los procesos psicológicos del sujeto, dentro del entramado funcional de las estructuras psicobiológicas del temperamento y el proceso de adquisición de creencias y valores del carácter, para llegar a una auto presentación de sí-mismo en la vida social.

Niveles sensorio-motores, cognitivos, afectivos, estilos de vida, creencias y valores conforman en distintas perspectivas de observación lo que el hombre es. También es importante lo que el hombre cree ser, su autoconcepto valorativo de individualidad comparada, pero el hombre tiene una idea acerca de lo que el cree que los demás creen que él es.

Los tres elementos constituyen las bases del hombre aparential y se convierten en elementos a estudiar del complejo mundo psicológico de la personalidad.

Estos tres elementos o estados, lo que es, lo que se cree ser, lo que creemos que los demás creen que somos, actúan mediante retroalimentación dando ajustes sistémicos que llevan a la comprensión del complejo individual, personalidad del sujeto.

En términos de aprendizaje corresponde a la historia de aprendizaje del sujeto. Según Alarcón (2001) la personalidad como factor mediador del burnout ha sido estudiada más ampliamente desde la perspectiva del llamado patrón de conducta tipo A que desde cualquier otro, posiblemente porque se han encontrado relaciones significativas con el burnout.

El patrón tipo A de conducta menciona Gil -Monte, P. R. (2005) se caracteriza por un comportamiento agresivo, competitivo, hostil, obsesionado por el tiempo, con necesidad de obtener muchos resultados en poco tiempo. El patrón de conducta tipo A está considerado un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares en individuos inicialmente saludables y por ende están más propensos a padecer burnout no solo por la autoexigencia y las prisas, sino también por el grado de implicación personal que los trabajadores con estas características tienen en sus tareas.

Lo que si parece claro es que aquellos individuos más dedicados y entusiastas en relación con el cometido del trabajo y la ejecución al comienzo de su vida profesional tienen mayor probabilidad de desarrollar el burnout.

3.2 CONSECUENCIAS PROVOCADAS POR EL SINDROME DE BURNOUT

Blanch, Aluja, y Biscarri, J. (2002) mencionan que al ser el burnout un síndrome relacionado fundamentalmente con estrés laboral, va a tener repercusiones no solo en el trabajador, sino también en la empresa. Los trabajadores quemados van a llevar a cabo comportamientos negativos hacia su empresa, hacia la organización o hacia parte de ella, el deterioro de las actitudes y conductas laborales repercute directamente sobre empeoramiento de los servicios prestados a los usuarios. Este síndrome tiene por tanto, consecuencias directas para el propio individuo y para la organización, hasta tal punto, que como señalan Gil-Montes y Peiró (1997) diversos autores comentan que hay que hablar, más que de trabajadores, de organizaciones afectadas por el burnout.

Alarcón (2001) en su artículo análisis del síndrome de burnout hace una breve reseña histórica de cómo afecta el desgaste profesional al individuo, y se menciona a continuación:

- En el primer trabajo de Freudemberger (1974), señaló que los sujetos afectados por el burnout mostraban sensación de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para enfadarse, se frustraban con frecuencia y les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente y se vuelven suspicaces hasta el punto de rayar en paranoia y omnipotencia.
- Edelwisch y Broadsky (1980) observaron que los trabajadores con burnout facilitaban un deterioro y deshumanización de la calidad de los servicios.
- Jones (1981) observó la asociación entre el burnout y un elevado número de errores en el trabajo, negligencia respecto a las normas de la organización y comportamiento más deshumanizado.
- Maslach (1982) comenta que las consecuencias del burnout no terminan en el lugar de trabajo sino que afectan a la vida personal del trabajador, en sus relaciones familiares, de pareja, realización de actividades domésticas y de ocio, etc.
- Golembiewski y cols (1988) encontraron un conjunto de síntomas agrupados en 4 factores: agitación y debilitamiento, problemas cardiovasculares, dolores y problemas de sueño. Encontraron que las tres dimensiones del burnout correlacionaban con los síntomas, pero había una relación más fuerte especialmente con la escala de agotamiento emocional.
- Firth y cols. (1987) observaron como característica de este síndrome las actitudes negativas hacia los clientes y hacia el propio trabajo, absentismo, uso de alcohol y otras drogas, pesimismo, apatía, baja motivación e implicación laboral, irritabilidad hacia los compañeros y sus usuarios, culpabilizar a otros de sus fracasos, etc.
- Brown (1987) afirma que cuando los trabajadores de una organización están afectados por el burnout, esto afecta también a los clientes y a las organizaciones.
- Landsbergis (1988) también encuentra evidencia de la relación entre el burnout y sintomatología somática.
- Hare y cols (1988) centrándose en enfermeras, observa que el burnout es un problema que afecta, tanto a las organizaciones y pacientes como al trabajador. Esto viene dado por un incremento en los costos y deterioro en la calidad de la asistencia sanitaria.

- Koeske y Koeske (1989) muestran en un estudio como la realización personal en el trabajo puede funcionar como un amortiguador del burnout, de manera que, sujetos con elevadas puntuaciones en dicha escala no informan de intención de abandonar la organización, mientras que si muestran la intención sujetos con bajas puntuaciones.
- Firth y Britton (1989) obtienen en una muestra de profesionales de enfermería una amplia relación entre el agotamiento emocional y el número de faltas en el trabajo.
- Alvarez y Fernández (1991) plantean que las consecuencias encontradas en el síndrome de burnout se pueden agrupar por áreas:

PSICOSOMÁTICAS	CONDUCTUALES	EMOCIONALES	DEFENSIVOS
Fatiga crónica, dolores de cabeza frecuentes, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en mujeres, pérdida de ciclos menstruales.	Absentismo laboral abuso de drogas, aumento de conductas violentas, comportamiento de alto riesgo.	Distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.	Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.

- Anders y Kanaipak (1992), encuentran en una muestra de enfermeras japonesas que éstas abandonan el trabajo para poder casarse como consecuencia de las condiciones laborales.
- Buunk y Scchaufelli (1993) nos hacen ver la posibilidad de que el burnout se extienda entre los trabajadores por una especie de "contagio emocional" ya que una vez que estos síntomas se han

instaurado en algunos trabajadores, se puede extender a todo el equipo.

- Lee y Ashforth (1993) comentan como este deterioro progresivo que se produce en la afectividad del trabajador puede ser debido fundamentalmente a que los profesionales que comienzan en estas carreras con un fuerte sentido de compromiso y sacrificio, pero las exigencias laborales van mermando las capacidades hasta que llegan a estar quemados.
- Oliver (1993) obtiene en una muestra de maestros que la despersonalización es la única dimensión que presenta alteraciones psicosomáticas.
- Gil-Monte y Peiró (1997) presentan una taxonomía sobre los principales síntomas encontrados en la literatura para los que se han obtenido una evidencia correlacional con respecto al burnout.

Este impacto afecta, también según estos autores a varios niveles. Si se estudia según las consecuencias que tiene el individuo, el burnout tendrá efectos sobre la salud (manifestaciones psicosomáticas) y sobre las relaciones interpersonales extralaborales, mientras que si se realiza un estudio de las consecuencias sobre la organización, el burnout afecta generando una baja satisfacción laboral, con una propensión del individuo a abandonar la organización, con absentismo laboral y con un deterioro de la calidad de servicio de las organizaciones.

3.3 INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT

Para Blanch, Aluja, y Biscarri (2002) está claro que los ambientes de trabajo con demandas abrumadoras crónicas y con presiones de tiempo ponen a los empleados en alto riesgo de burnout. De manera que las intervenciones que intentan reducir el burnout deben estar enfocadas tanto al individuo como al trabajo.

Una combinación de manejo del estrés, entrenamiento en habilidades y diseño del trabajo parece ser el camino más prometedor para prevenir o reducir el desarrollo del burnout.

En algún momento de la vida profesional menciona Alcover (2004) puede aparecer el estrés, y esto supone un riesgo, lo importante es su conocimiento, asumir sus limitaciones y pedir ayuda cuando la persona se sienta desbordada. Enseguida se mencionan algunos puntos que debemos llevar a cabo cuando nos sentimos estresados:

1. Detenerse y hacer unas cuantas respiraciones profundas.
2. Admitir que nos sentimos desbordados. El reconocimiento de nuestros sentimientos es un paso importante para enfrentarnos a ellos.
3. Mantener un sentido de la perspectiva. Si hemos vivido esta situación anteriormente y hemos sobrevivido, esta vez también.
4. Hacer una lista mental de las tareas a realizar y colocarlas en orden de prioridad, teniendo en cuenta las más urgentes.
5. Completar una tarea cada vez, intentando pensar únicamente en la que estamos realizando en ese momento, pensar en todo lo demás roba tiempo y energía que necesitaremos para la tarea que tenemos entre manos. Si surge una nueva, la colocaremos por orden de prioridad. Un signo de profesionalidad es la flexibilidad.
6. Planificar para ahorrar tiempo. No hay que subestimar el valor de tomar rutinariamente ciertas precauciones. Hay que comprobar nuestros recursos para utilizarlos con eficiencia.

Pedir ayuda a los compañeros o al jefe. Hay que admitir que muchas veces no se puede hacer las cosas solo. Se tiene que aprender a pedir ayuda.

Estrategias organizacionales para la prevención:

- Programas para la prevención del burnout.
- Evaluación y retroinformación, desde la dirección de la empresa, supervisión, etc.
- Mejorar el ambiente de trabajo y clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces.
- Rediseño del puesto de trabajo.
- Aumentar la recompensa a los trabajadores.
- Establecer líneas claras de responsabilidad.
- Mejorar las redes de comunicación organizacional.
- Fomentar el apoyo social por parte de compañeros y supervisores.
- Implantación de canales de ayuda, búsqueda de apoyo, compartir información.

Landy (2005) comenta que los psicólogos cardiacos encontraron que el patrón Tipo A de conducta puede disminuir su estrés y predisposiciones si dejan de lado a) su enfoque obsesivo por el tiempo y b) el enojo y hostilidad que ocurre cuando se les retrasa en algo. La reestructuración cognoscitiva es una parte importante en la reducción del estrés que este patrón Tipo A

de conducta siente, y es por ello que el programa involucra los siguientes ejercicios conductuales diseñados para ellos:

1. Hablar y caminar más lento.
2. Quedarse en la mesa después de comer, evitar apresurarse en el almuerzo cuando se está trabajando.
3. Practicar hacer o pensar una sola cosa a la vez.
4. Practicar escuchar sin interrumpir.
5. Conducir en uno de los carriles de baja velocidad.
6. Esperar en una fila larga y usar su mente de manera creativa para aprovechar la espera.
7. No usar reloj.
8. Practicar ejercicios de meditación y relajación.
9. Escuchar música suave por 30 minutos y no hacer nada más.

Estos ejercicios son difíciles para este patrón de conducta y tal vez para cualquiera, sin embargo los ataques cardiacos tienen una manera graciosa de cambiar las preferencias y los patrones de comportamiento. La gente que ha tenido o ha estado en alto riesgo de tener ataques cardiacos hace cambios dramáticos en su estilo de vida, menciona Alcover (2004) que pierden peso, cambian su dieta, comienzan a hacer ejercicios y se tranquilizan. Desafortunadamente, es necesario un evento catastrófico para motivar al cambio.

El futuro de la investigación y la práctica sobre burnout comenta Landy (2005) se enfocará en varios aspectos. Primero, la mayoría de las investigaciones utilizan diseños transversales en los que las medidas de estresores y del burnout son recolectadas al mismo tiempo. La investigación futura deberá vincular el burnout con resultados objetivos sobre la salud y el trabajo utilizando diseños longitudinales, en los que las medidas de resultados objetivos sobre la salud y el trabajo utilizando diseños longitudinales, en los que las medidas de resultados de línea base y de burnout sean evaluados en un punto en el tiempo, seguidas por medidas objetivas de resultados en un momento posterior (por ejemplo; ausentismo, impuntualidad, índices fisiológicos de salud). Segundo, los investigadores necesitan relacionar las tres dimensiones del burnout.

3.4 RESUMEN

Este capítulo se ha dedicado como primer punto a definir el síndrome de burnout en base a diferentes autores. Buendía y Ramos (2001) consideran que el síndrome de burnout puede tener resultados muy negativos tanto para el sujeto que lo padece como para la organización en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas, por ejemplo: alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc., o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto y por tanto deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo.

En general se acepta que las dimensiones que contribuyen a delimitar el constructo en base a Buendía y Ramos (2001) son el cansancio emocional, en donde el individuo presenta un situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo, el siguiente es la despersonalización manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personal (clientes, pacientes, alumnos, etc.), y por último la falta de realización personal caracterizada por respuestas negativas hacia si mismos y el trabajo, se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Como segundo punto se mencionan los factores que influyen en el síndrome de burnout los cuales se dividen en antecedentes internos y externos, para ello Alarcón (2001) comenta que los autores no establecen una causa única para que se de el burnout, ni siquiera una sola dimensión, sino que se apela a una multicausalidad tanto de factores externos e internos que mediatizan

la aparición del síndrome. El burnout es concebido como un proceso de estrés laboral específico de las personas que trabajan en la relación de ayuda, de manera que se produce una interacción entre las demandas que generan las distintas situaciones (naturaleza del medio) y los recursos disponibles del sujeto (características del sujeto).

Como tercer punto se menciona una breve reseña histórica de cómo afecta el desgaste ocupacional al individuo desde el primer trabajo realizado por Freudemberger en 1974 hasta investigaciones recientes.

Posteriormente se agrupa por áreas las consecuencias encontradas en el síndrome de burnout para determinar la forma en que estas afectan al individuo psicossomática, conductual, emocional y defensivamente.

Como último punto se menciona la manera en que se puede intervenir para reducir el desgaste ocupacional por medio de estrategias individuales y organizacionales, y la forma en que investigaciones y prácticas posteriores se llevarán a cabo ya que el futuro de la investigación y la práctica sobre burnout comenta Landy (2005) se enfocará en varios aspectos. Primero, la mayoría de las investigaciones utilizan diseños transversales en los que las medidas de estresores y del burnout son recolectadas al mismo tiempo. La investigación futura deberá vincular el burnout con resultados objetivos sobre la salud y el trabajo utilizando diseños longitudinales, en los que las medidas de resultados objetivos sobre la salud y el trabajo utilizando diseños longitudinales, en los que las medidas de resultados de línea base y de burnout sean evaluados en un punto en el tiempo, seguidas por medidas objetivas de resultados en un momento posterior (por ejemplo; ausentismo, impuntualidad, índices fisiológicos de salud). Segundo, los investigadores necesitan relacionar las tres dimensiones del burnout.

CAP 4 TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

4.1 SURGIMIENTO DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Oblitas, G. (2004) hace una breve síntesis sobre el origen de la medicina psicosomática citando a una serie de autores para dar a conocer lo que estos han aportado con sus investigaciones.

Primeramente el concepto de psicogénesis resurge con las aportaciones del fisiólogo Claude Bernard que en su teoría del medio interior del cuerpo, sostienen que éste siempre tiende a mantener el equilibrio, cuya perturbación trae aparejada la enfermedad y la muerte. Este investigador reafirmó la idea de la importancia de los factores psicológicos en las alteraciones físicas.

También Freud revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad, en su teoría acerca de las emociones, afirma que las que no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas, postulado que subyace a sus estudios clásicos de la histeria de conversión.

Freud elabora la primera formulación teórica sobre la alteración psicosomática. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga. Además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico. El histérico desplazaría la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico.

En este sentido Chiozza (1998) menciona que en Freud se delinearán dos enfoques epistemológicos distintos.

Uno, más explícito, según el cual lo somático y lo psíquico existen de por sí, más allá de la conciencia, aparece muchísimas veces en la obra de Freud. Por ejemplo, cuando habla de la excitación endosomática que "se transforma" en psíquica, o cuando, en su artículo sobre "La perturbación psicógena de la visión" distingue entre las perturbaciones (que denomina psicógenas) que el órgano sufre como producto de su necesidad de simbolizar una fantasía inconsciente, y otras perturbaciones (que denomina neuróticas) que ocurren a raíz de que una función fisiológica es investida por una fantasía inconsciente.

Allí se ve bien claramente que el Freud toma a lo somático como algo que existe más allá de la conciencia, como a una realidad independiente de la conciencia, y que toma a lo psíquico también como existente de por sí.

Ese no es sin embargo el Freud de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Hay implícita en esa hipótesis otra epistemología que, precisamente, lo condujo a realizar gran parte de sus descubrimientos. Una manera de pensar que lo llevó, contra el consenso de su época, a interpretar los sueños como fenómeno psíquico y no como un epifenómeno somático, y también a interpretar los fenómenos somáticos de la histeria como el jeroglífico de un lenguaje arcano que podía ser comprendido en su sentido.

En esa segunda epistemología freudiana, somático es lo que tiene la capacidad de ser percibido, lo que entra a la conciencia a través de los cinco sentidos, de los órganos sensoriales, y psíquico lo que posee significado.

Chiozza (1998) dice que al colocarse en esta epistemología, si se piensa que más allá de la conciencia lo inconsciente no es somático ni psíquico, sino que, sencillamente, somático y psíquico son modos, categorías que la conciencia construye y aplica a lo que en ella penetra.

En los treinta, la medicina psicosomática resurgió, en parte, debido al desarrollo del psicoanálisis, y por otra parte, al surgimiento de conceptos holísticos como el de psicobiología de Meyer (1866-1950) que proponía que el ser humano debía ser estudiado en su totalidad, tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la integración de cuerpo y mente.

Por su parte, Graham (1958-1972) afirmó que la evaluación de las actitudes hacia la vida permitiría predecir el tipo de enfermedad psicosomática. Este investigador estudió las actitudes de los individuos antes de la aparición de los síntomas y cuando éstos empeoraban. Su planteo teórico no ha podido comprobarse.

Alexander en 1950 sostenía la noción de que enfermedades específicas estaban asociadas con conflictos nucleares específicos. Esta teoría es dominante en el enfoque psicosomático hasta los sesenta. Además, afirmaba que, por ejemplo, la cólera reprimida constituye el conflicto subyacente a la hipertensión; que un sentimiento inconsciente de hostilidad está ligado a trastornos cardiovasculares, en general; que necesidades inconscientes de dependencia están asociadas con alteraciones gastrointestinales (úlceras, por ejemplo) y a alteraciones respiratorias (tales como el asma).

Oblitas (2004) menciona que esta teoría dió una explicación lineal y simple a las alteraciones fisiológicas, por lo cual actualmente no es aceptada, aunque aún siguen vigentes algunas de sus ideas con relación a emociones específicas asociadas con los trastornos hipertensivos, tales como la cólera reprimida y la hostilidad.

Benavides (2000) considera que la medicina psicosomática, que se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgió para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional. El psicoanálisis jugó un papel importante en el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad, pues elaboró un enfoque psicobiológico más integrativo.

A finales de los cincuenta el campo de la psicosomática sufrió una crisis debido a la reacción contraria al enfoque psicoanalítico. Esta perspectiva se dejó de lado debido a su debilidad metodológica, a las limitaciones de los datos clínicos sobre los cuales se desarrolló y a sus razonamientos teóricos circulares, así como a sus sobregeneralizaciones para explicar las alteraciones clínicas.

A partir de 1965 se produce un cambio definido en la orientación del enfoque psicosomático, se elaboran metodologías y técnicas más eficaces para abordar estas alteraciones, cuyos objetivos eran:

1. Estudiar factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano.
2. Una aproximación holística a la práctica de la medicina.
3. Una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

Wolf, que en 1953 publicó *Estrés y enfermedad*, cita Ridruejo (1997), trabajo con el cual colaboró para salvar el campo de la psicosomática del decrecimiento en que había caído, se adhirió al método científico y se centró en emociones conscientes más que en inconscientes en las alteraciones somáticas, a diferencia de la perspectiva psicoanalítica dominante.

Se comenzó a usar el término alteraciones psicofisiológicas más que alteraciones psicosomáticas. (Aunque ambos son indistintos, el primero está más ligado al enfoque científico cognitivo-conductual).

Una formulación más actualizada y rescatable, comenta Benavides (2000) desde el punto de vista psicodinámico, la constituye el concepto de alexitimia.

4.2 ALEXITIMIA

Este concepto, que se elaboró desde el campo psicodinámico y se aplicó a las alteraciones llamadas psicósomáticas, tiene implicaciones importantes con relación a la problemática mente-cuerpo.

Etimológicamente, el vocablo significa "sin palabras para los efectos". Sifneos definió a la alexitimia como la incapacidad para identificar y expresar emociones.

León, J. (2004) cita a Nemiah el cual menciona que la personalidad alexitímica se caracteriza por:

1. Incapacidad para describir los afectos verbalmente.
2. Falta significativa de fantasía.
3. Incapacidad para hacer cambios psicológicos significativos en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

Se supone que este déficit es el principal causante de las alteraciones psicósomáticas.

La incapacidad para reconocer afectos y expresarlos en palabras conduce a los individuos a focalizar y exagerar el componente somático, presente en toda experiencia emocional, lo cual podría explicar la tendencia hacia las quejas somáticas funcionales de los individuos alexitímicos y su incrementada susceptibilidad a la enfermedad física.

De acuerdo con Fernández (2000) se puede conceptualizar a este rasgo como una alteración de la personalidad en la cual se diferencian tres tipos de trastornos: cognitivos, afectivos y de las relaciones interpersonales. El primer tipo se refiere a un estilo de pensamiento operatorio, pragmático y detallista, dificultades para simbolizar y utilización de símbolos como signos.

El segundo tipo se refiere a la dificultad de verbalizar emociones y diferenciarlas de las sensaciones corporales y actuaciones impulsivas, y en lo que respecta al tercer tipo, las relaciones interpersonales, el trastorno implica, básicamente, una alteración de la empatía.

4.3 TRASTONO DE SOMATIZACIÓN

En base al DSMIV la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos.

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej; tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años. Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica. La exploración física o las pruebas de laboratorio. Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (p. ej; cabeza, abdomen, espalda articulaciones, extremidades, tórax, recto) o con diversas funciones (p. ej; menstruación, coito, micción). Asimismo. Al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor.

La mayoría de los individuos con este trastorno refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, la diarrea y la intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a múltiples exámenes radiográficos, pudiendo llegar incluso a comportar intervenciones quirúrgicas que a posteriori se demuestran totalmente innecesarias. A demás debe haber una historia de al menos un síntoma sexual o reproductivo, además de dolor. En las mujeres se pueden presentar menstruaciones irregulares, menorragias o vómitos durante el embarazo, en los hombres, disfunción eréctil o eyaculatoria. Tanto los hombres como las mujeres pueden presentar indiferencia sexual.

Finalmente, debe haber una historia de al menos un síntoma distinto al dolor, que sugiere la presencia de un trastorno neurológico (síntomas de conversión tales como coordinación o equilibrio alterados, parálisis o debilidad muscular, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, sensación de dolor o de pérdida de tacto, diplopía, ceguera, sordera o convulsiones; síntomas disociativos como amnesia: o pérdida de conciencia distinta del desmayo). Finalmente, los síntomas no explicados del trastorno de somatización no son simulados o producidos intencionadamente.

4.3.1 SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, pero muy a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que, para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevadas a cabo.

Estos enfermos son visitados frecuentemente por varios médicos a la vez, lo que puede conducir a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Pueden existir asimismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas. El consumo habitual de fármacos puede conducir a efectos indeseables o a trastornos relacionados con sustancias. Estos enfermos son muy a menudo sometidos a múltiples exámenes médicos, a pruebas diagnósticas, a cirugía y a hospitalizaciones, lo que supone un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos. El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización, como asimismo lo están los trastornos de la personalidad histriónica, límite y antisocial.

4.3.2 PATRÓN FAMILIAR

Se ha observado que el 10-20 % de las mujeres de primer grado de estos enfermos presentan trastorno de somatización. Los familiares hombres de las mujeres con este trastorno tienen un mayor riesgo a padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias. Los estudios realizados en personas adoptadas indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización. El hecho de tener padres biológicos o adoptivos que presenten alguno de estos trastornos aumenta el riesgo de aparición del trastorno antisocial de la personalidad, del trastorno relacionado con sustancias o de trastorno de somatización.

4.3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El cuadro clínico del trastorno de somatización es habitualmente inespecífico y puede solaparse con muchas enfermedades médicas. Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica:

- 1) Afectación de múltiples órganos.
- 2) Inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales.
- 3) Ausencia en las pruebas de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas. Aun así es necesario descartar las enfermedades médicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples.

Además, el trastorno de somatización no impide que los individuos padezcan otras enfermedades. Los hallazgos de tipo objetivo deben evaluarse sin prestar excesiva atención a las quejas subjetivas. El inicio de múltiples síntomas físicos en etapas avanzadas de la vida se debe prácticamente siempre a la presencia de una enfermedad médica.

Algunas veces es muy difícil distinguir los trastornos de ansiedad y el trastorno de somatización. En el trastorno de angustia se presentan asimismo múltiples síntomas somáticos, pero estos se producen principalmente durante la crisis de angustia. No obstante, el trastorno de angustia puede coexistir con el trastorno de somatización, y si los síntomas somáticos aparecen fuera de la crisis, deben establecerse ambos diagnósticos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden

manifestar muchos síntomas físicos asociados a su trastorno, pero la ansiedad y las preocupaciones no se limitan a estos síntomas.

Los individuos con trastornos del estado de ánimo, especialmente con trastornos depresivos, pueden presentar síntomas de tipo somático, habitualmente cefaleas, alteraciones digestivas o dolor no explicado. Los individuos con trastorno de somatización presentan síntomas físicos de manera recurrente y durante la mayor parte de su vida, independientemente de su estado de ánimo, mientras que los síntomas de los enfermos con trastornos depresivos se limitan a los períodos en los que el individuo se encuentra deprimido. Las personas con trastorno de somatización también presentan a menudo síntomas de tipo depresivo. Cuando se cumplen los criterios para el trastorno de somatización y para el trastorno del estado de ánimo, hay que establecer ambos diagnósticos.

Por definición del DSMIV, todos los individuos que padecen trastorno de somatización tienen historia de dolor, síntomas sexuales y síntomas de conversión o disociativos.

Tabla 4.1.5 Criterios

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN
<p>A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:</p> <p>(1) <i>Cuatro síntomas dolorosos:</i> historia de dolor relacionada con al</p>

menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej; cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción.

- (2) *Dos síntomas gastrointestinales:* historia de al menos dos síntomas gastrointestinales, distintos al dolor (p. ej; náuseas, distensión abdominal vómitos no durante el embarazo, , diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
- (3) *Un síntoma sexual:* historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej; indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)
- (4) *Un síntoma seudoneurológico:* historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia, o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

- (1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej; drogas o fármacos)
- (2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados a diferencia de los que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación.

Fuente tomada del DSMIV

4.4 REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Tomando en cuenta a la CIE-10 esta categoría se diferencia de otras porque incluye trastornos no sólo identificables por los síntomas y el curso, sino también por la existencia de uno u otro de los dos factores causales siguientes: un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo, o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Los trastornos agrupados en esta categoría se suponen siempre una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y preponderantes, y en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. De esta forma, los trastornos de esta sección han de considerarse como una respuesta mal-adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamiento satisfactorios y, por lo tanto, llevan un deterioro del funcionamiento social.

4.4.1 REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO

Se trata de un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que permite normalmente en horas o días. En la aparición y gravedad de las reacciones a estrés agudo juegan un papel la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento individuales. Los síntomas muestran un cuadro típicamente mixto y cambiante, e incluyen un estado inicial de embotamiento con alguna reducción del campo de conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar los estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de las circunstancias o a un estado de agitación e hiperactividad. Con frecuencia están presentes signos autonómicos de ansiedad (taquicardia, sudoración, rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante, y desaparecen en dos o tres días (a menudo en pocas horas). Puede haber amnesia parcial o completa para el episodio. Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico.

4.4.2 TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

En base a la CIE-10 Surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresantes de duración breve o prolongada de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona. Los

factores de predisposición tales como rasgos de personalidad o el antecedente de una enfermedad neurótica previa pueden disminuir el umbral para el desarrollo del síndrome o agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para explicar que se produzca. Las características típicas incluyen episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos, sueños o pesadillas, que se producen en el trasfondo persistente de una sensación de aturdimiento y embotamiento emocional, de desapego de los demás, falta de respuesta al entorno, anhedonia y de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suele haber un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Junto a estos síntomas y signos, con frecuencia se asocian síntomas depresivos y ansiosos, y no es infrecuente la ideación suicida. El inicio del trastorno sigue el trauma con un período de latencia que puede variar de pocas semanas a meses. El curso es fluctuante, pero en la mayoría de los casos puede esperarse la recuperación. En una pequeña proporción de los casos el trastorno puede seguirse de un curso crónico de muchos años, con una eventual transición a una transformación persistente de la personalidad.

4.4.3 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Se trata de estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividad sociales, que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo (experiencias, separación, duelo) o el amplio sistema de soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o puede haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis (inicio de la etapa escolar, maternidad o paternidad, fallo en alcanzar una meta personal preciada, jubilación). En el riesgo de aparición y en la forma de las manifestaciones de los trastornos de adaptación juegan un papel importante la predisposición individual o la vulnerabilidad; sin embargo, se asume que el trastorno no hubiera aparecido en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones son variables e incluyen humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de estos); sentimiento de incapacidad para afrontar, planificar el futuro o continuar en la situación presente, así como cierto grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria. Una característica asociada pueden ser los trastornos disociales, particularmente en

adolescentes. La manifestación predominante puede ser una reacción depresiva breve o prolongada, o una alteración de otras emociones y de la conducta.

4.5 RESUMEN

En este capítulo se abordan los trastornos somatomorfos en base primeramente al DSMIV donde la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos.

Se mencionan a su vez síntomas y trastornos asociados, dependientes de la cultura y el sexo, patrón familiar, etc., posteriormente se incluye el diagnóstico diferencial donde el cuadro clínico del trastorno de somatización es habitualmente inespecífico y puede solaparse con muchas enfermedades médicas. Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica:

1. Afectación de múltiples órganos.
2. Inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales.
3. Ausencia en las pruebas de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas. Aun así es necesario descartar las enfermedades médicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples.

Sin embargo para evitar confusiones de si la persona presenta o no el trastorno de somatización existen criterios para determinar el diagnóstico.

Posteriormente se mencionan las reacciones que se presentan ante el estrés grave y trastornos de adaptación basándonos para ello en la CIE-10 en la cual esta categoría se diferencia de otras porque incluye trastornos no sólo identificables por los síntomas y el curso, sino también por la existencia de uno u otro de los dos factores causales siguientes: un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo, o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Los trastornos agrupados en esta categoría se suponen siempre una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y preponderantes, y en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. De esta forma, los trastornos de esta sección han de considerarse como una respuesta mal-adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamiento satisfactorios y, por lo tanto, llevan un deterioro del funcionamiento social.

Considero que este capítulo es muy importante porque muestra todo en torno a los trastornos de psicósomáticos, ya que resultan difícil de catalogarse como tal debido a que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental a pesar de que la característica común sea la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad, es por ello que existen criterios que determinan si la persona presenta o no dicho trastorno y las reacciones que pueden manifestarse, en estos casos, dicha descripción se hace con la finalidad de otorgar un posible tratamiento a la persona que lo padece en base a la sintomatología que presenta.

Sin embargo no es necesario presentar todo un cuadro de trastorno de somatización para diagnosticar que la persona lo padece, en el momento que

se manifiesta alguna alteración física acompañada de algún malestar emocional es síntoma de que el individuo no se encuentra bien y de cualquier manera tiene que atenderse para que su organismo se mantenga en equilibrio y logre un buen funcionamiento, y al llevar a cabo las medidas necesarias no se tendrá que padecer este trastorno siempre y cuando cuidemos nuestra salud física y mental.

MÉTODO

1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El objetivo que se pretendió alcanzar en esta investigación fue conocer, estudiar y analizar, la posible relación entre aspectos psicosomáticos y desgaste ocupacional y en base a ello se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe alguna relación entre desgaste ocupacional y aspectos psicosomáticos como parte de la validación del instrumento?

La pregunta anteriormente planteada tiene lugar debido a las numerosas investigaciones que se han realizado en el mundo laboral ya que la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo.

Es sumamente relevante todo en torno a este problema el cual se va generando poco a poco al tratar de responder a las fuertes demandas laborales, sociales, familiares, en fin, que al no ser resueltas satisfactoriamente o incluso resolviéndolas provocan estragos en la salud, y es por ello que resulta interesante basar una investigación partiendo de este problema.

2 HIPÓTESIS

Ho: No existe relación entre el desgaste ocupacional y los aspectos psicosomáticos.

Ha: Si existe relación entre el desgaste ocupacional y los aspectos psicosomáticos.

3 VARIABLES

VI: Desgaste ocupacional

VD: Aspectos psicosomáticos

4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable Independiente: Desgaste ocupacional.

Mencionan Rodríguez (2004), que el burnout puede definirse como una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales asociados al puesto de trabajo; puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento disfuncional cuya prolongación en el tiempo deriva en consecuencias negativas para la salud y el bienestar del trabajador y para la eficacia de la organización.

Variable Dependiente: Aspectos psicossomáticos

En base al DSMIV los trastornos psicossomáticos son la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

5 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Tanto la variable dependiente como la independiente fueron medidas por la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Dicha escala está compuesta por 5 dimensiones los cuales se describen a continuación:

1. **Agotamiento.** Se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el cansancio, la fatiga, etc. Se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
2. **Despersonalización.** Manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.).
3. **Insatisfacción.** Se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial, esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.
4. **Psicossomático.** Las cuales se manifiestan en el sujeto afectando su salud física y/o mental por ejemplo; alteraciones

cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc, o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.

5. **Apoyo social.** Se define como la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica. Permite al individuo sentirse querido y cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones. (Ramos, 1999)

De las dimensiones anteriormente citadas el DR. Jesús Felipe Uribe y colaboradores (2006) realizaron los reactivos que conforman dicho instrumento, los cuales se midieron por medio de tres escalas, opción múltiple, escala lickert y diferencial semántico.

6 SUJETOS

En dicha investigación participaron 100 sujetos.

- Mayores de edad
- Que se encontraran laborando.

7 MUESTREO

El muestreo con el que se llevó a cabo dicha investigación fue no probabilístico accidental o por conveniencia, ya que se desconoce la probabilidad específica que tiene cualquier miembro en particular de ser elegido.

La razón de utilizar este tipo de muestra es porque la investigación se realizó para estudiar las relaciones entre variables y no para medir con precisión valores poblacionales, como menciona Arias (2001).

8 TIPO DE ESTUDIO

En dicho estudio se llevó a cabo una investigación descriptiva, ex post facto, exploratoria ya que la finalidad de este fue en lugar de predecir, descubrir variables significativas en escenarios de campo, así como la relación que pueda existir entre variables y establecer la base para una prueba de hipótesis posterior, más sistémica y rigurosa.

Fue un diseño no experimental ya que no hubo manipulación de variables.

9 PROCEDIMIENTO

Se aplicó el cuestionario "Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional", (EMEDO Uribe y colaboradores en proceso), la aplicación del instrumento se realizó de manera individual en el área de trabajo de cada sujeto, el tiempo aproximado para contestar el cuestionario fue de hora y media, y constaba de un cuadernillo de preguntas y uno de respuestas.

A continuación se presentarán los resultados donde se incluyen las tablas de los datos sociodemográficos personales, laborales, sobre el estilo de vida, y datos de factores psicosomáticos, se mostrará también el análisis de correlación entre los 5 factores de burnout y variables sociodemográficas, este análisis se llevó a cabo con la finalidad de conocer el grado de asociación entre las variables sociodemográficas y el constructo de estudio, se aplicaron correlaciones producto momento de Pearson. Para saber si existían diferencias entre el desgaste profesional y las variables sociodemográficas, se realizó el análisis de varianza entre las variables sociodemográficas significativas y los 5 factores que conforman al síndrome de burnout, para determinar las diferencias que puedan darse entre dos o mas grupos de datos independientes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1 RESULTADOS

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

A continuación se mostrarán las tablas 1, 2 y 3 en las cuales se describen los datos sociodemográficos de los sujetos estudiados.

En la tabla 4 se describen las características de los factores psicosomáticos, así como el porcentaje de la población estudiada que los padece.

Tabla 1. Variables personales

DATOS PERSONALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Edad	18 - 30	33%
	31 - 40	37%
	41 - 50	21%
	51 - 66	9%
Sexo	Masculino	52 %
	Femenino	48%
Estado civil	Con pareja	70%
	Sin pareja	30%
Escolaridad	Primaria	3%
	Secundaria	17%
	Bachillerato	27%
	Licenciatura	40%
	Postgrado	4%
	Otro	9%
Hijos	Con hijos	62%
	Sin hijos	38%

Tabla 2. Variables sociolaborales

DATOS LABORALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
-----------------	-------------	------------

Tipo de puesto	Operativo Medio Ejecutivo	54% 32% 14%
Tipo de trabajo	Empleado Comerciante Empresario Prof. Independiente Otro	76% 12% 3% 2% 7%
Contacto con usuarios	Directo Indirecto	83% 17%
N. de trabajos actuales	Uno Dos Tres	84% 14% 2%
Act. En un día	Una Dos Tres Más de tres	16% 43% 29% 12%
Horas laboradas	4-7 8-11 12-15	10% 76% 14%
N. total de empleos	1-3 4-6 7-9	48% 42% 10%
N. ascensos	1-3 4-6 7-9 10-12	62% 28% 6% 4%
Tipo de organización	Privada Pública	61% 39%
Tipo de contrato	Obra determinada Tiempo determinada Tiempo indefinido	4% 29% 67%
Personas a cargo	Si No	36% 64%
N. personas a cargo	1-3 4-6 7-9 Más de 9	22% 4% 2% 8%

Tabla 3. Variables sobre el estilo de vida

DATOS SOBRE ESTILO DE VIDA	Frecuencias	PORCENTAJE
Tomar medicamentos	Si	23%

	No	77%
Intervención quirúrgica	Si	38%
	No	62%
Fumar	Si	35%
	No	65%
N. cigarros al día	1-3	14%
	4-6	10%
	7-9	4%
	10-12	7%
Frecuencia de ingerir alcohol	Nunca	11%
	Una vez al año	8%
	Dos veces al año	25%
	Una vez al mes	33%
	Una vez a la semana	21%
	Todos los días	2%
Hacer ejercicio	Si	51%
	No	49%
N. horas semanales	1-3	13%
	4-6	27%
	7-9	11%
Religión	Si	57%
	No	43%
¿Qué Religión?	Católica	52%
	Cristiana	5%
Devoto	Poco	65%
	Mucho	25%
Preferencia Política	Si	46%
	No	54%
Tipo de preferencia política	Derecha	20%
	Centro	14%
	Izquierda	12%
Involucrado en la política	Poco	75%
	Mucho	25%

En la tabla 4 se describen las características de los factores psicosomáticos, así como la frecuencia y el porcentaje de la población estudiada que los padece.

Tabla 4. Variables sobre los factores psicosomáticos

FACTORES PSICOSOMÁTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sueño en exceso	Algunas veces	38%

	Frecuentemente	15%
Sentirse deprimido	Algunas veces	32%
	Frecuentemente	10%
Calidad de sueño mala	Algunas veces	42%
	Frecuentemente	15%
Dolores de cabeza	Algunas veces	25%
	Frecuentemente	14%
Sentirse desesperado	Algunas veces	28%
	Frecuentemente	10%
Duelen articulaciones de brazos y piernas	Algunas veces	39%
	Frecuentemente	7%
Dolores en abdomen	Algunas veces	19%
	Frecuentemente	6%
Sensación de debilidad muscular en el cuerpo	Algunas veces	25%
	Frecuentemente	6%
Dolor de espalda y cuello	Algunas veces	44%
	Frecuentemente	14%
Problemas respiratorios al dormir	Algunas veces	20%
	Frecuentemente	16%
Interrupción del sueño durante la noche	Algunas veces	26%
	Frecuentemente	8%
Prob. Eyaculación precoz	Algunas veces	7%
	Frecuentemente	0%
Problemas de erección	Algunas veces	6%
	Frecuentemente	0%
Menstruación irregular	Algunas veces	10%
	Frecuentemente	7%
Pérdida menstrual excesiva	Algunas veces	6%
	Frecuentemente	7%
Dolores insoportables durante el periodo menstrual	Algunas veces	10%
	Frecuentemente	8%

ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE LOS 5 FACTORES DE BURNOUT Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Con la finalidad de conocer el grado de asociación entre las variables sociodemográficas y el constructo de estudio se aplicaron correlaciones producto momento de Pearson, para saber si existían diferencias entre el desgaste profesional y las variables sociodemográficas las cuales se encuentran en la siguiente tabla.

Tabla 5

Análisis de correlación entre los 5 factores de burnout y variables sociodemográficas.

	F1	F2	F3	F4	F5	EDAD	ACT.	AÑOS	PERS.	MED.
F1	1	.332**	.651**	.491**		-.214*				
F2	.332**	1	.483**	.372**						.489*
F3	.651**	.483**	1	.389**				-.210*	-.368*	
F4	.491**	.372**	.389**	1						
F5					1		-.270**			
EDAD	-.214*					1				
ACT.					-.270**		1			
AÑOS			-.210*					1		
PERS.			-.368*						1	
MED.		.489*								1

Nota: F1 = Agotamiento, F2 = Despersonalización, F3 = Insatisfacción, F4 = Psicossomático, F5 = Apoyo Social, Act. = Actividades realizadas en un día, Años = Años laborados, Pers = Número de personas a cargo (para aquellos que tengan subordinados), Med. = Tiempo de tomar medicamentos.

*p<=0.05

**p<=0.01

ANÁLISIS DE VARIANZA

Este tipo de análisis determina las diferencias que puedan darse entre 2 o mas grupos de datos independientes. Se realizó un ANOVA ONEWAY de una sola vía para muestras independientes y en las siguientes tablas se analiza la forma en que los datos sociodemográficos fueron afectados o manifestaron diferencias por los 5 factores que conforman al síndrome de burnout.

F1. Agotamiento

F2. Despersonalización

F3. Insatisfacción

F4. Psicossomático

F5. Apoyo social

Tabla 7

Análisis de varianza entre las variables sociodemográficas significativas y los 5 factores que conforman al síndrome de burnout.

	F1 AGO	F2 DP	F3 INS	F4 PSI	F5 AS
--	-----------	----------	-----------	-----------	----------

VARIABLES	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
EDAD					9.525	.000**				
ACT. POR SEM.									5.157	.025*
ASCENSOS			7.268	.0009**						
N. PERS. A CARGO					3.846	.032*				
MEDICAMENTO					4.232	.019*	6.232	.005**		
SEXO									8.134	.005**
EDO. CIVIL	7.936	.006**	4.223	.043*	15.29	.000**				
ESCOLARIDAD	2.637	.028*	4.003	.002**	3.040	.014**	2.732	.024**		
TENER HIJOS	8.110	.005**			11.14	.001**	4.540	.036*		
TIPO DE PUESTO	5.024	.008**								
TIPO DE ORG.	4.402	.008**	4.511	.036*						
TENER SUBORD.	5.674	.019*			5.902	.017*				
INTERV. QUIRUR.									8.995	.003**
INGERIR ALCOHO							3.110	.012*		
INGERIR DROGAS			3.208	.046*						
PREF. POLÍTICA	4.395	.039*								

2 DISCUSIÓN

Con la finalidad de conocer el grado de asociación entre las variables sociodemográficas y el constructo de estudio se aplicaron correlaciones producto momento de Pearson, para saber si existían relaciones entre el desgaste profesional y las variables sociodemográficas las cuales se presentan en la siguiente tabla donde únicamente se incluyen aquellas variables que se correlacionan con el síndrome de burnout.

Tabla 6

Relaciones significativas entre burnout y variables sociodemográficas

	F1	F2	F3	F4	F5	EDAD	ACT.	AÑOS	PERS.	MED.
F1	1	.332**	.651**	.491**		-.214*				

F2	.332**	1	.483**	.372**						.489*
F3	.651**	.483**	1	.389**				-.210*	-.368*	
F4	.491**	.372**	.389**	1						
F5					1		-.270**			
EDAD	-.214*					1				
ACT.					-.270**		1			
AÑOS			-.210*					1		
PERS.			-.368*						1	
MED.		.489*								1

De la tabla anterior se indica a continuación como correlacionaron los 5 factores con las variables sociodemográficas:

- En la primer variable que corresponde a la Edad de los sujetos correlacionó negativamente con el F1 - Agotamiento y F3 - Insatisfacción; el cual indica que entre más joven es la persona mayor es el agotamiento y la insatisfacción que puede sentir, esto se corrobora con lo investigado por Buendía, J. y Ramos, F. (2001) los cuales mencionan que existe una relación negativa entre edad y desgaste ocupacional.

Parece que a más años ejerciendo la profesión es menos probable la experiencia de burnout., los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, que los trabajadores veteranos. Estos en general suelen mostrar bajos niveles de burnout.

Por su parte Cherniss (1982) y Maslach (1982) plantean que a medida que aumenta la experiencia los sujetos ganan en seguridad y experiencia en el trabajo y por tanto hay menor vulnerabilidad al estrés. Profesionales jóvenes muestran mayores índices de burnout.

- *En la segunda variable que corresponde a el número de actividades que se realizan en un día, correlacionó negativamente con el F5 - Apoyo social, esto significa que entre menos actividades se realicen al día se tendrá más apoyo social debido a que se tendrá más tiempo libre para relacionarse.

Las investigaciones (Buendía, 1990) sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con

bajos niveles de apoyo social. También existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre.

En cambio aquellas personas que tienen una carga excesiva de actividades al día están más expuestas al síndrome de burnout, por ejemplo: las profesiones de servicio son profesiones en las que inciden especialmente los estresores laborales, estos estresores están vinculados a qué hace el sujeto, a cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace. Entre los numerosos y variados estresores que pueden afectar a los profesionales podemos destacar la sobrecarga laboral, que en ocasiones proviene de la escasez de personal, el trabajo en turnos, el trato con pacientes difíciles o problemáticos, estar diariamente en contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de definición de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, la falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, los rápidos cambios tecnológicos a los que hay que adaptarse, etc. Todos estos estresores contribuyen poderosamente al síndrome de burnout (Ramos.1990).

- En la tercer variable que se refiere a el número de años que se han trabajado en la vida, se obtuvo una correlación negativa la cual indica que entre menos años de trabajo mayor insatisfacción, esto quiere decir que las personas se sienten satisfechas cuando han laborado por muchos años ya que se consideran personas productivas, con ganas de seguir adelante, tienen objetivos que pueden ser cumplidos debido a lo que el trabajo les remunera y a pesar de todas las repercusiones que genera el trabajar es preferible desempeñarse laboralmente a no hacerlo, es por ello que cuando llega el momento de jubilarse la gente entra en depresión, se enferma e incluso llega a morir porque su vida deja de ser funcional.
- En la cuarta variable que se refiere al número de personas que se tienen a cargo, correlacionó negativamente lo que indica que entre menos personas a cargo se tengan habrá mayor satisfacción, esto quiere decir que las personas se sienten mas satisfechas cuando

tienen un menor número de personas a cargo que cuando son muchas esto se da naturalmente porque la carga de trabajo será excesiva, tomando en cuenta además todas las implicaciones que conlleva el tener mayor número de subordinados.

- Por último en la quinta variable que se refiere al tiempo que tiene el sujeto de tomar algún medicamento. Este reactivo fue el único que correlacionó positivamente e indica que entre más tiempo se tiene tomando medicamentos habrá mayor despersonalización, porque la persona cuando esta enferma no puede sentirse feliz, ni satisfecha y por ende su comportamiento no será el mejor, se siente, irritable, agotada porque sabe que su salud ha sufrido un cambio y le repercute en todos los aspectos de su vida.

En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan: "Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico".

Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada. Constituímos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

ANÁLISIS DE VARIANZA

Este tipo de análisis determinó las diferencias que puedan darse entre 2 o mas grupos de datos independientes. A continuación se analizan los datos obtenidos de la Tabla 7.

El siguiente Análisis de varianza que se mostrará enseguida entre las variables sociodemográficas significativas y los 5 factores que conforman al síndrome de burnout se analizará por factor.

F1 AGOTAMIENTO

Iniciaremos por analizar el F1 que corresponde al Agotamiento el cual se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el cansancio, la fatiga, etc. Se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

ESTADO CIVIL

En base al análisis de varianza que se realizó; muestra que las personas que tienen pareja presentan menor agotamiento que aquellas personas que se encuentran sin pareja.

ESCOLARIDAD

Respecto a la escolaridad se describe a continuación de mayor a menor la forma en que las personas se agotan más en base al siguiente grado de escolaridad:

- 1er. Lugar Primaria
- 2do. Lugar Postgrado
- 3er. Lugar Licenciatura
- 4to. Lugar Secundaria
- 5to. Lugar Bachillerato.

TENER HIJOS

Las personas presentaron menor agotamiento cuando tienen hijos que cuando no los tienen.

TIPO DE PUESTO

Las personas que se agotan más dentro de una empresa son los ejecutivos, en segundo lugar los operativos y en tercer lugar los que se encuentran en medio de estas dos categorías.

TIPO DE ORGANIZACIÓN

Las personas que se desempeñan como empleados, empresarios y como profesionistas independientes son las que se agotan más, a diferencia de los comerciantes que su grado de agotamiento es menor.

PERSONAS A CARGO

Los resultados indican que entre más personas a cargo se tenga mayor será el agotamiento.

PREFERENCIA POLÍTICA

Se mostró que las personas que tienen una preferencia política presentan mayor agotamiento que aquellas que no la tienen.

Los resultados obtenidos respecto al F1 Agotamiento se sustentan con lo investigado previamente, en primer lugar en cuanto a la fatiga, Pines y Aronson (1988) indican que una de las principales diferencias entre el burnout y la fatiga física es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del síndrome de burnout. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de burnout conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001) manifiestan que otras variables como estado civil, nivel de educación, años de experiencia profesional no parecen influir en el burnout. No obstante, algunos estudios muestran que los casados experimentan menos burnout que los solteros, viudos y divorciados.

El nivel educacional alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de ejercicio profesional con cansancio emocional y despersonalización.

Savicki (1993) encontró que el nivel de contacto con los pacientes, clientes, empleados, etc influía en los trabajadores. En grupos de contacto casi

continuo encontró que el nivel de estructura y planificación era correlacionado negativamente con agotamiento emocional.

F2 DESPERSONALIZACIÓN

Según Buendía, J. y Ramos, F. (2001) la despersonalización es manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.). Es considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas.

ESTADO CIVIL

En base a los resultados se mostró que las personas con pareja presentan menos despersonalización que aquellas que se encuentran sin pareja.

ESCOLARIDAD

Las personas que solo cursaron la primaria presentan un nivel altísimo de despersonalización, seguidas del postgrado que también el resultado fue alto, posteriormente el bachillerato, secundaria y los que casi no se sienten despersonalizados son las personas que concluyeron una licenciatura.

ASCENSOS EN LA VIDA

Las personas que han tenido pocos o ningún ascenso en su vida se sienten mas despersonalizados que aquellos que han logrado ascender.

TIPO DE ORGANIZACIÓN

Las personas que se desempeñan como comerciantes presentaron un nivel alto de despersonalización, seguidas de los empleados, posteriormente los profesionistas independientes, pero los que no se sienten despersonalizados son empresarios.

INGERIR DROGAS

Las personas que consumen drogas sienten mayor despersonalización que aquellas que no las consumen.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001) mencionan que en comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres.

El nivel educacional alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de ejercicio profesional con cansancio emocional y despersonalización.

Firth y cols. (1987) observaron como característica de este síndrome las actitudes negativas hacia los clientes y hacia el propio trabajo, absentismo, uso de alcohol y drogas, pesimismo, apatía, baja motivación e implicación laboral, irritabilidad hacia los compañeros y sus usuarios, culpabilizar a otros de sus fracasos, etc.

F3 INSATISFACCIÓN

Buendía, J. y Ramos, F. (2001) Lo definen como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

EDAD

Los resultados muestran que las personas más jóvenes entre 18 y 30 años están más insatisfechas que aquellas que presentan mayor edad.

PERSONAS A CARGO

Las personas que tienen a su cargo un mayor número de subordinados presentaron mayor insatisfacción.

TIPO DE MEDICAMENTO

Las personas que necesitan tomar algún medicamento están más insatisfechas que aquellas que no requieren tomarlo.

ESTADO CIVIL

Los resultados mostraron que cuando se tiene pareja las personas se sienten satisfechas, a diferencia de los solteros que presentaron insatisfacción.

ESCOLARIDAD

Las personas que cursaron solo la primaria presentan una profunda insatisfacción, seguidos de los de postgrado y secundaria, en cambio los que concluyeron una licenciatura o un bachillerato presentan menor insatisfacción.

TENER HIJOS

Las personas que tienen hijos se sienten satisfechas a diferencia de aquellas que no los han tenido.

Para Alarcón (2001) en este sentido parece que la insatisfacción laboral tiene una relación mayor con la falta de logro personal, siendo el burnout un constructo más amplio en el que podría estar insertada la insatisfacción laboral. Los trabajadores insatisfechos van a llevar a cabo comportamientos negativos hacia su empresa, hacia la organización o hacia parte de ella, el deterioro de las actitudes y conductas laborales repercute directamente sobre empeoramiento de los servicios prestados a los usuarios. Nos encontramos con un síndrome que tiene por tanto, consecuencias directas para el propio individuo y para la organización, hasta tal punto, que como señalan Gil-Montes y Peiró (1997) diversos autores comentan que hay que hablar, más que de trabajadores, de organizaciones afectadas por el burnout.

F4 PSICOSOMÁTICOS

En base al DSMIV la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

TIPO DE MEDICAMENTO

En base a los resultados obtenidos se mostró que las personas que toman algún tipo de medicamento presentan más alteraciones psicosomáticas que los que no los toman.

ESCOLARIDAD

Los resultados mostraron que las personas que solo cursaron la primaria presentan más alteraciones psicosomáticas que los de licenciatura, bachillerato o secundaria.

TENER HIJOS

Las personas que no tienen hijos presentan más alteraciones psicosomáticas que las personas que si los tienen.

INGERIR ALCOHOL

Las personas que ingieren alcohol 1 vez a la semana tienen más alteraciones psicosomáticas que aquellos que beben con menos frecuencia.

En base al DSMIV la característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej; tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años. Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica. La exploración física o las pruebas de laboratorio. Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (p. ej; cabeza, abdomen, espalda articulaciones, extremidades, tórax, recto) o con diversas funciones (p.ej; menstruación, coito, micción). Asimismo. Al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor.

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos.

F5 APOYO SOCIAL

Para Ramos (1999) el apoyo social se define como la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica. Permite al individuo sentirse querido y cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones. Es importante la percepción del apoyo social, ya que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

ACTIVIDADES EN UNA SEMANA

Los resultados mostraron que las personas que realizan más actividades en una semana tienen menos apoyo social, y entre menos actividades realice la persona el apoyo social será mayor.

SEXO

Los resultados mostraron que los hombres tienen más apoyo social que las mujeres.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Las personas que no han tenido intervenciones quirúrgicas tienen mayor apoyo social que las que han sido intervenidas quirúrgicamente.

Las investigaciones de Buendía, (1990) sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. También existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre.

El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psicológicos, fomenta la salud independientemente del nivel de estrés, protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes.

El apoyo social influye de manera importante en la salud de las personas. De la misma manera, se ha señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés, el estrés laboral y el burnout.

Después de haber realizado una investigación teórica y práctica acerca del síndrome de burnout y la relación que existe con el aspecto psicosomático, puedo decir primeramente que en base a los resultados obtenidos se demostró que si existe una relación entre dichas variables y no solo con esta sino además con los otros 4 factores que conforman al síndrome de burnout: F1 Agotamiento, F2 Despersonalización, F3 Insatisfacción, y F5 Apoyo social.

Como segundo punto, se demostró que el aspecto psicossomático se altera por tomar medicamentos, por tener un nivel bajo de escolaridad, por no tener hijos y por ingerir alcohol frecuentemente, debido a lo anterior la persona empieza a desencadenar en su organismo una serie de reacciones físicas que repercuten psicológica, familiar, laboral y socialmente afectando la vida del individuo, ya que este no puede desempeñarse en ningún ámbito de manera óptima

Cuando el organismo reacciona al estrés agudo en base a la CIE-10 ya que se trata de un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que permite normalmente en horas o días. En la aparición y gravedad de las reacciones a estrés agudo juegan un papel la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento individuales. Los síntomas muestran un cuadro típicamente mixto y cambiante, e incluyen un estado inicial de embotamiento con alguna reducción del campo de conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar los estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de las circunstancias o a un estado de agitación e hiperactividad. Con frecuencia están presentes signos autonómicos de ansiedad (taquicardia, sudoración, rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante, y desaparecen en dos o tres días (a menudo en pocas horas). Puede haber amnesia parcial o completa para el episodio. Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico.

Cuando la persona presenta el trastorno de somatización presenta un cuadro clínico según el DSMIV, el cual es habitualmente inespecífico y puede solaparse con muchas enfermedades médicas.

Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica:

- 1) Afectación de múltiples órganos.
- 2) Inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales.
- 3) Ausencia en las pruebas de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas. Aun así es necesario descartar las enfermedades médicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples.

Además, el trastorno de somatización no impide que los individuos padezcan otras enfermedades. Los hallazgos de tipo objetivo deben evaluarse sin prestar excesiva atención a las quejas subjetivas. El inicio de múltiples síntomas físicos en etapas avanzadas de la vida se debe prácticamente siempre a la presencia de una enfermedad médica.

Algunas veces es muy difícil distinguir los trastornos de ansiedad y el trastorno de somatización. En el trastorno de angustia se presentan asimismo múltiples síntomas somáticos, pero estos se producen principalmente durante la crisis de angustia. No obstante, el trastorno de angustia puede coexistir con el trastorno de somatización, y si los síntomas somáticos aparecen fuera de la crisis, deben establecerse ambos diagnósticos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden manifestar muchos síntomas físicos asociados a su trastorno, pero la ansiedad y las preocupaciones no se limitan a estos síntomas.

Los individuos con trastornos del estado de ánimo, especialmente con trastornos depresivos, pueden presentar síntomas de tipo somático, habitualmente cefaleas, alteraciones digestivas o dolor no explicado. Los individuos con trastorno de somatización presentan síntomas físicos de manera recurrente y durante la mayor parte de su vida, independientemente de su estado de ánimo, mientras que los síntomas de los enfermos con trastornos depresivos se limitan a los períodos en los que el individuo se encuentra deprimido. Las personas con trastorno de somatización también presentan a menudo síntomas de tipo depresivo. Cuando se cumplen los criterios para el trastorno de somatización y para el trastorno del estado de ánimo, hay que establecer ambos diagnósticos.

Por definición del DSMIV, todos los individuos que padecen trastorno de somatización tienen historia de dolor, síntomas sexuales y síntomas de conversión o disociativos. Por esta razón, cuando estos síntomas se manifiestan exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización, no debe realizarse el diagnóstico adicional de trastorno por dolor asociado a factores psicológicos, disfunción sexual, trastorno de conversión o trastorno disociativo.

Como tercer punto, se mostró además una relación con los otros 4 factores que conforman al síndrome de burnout, que son: F1 Agotamiento, F2 Despersonalización, F3 Insatisfacción y F5 Apoyo social, los cuales se sustentan con lo investigado por los siguientes autores:

Por su parte Alarcón (2001) nos dice que al ser el burnout un síndrome relacionado fundamentalmente con estrés laboral, va a tener repercusiones no solo en el trabajador, sino también en la empresa. Los trabajadores quemados van a llevar a cabo comportamientos negativos hacia su empresa, hacia la organización o hacia parte de ella, el deterioro de las actitudes y conductas laborales repercute directamente sobre el empeoramiento de los servicios prestados a los usuarios. Nos encontramos con un síndrome que tiene por tanto, consecuencias directas para el propio individuo y para la organización, hasta tal punto, que como señalan Gil-Montes y Peiró (1997) diversos autores comentan que hay que hablar, más que de trabajadores, de organizaciones afectadas por el burnout.

Alarcón (2001) en su artículo análisis del síndrome de burnout hace una breve reseña histórica de cómo afecta el desgaste profesional al individuo, y se menciona a continuación:

- En el primer trabajo de Freudemberger (1974), señaló que los sujetos afectados por el burnout mostraban sensación de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para enfadarse, se frustraban con frecuencia y les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente y se vuelven suspicaces hasta el punto de rayar en paranoia y omnipotencia.
- Edelwisch y Broadsky (1980) observaron que los trabajadores con burnout facilitaban un deterioro y deshumanización de la calidad de los servicios.
- Jones (1981) observó la asociación entre el burnout y un elevado número de errores en el trabajo, negligencia respecto a las normas de la organización y comportamiento más deshumanizado.
- Maslach (1982) comenta que las consecuencias del burnout no terminan en el lugar de trabajo sino que afectan a la vida personal del trabajador, en sus relaciones familiares, de pareja, realización de actividades domésticas y de ocio, etc.
- Golembiewski y cols (1988) encontraron un conjunto de síntomas agrupados en 4 factores: agitación y debilitamiento, problemas cardiovasculares, dolores y problemas de sueño. Encontraron que las tres dimensiones del burnout correlacionaban con los síntomas, pero había una relación más fuerte especialmente con la escala de agotamiento emocional.
- Firth y cols. (1987) observaron como característica de este síndrome las actitudes negativas hacia los clientes y hacia el propio trabajo,

absentismo, uso de alcohol y otras drogas, pesimismo, apatía, baja motivación e implicación laboral, irritabilidad hacia los compañeros y sus usuarios, culpabilizar a otros de sus fracasos, etc.

- Brown (1987) afirma que cuando los trabajadores de una organización están afectados por el burnout, esto afecta también a los clientes y a las organizaciones.
- Landsbergis (1988) también encuentra evidencia de la relación entre el burnout y sintomatología somática.
- Hare y cols (1988) centrándose en enfermeras, observa que el burnout es un problema que afecta, tanto a las organizaciones y pacientes como al trabajador. Esto viene dado por un incremento en los costos y deterioro en la calidad de la asistencia sanitaria.
- Koeske y Koeske (1989) muestran en un estudio como la realización personal en el trabajo puede funcionar como un amortiguador del burnout, de manera que, sujetos con elevadas puntuaciones en dicha escala no informan de intención de abandonar la organización, mientras que si muestran la intención sujetos con bajas puntuaciones.
- Firth y Britton (1989) obtienen en una muestra de profesionales de enfermería una amplia relación entre el agotamiento emocional y el número de faltas en el trabajo.
- Alvarez y Fernández (1991) plantean que las consecuencias encontradas en el síndrome de burnout se pueden agrupar por área
- Anders y Kanaipak (1992), encuentran en una muestra de enfermeras japonesas que éstas abandonan el trabajo para poder casarse como consecuencia de las condiciones laborales.
- Buunk y Scchaufelli (1993) nos hacen ver la posibilidad de que el burnout se extienda entre los trabajadores por una especie de "contagio emocional" ya que una vez que estos síntomas se han instaurado en algunos trabajadores, se puede extender a todo el equipo.
- Lee y Ashforth (1993) comentan como este deterioro progresivo que se produce en la afectividad del trabajador puede ser debido fundamentalmente a que los profesionales que comienzan en estas carreras con un fuerte sentido de compromiso y sacrificio, pero las exigencias laborales van mermando las capacidades hasta que llegan a estar quemados.
- Oliver (1993) obtiene en una muestra de maestros que la despersonalización es la única dimensión que presenta alteraciones psicosomáticas.

- Gil-Monte y Peiró (1997) presentan una taxonomía sobre los principales síntomas encontrados en la literatura para los que se han obtenido una evidencia correlacional con respecto al burnout.

De lo anteriormente citado me parece importante puntualizar en algunos aspectos que son de suma importancia.

Como primer punto me cuestiono en cuanto al ser humano, y la forma en que este no solo queda desgastado sino peor aún devastado ya que su vida toma otro sentido porque no solo queda afectado el individuo como persona en el ámbito laboral sino que social y familiarmente manifiesta repercusiones.

Creo que somos culpables de nuestros propios males y por ende de nuestras propias enfermedades porque tenemos una forma de vivir tan apresurada que no nos ocupamos de nuestro bienestar cuando es en lo que verdaderamente deberíamos esmerarnos, para estar bien con nosotros mismos y con nuestro entorno, si modificáramos nuestro estilo de vida seríamos personas más saludables en todos los sentidos, Independientemente de la empresa, del entorno, etc, en el cual nos encontramos inmersos, depende principalmente de nosotros el mantenernos bien, ya que lo mas inteligente no es resolver los problemas sino evitarlos, el conflicto empieza cuando la rutina nos rebasa, y los estragos que provoca son irremediamente negativos.

Pienso que además de todo esto estamos viviendo una época difícil con muchos distractores superfluos que con el paso de los años solo nos conflictuarán más. Es momento de hacer un alto en nuestras vidas y hacer un recuento de cómo la hemos vivido y planear como la deseamos continuar viviendo, solo hay dos opciones continuar como hasta ahora lo hemos estado haciendo o modificar para tener un mejor estilo de vida, hay que pensar en nuestro bienestar, hay que hacer conciencia y tomar una decisión y reafirmarla cada día.

La posibilidad de estar mejor el día de mañana es estando bien el día de hoy, de que nos sirve vivir planeando, si el futuro es tan incierto, con esto no quiero decir que no deja de ser importante el tener un proyecto de vida y fijarnos metas y cumplirlas, pero generalmente por vivir planeando nos olvidamos del presente y este en realidad es el más importante porque es el que estamos viviendo en este momento y por ende es el que debemos de

cuidar. Es por esto que debemos cuidarnos y evitar en la medida de lo posible poner en riesgo nuestra salud física y mental.

CONCLUSIONES

La psicología es una disciplina del conocimiento científico que tiene como principal objetivo el estudio del comportamiento, con el fin de tratar de comprenderla, interpretarla y predecirla a efecto de plantear acciones para mejorar las condiciones de vida de las personas. Así, y al haber sido el tema de esta investigación "Validación de la Escala Mexicana de Desgaste Profesional (EMEDO): Relación entre aspectos Psicosomáticos y Burnout", en la cual se pretendió conocer de que manera afecta al ser humano dicho síndrome, además del aspecto psicosomático, debido a las numerosas investigaciones que se han realizado en el mundo laboral ya que la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, dando lugar al síndrome de burnout el cual surge como respuesta al estrés laboral crónico con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo.

Es sumamente relevante todo en torno a este problema el cual se va generando poco a poco al tratar de responder a las fuertes demandas laborales, sociales, familiares, en fin, que al no ser resueltas satisfactoriamente o incluso resolviéndolas provocan estragos en la salud, y es por ello que me interesó basar mi investigación partiendo de este problema.

Al iniciar esta investigación se planteó que si existía alguna relación entre desgaste ocupacional y aspectos psicosomáticos como parte de la validación del instrumento, y en base a los resultados obtenidos se puede decir que sí se relacionan los aspectos psicosomáticos con el desgaste ocupacional de manera negativa ya que trastorna al individuo en todos los sentidos afectándolo física y mentalmente.

Se encontraron algunos aspectos muy interesantes, como la variable de edad la cual mostró que las personas entre 18 y 30 años presentan mas insatisfacción que las personas mayores, a mi en lo personal me sorprendió un poco, porque cuando se es joven y se tiene todo una vida por delante con tantos sueños, metas, planes, etc, que cumplir se muestra una actitud positiva frente a la vida y más aún cuando se ingresa al mundo laboral hay tantas cosas que aprender que se esfuerza la persona por hacer bien las

cosas y resulta que es todo lo contrario, es realmente preocupante porque los jóvenes al enfrentarse a un medio desconocido se llenan de ansiedad por no saber como responder ante las demandas laborales que empiezan a vivir y en estos tiempos en que un puesto está tan competido si la persona no se desenvuelve de manera óptima lo rechazan o pierde el puesto, la presión es aún mayor, esto desafortunadamente afecta la habilidad al desempeñarse laboralmente, se debe quizás a que la persona se siente inexperta pero al adquirir experiencia adquiere una serie de habilidades además de conocimientos que permiten que la persona se desenvuelva laboralmente de una manera óptima.

Otro aspecto que pensé resultaría todo lo contrario fue la variable de los hijos ya que se demostró que las personas que no tienen hijos presentan mayores alteraciones psicosomáticas que aquellas que si los tienen, me resultó un poco difícil imaginar que sería así porque en mi experiencia considero que un hijo es lo más hermoso que puede sucederle al ser humano, es una experiencia maravillosa que le brinda aprendizaje, satisfacción y felicidad a los padres, pero a la vez es sumamente difícil porque los padres viven pensando y tratando en darle lo mejor a sus hijos en la medida de lo posible darles lo que los hijos necesitan, no lo que los padres quieren y yo pensé que nos estresábamos mucho más los padres que las personas solteras, por todo lo que esto implica, pero al ser de esta manera, es comprensible porque la vida tiene un significado muy diferente cuando hay hijos que cuando no los hay, ellos dan tanto a nuestras vidas que creo que nos olvidamos un poco de nosotros mismos por cuidarlos a ellos, y si ellos se sienten bien, y son felices los padres también lo son, en cambio las personas que no tienen hijos ven la vida solo en torno a ellos, y todo lo que les suceda les repercute o beneficia directamente por ende sus alteraciones psicosomáticas resultan mayores porque en su vida no hay hijos por decirlo de alguna manera que distraigan su atención porque su atención está centrada y enfocada en si mismos.

Lo anteriormente mencionado demuestra que las personas jóvenes entre los 18 y 30 años, solteras, y sin hijos tienen más tendencia al burnout que aquellas mayores de 30 años, que tengan pareja e hijos.

Resulta interesante saber que las circunstancias en las cuales se encuentra el individuo determinan en cierta medida su estado físico y mental al momento de ingresar o tratar de permanecer en el ambiente laboral.

Para Landy (2005) está claro que los ambientes de trabajo con demandas abrumadoras crónicas y con presiones de tiempo ponen a los empleados en alto riesgo de burnout. De manera que las intervenciones que intentan reducir el burnout deben estar enfocadas tanto al individuo como al trabajo.

Una combinación de manejo del estrés, entrenamiento en habilidades y diseño del trabajo parece ser el camino más prometedor para prevenir o reducir el desarrollo del burnout.

En algún momento en nuestra vida profesional menciona Alcover (2004) puede aparecer el estrés, y esto supone un riesgo para nosotros, lo importante es su conocimiento, asumir nuestras limitaciones y pedir ayuda cuando nos sintamos desbordados. Enseguida se mencionan algunos puntos que debemos llevar a cabo cuando nos sentimos estresados:

1. Detenerse y hacer unas cuantas respiraciones profundas.
2. Admitir que nos sentimos desbordados. El reconocimiento de nuestros sentimientos es un paso importante para enfrentarnos a ellos.
3. Mantener un sentido de la perspectiva. Si hemos vivido esta situación anteriormente y hemos sobrevivido, esta vez también.
4. Hacer una lista mental de las tareas a realizar y colocarlas en orden de prioridad, teniendo en cuenta las más urgentes.
5. Completar una tarea cada vez, intentando pensar únicamente en la que estamos realizando en ese momento, pensar en todo lo demás roba tiempo y energía que necesitaremos para la tarea que tenemos entre manos. Si surge una nueva, la colocaremos por orden de prioridad. Un signo de profesionalidad es la flexibilidad.
6. Planificar para ahorrar tiempo. No hay que subestimar el valor de tomar rutinariamente ciertas precauciones. Hay que comprobar nuestros recursos para utilizarlos con eficiencia.

Pedir ayuda a los compañeros o al jefe. Hay que admitir que muchas veces no podemos hacer las cosas solos. Tenemos que aprender a pedir ayuda.

Como se puede observar estos breves y simples puntos se enfocan en los aspectos que debe modificar la persona para no estresarse o para desestresarse porque a pesar de que existen puestos de trabajo que son sumamente estresantes y sabemos que en nuestro país es una triste realidad pero las empresas poco se interesan en brindarle cursos a sus empleados que le permitan tener conocimiento sobre esto y trabajar sobre ello, ya que a largo plazo las pérdidas no son solo para el trabajador sino

para la empresa, considero que deberían de invertir más en sus empleados, porque de ellos depende el desarrollo y crecimiento de la empresa, desafortunadamente aunque existen estrategias organizacionales para la prevención del burnout, solo algunas empresas los toman en cuenta, es por ello que concluyo centrándome en las estrategias individuales que dependen de nosotros mismos y que obviamente están a nuestro alcance lo único que tenemos que hacer es informarnos y al tener conocimiento al respecto responsabilizarnos de nuestro propio bienestar.

Todos los resultados anteriormente comentados, en su conjunto permiten sintetizar algunas conclusiones previamente discutidas:

Hoy día cada vez preocupa más la calidad de vida de los ciudadanos y de los profesionales que trabajan en los servicios humanos debido a que las exigencias laborales se han tornado más demandantes y las consecuencias al respecto no han sido del todo satisfactorias para el trabajador ya que han producido estragos en la vida del mismo y por ende su desempeño laboral empieza a decaer poco a poco y debido a ello sufre una serie de cambios físicos, psicológicos, mentales, sociales, etc, que desequilibran su funcionamiento normal y por ende su salud empieza a deteriorarse.

Debido a ello comenta Ridruejo, A. (1997) que la psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria. La psicología actual se focaliza cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología.

Constituimos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar. En estos 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.

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituyen aspectos centrales de esta problemática humana.

Oblitas (2004) nos dice que las conductas saludables que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen entre otras una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes, contacto con la naturaleza, beber alcohol moderadamente o no hacerlo, ejercicio físico regular, respirar aire oxigenado, es decir evitar ambientes contaminados, dormir 7-8 horas diarias, realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etc.

El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.

El paciente tiene que transformarse en "agente de salud" mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de autovigilancia.

Muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial.

La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.

Por su parte Ridruejo (1997) menciona que los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables.

Recapitulando, considero que debemos ser responsables y concientes sobre la forma en que nos hemos desarrollado laboralmente y determinar que tan sano es nuestro ambiente además de cuestionarnos la forma en que intervenimos para mejorar o empeorar la calidad de nuestro desempeño laboral, porque de nuestro comportamiento depende el mantener nuestra salud o bien generarnos una enfermedad.

Estamos viviendo una época tan demandante en la cual nos preocupamos por todo en especial por nuestro trabajo, existe tanta competencia que vivimos en un constante estrés por tratar de desempeñarnos lo mejor posible ya que de no ser así habría muchísimas personas que ocuparían nuestro puesto incluso con un menor salario, y con tal de conservarlo "toleramos el ritmo", sin darnos cuenta que en algún momento no podremos contenernos más y funciona igual que una olla expres es tal la presión que la válvula de escape saldrá disparada y es esto justamente lo que debemos evitar.

Creo que en esta época aplica la teoría de Charles Darwin sobre la selección natural, en la cual solo sobrevivía el más apto, el más fuerte y el que se pueda adaptar más fácilmente al medio, esto es realmente preocupante porque estamos tan inmersos en este medio que nos esta y nos estamos consumiendo porque nos estamos olvidando de nosotros mismos sin darnos cuenta que tenemos muchas necesidades más que también debemos cubrir para mantener un equilibrio, de lo contrario habrá un caos y si no hacemos algo cuanto antes nuestra situación se tornará caótica.

En el mundo laboral, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, la «carga psíquica» en suma, pueden constituir fuentes de estrés, con lo que aprender a identificar los signos de estrés y aprender a prevenirlos se convierte en una tarea cada vez más importante en el desarrollo de la vida profesional del psicólogo, es por ello que todas aquellas personas que nos encontramos inmersas en este ámbito tenemos una gran responsabilidad ya que nuestra tarea no solo es diagnosticar sino identificar y considerar todas las causas y consecuencias que provoca el desgaste ocupacional en todos los

ámbitos en los cuales se desenvuelve el ser humano y prevenirlos , y aunque es una labor sumamente difícil lo ideal sería evitarlo proporcionando dicha información desde que la persona inicia su vida laboral.

Con la información anteriormente citada y discutida se podría realizar una pequeña autoevaluación y conocer hasta que punto el medio nos esta sobrepasando y si desafortunadamente empieza a hacer estragos en nuestra salud y en nuestra vida personal es momento de considerarlo y pensar en nuestro bienestar y la manera en que contribuiremos para modificarlo, es momento de involucrarnos con nosotros mismos y mejorar nuestra calidad de vida la cual se verá reflejada en nuestra salud, física y mental.

Finalmente solo me resta decir que fue una investigación que aportó muchas cosas a nivel personal, fue una tarea laboriosa y difícil pero llena de satisfacción, porque por medio de este trabajo me di cuenta de cuan vulnerable es el ser humano ya que puede ser analizado y estudiado desde cualquier perspectiva, bajo distintas condiciones y por diferentes enfoques, pero en cuanto al comportamiento se refiere que es lo que primordialmente interesa al psicólogo se logra comprender el porqué y para qué de la existencia del ser humano y al saber y dar cuenta sobre sí mismo se facilita más el camino que permita al individuo lograr lo que necesita y desea para sentirse como el decida y asuma sentirse.

ANEXO 1. VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO): RELACIÓN ENTRE ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS Y BURNOUT

LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO)

Dr. Jesús Felipe Uribe Prado

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 tres tipos de enunciados, los cuales tienen seis opciones de respuesta. En el primer tipo sólo tiene que elegir una de las seis situaciones que se presentan.

Ejemplo Tipo 1) 1) ¿Cuándo mi auto no circula y tengo que llegar a tiempo
a

Mi trabajo, yo:

- a) Lo utilizo sin importar lo que pase
- b) Le pido aventón a mi vecino
- c) Uso el transporte público
- d) Pido un taxi
- e) No voy a trabajar
- f) Pido uno prestado

a b c d e f

El segundo 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 2) 2. Considero que es importante asistir a fiestas

TD

TA

En el último 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 3) ¿Con qué frecuencia?

3. Tienes sangrado por la nariz.

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Frecuentemente

Casi siempre

Siempre

**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 !

REFERENCIAS

- Alarcón Javier. *Análisis del síndrome de burnout*. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28(6): 358-381.
- Alcover (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. España, McGraw Hill.
- Arias (2001). *Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la administración y del comportamiento* (6ta. Ed.). México, Trillas.
- Beck, C. A. J., & Sales, B. D. (2001). *Family mediation: Facts, myths, and future prospects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Benavides (2000). *Salud laboral* (2ª ed.). España, Masson.
- Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. *Síndrome de quemarse en el trabajo y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales*. Rev. De Psicología del trabajo y de las organizaciones. 2002; 18(1): 57 - 74.
- Bruna Zani, Luca Pietrantonio. *Equal Opportunities International*. Patrington: 2001. Tomo 20, Nº1/2; pg.. 39, 10 págs.
- Buendía y Ramos (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid, Pirámide.
- Chiozza, L (1998). Madrid, Buenos Aires.
- CIE 10 (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España, Médica panamericana.
- Cozby (2004). *Métodos de investigación del comportamiento* (8ª ed.). México, Mc Graw-Hill.
- DSMI IV - TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico*. España, Masson.
- García, M, Sáez, M. C. y Llar B. *Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental*. Rev. De Psicología del trabajo y de las organizaciones; 2000; 16(2): 215-228.

Fernández, M. (2000). *La Psicología Clínica y de la Salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid, Safekat, SL.

Green, E. y Green, A. (1979). *Beyond Biofeedback*. Nueva York, Dell Publishing Co; Inc.

Gutiérrez, G. y Celis M. *Síndrome de burnout*. Arch Neurociencias. México: 2006. 11 (4): 305 - 309.

Gil - Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid, Pirámide.

Kerlinger (1990). *Investigación del comportamiento* (3ª ed.). México, Mc Graw-Hill.

Landy (2005). *Psicología Industrial*. México, Mc Graw Hill.

León, J. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona, Gráficas Rey, SL.

Mc Dougall, J. (1998) *Las mil y una caras de Eros*. Barcelona. Paidós.

Mannassero, M. A. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Madrid. Pirámide.

Martínez, S.J. (2004). *Estrés laboral*. España, Prentice Hall.

Millon, T. (1993). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, Martínez Roca

Muhammed Jamal, Vishwanath V Baba. Canadian Journal of Public Health. Ottawa: nov. / dic. 2000. Tomo91, Nº6; 454, 475.

Oblitas (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, Thompson.

Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control de estrés laboral*. Madrid, Eudema

Ridruejo (1997). *Psicología médica*. España, Mc Graw-Hill.

Rodríguez, A. y Martín, M. A. (2001). *Evolución del trabajo y nuevas formas de estructuras organizativas. Trabajo, individuo y sociedad*. Madrid, Pirámide.

Rodríguez, M.F. (2004). *Introducción a la Psicología del trabajo*. Madrid, Mc Graw Hill.

Soler, M. y Abad, A. (2000). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona, Masson.