



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS

**“EL DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) Y EL TRABAJO DE LOS
ODONTÓLOGOS DE LA FES-IZTACALA”**

Juárez Larriva Liliana Azucena

López Ramos Pamela Georgina

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Felipe Uribe Prado

PROYECTO PAPIIT IN 302806, UNAM



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.

A Sara y Erasto

Empezare por decirles que nunca existirá dedicatoria que acapare todo lo que les agradezco. Mejores papás que ustedes en este mundo no existen, gracias al cielo me toco vivir en una familia colmada de amor y hecha a mi medida. Desde que nací me brindaron lo mejor, me enseñaron el valor del trabajo, la perseverancia y el esfuerzo. Gracias por compartir conmigo este día donde culmino uno de mis más grandes sueños. Se los dedico, ya que sin ustedes este sueño hubiera sido imposible. Los amo Sardin y Quijo.

A Dulce

Por ser mi hermana mayor, mi hermana menor, mi mejor amiga, mi confidente, mi apoyo, mi cómplice, mi compañera de juegos y mucho más. Gracias por compartir y apoyarme en mis sueños, además de dejarme estar en los tuyos. Se que siempre estaremos juntas. Te amo Ku.

A mi sobrin@

A ese angelito que viene en camino y ha llenado de tanta ilusión a toda mi familia. Te la dedico a tí, ser humanito que esta creciendo en la panza de mi hermana. Porque te has convertido en uno de los motores para hacerme una mejor persona y alcanzar el éxito. Te adoro Bigboo.

A César

Por integrarte a mi familia y hacer tan feliz a mi hermana. Por no sólo ser mi cuñado y convertirte en mi hermano mayor. Por los consejos, apoyo y amor. Te quiero mucho Pisto.

A Jorge

Porque llegaste en el momento mas inesperado de mi vida y te quedaste. Gracias por apoyarme incondicionalmente en mi vida y en la realización de mis sueños, gracias por tu amor y comprensión. Porque nunca conoceré a alguien como tú, por estar a mi lado y ser lo que yo tanto buscaba. Simplemente te amo Pocket.

A Pamela

Durante la realización de la tesis tuvimos que enfrentarnos con grandes desafíos y los superamos. Por saber que contábamos la una con la otra para todo. Por ser mi amiga y compañera en la universidad. Finalmente, por comprobar que esta amistad vale mucho y que la tesis no nos iba a separar. Gracias por compartir conmigo la titulación y una sincera amistad. Te quiero mucho Pam.

A mis amigas

Anavel, Claudia y Estrella. Por hacer la universidad una de las etapas más felices de mi vida y estoy segura de que en el futuro habrá más épocas juntas. Por estar unidas en nuestras alegrías y tristezas, por compartir conmigo su vida. Las quiero y adoro.

A la Familia Alvarado Coronel

Señora Lucía, Señor Ramón, Ernesto y Griselda, gracias por hacerme sentir que soy parte de su familia y compartir conmigo este sueño que hoy se ha materializado. Los quiero.

A los Profesores

Al Doctor Felipe Uribe Prado, a la Maestra Socorro Escandón, al Maestro José Luis Villagómez, a la Licenciada Isaura López y a la Licenciada Mirna Ongay. Por sus sugerencias que sirvieron para perfeccionar este trabajo, por los conocimientos aportados y por el tiempo que se tomaron para la revisión. Gracias.

A la UNAM

Por dejarme ser parte de la Universidad y apoyarme en la realización de mis sueños, por darme una educación integral y las herramientas necesarias para alcanzar el éxito. En especial a la Facultad de Psicología, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país. Estoy muy orgullosa de ser Puma.

Gracias a Dios porque los ha puesto a todos ustedes en mi camino y por permitirme llegar a este momento, por dejar que toda mi familia y las personas que quiero me acompañen en este suceso tan importante.

Por que sin ustedes nada de esto hubiera sido posible sin su apoyo y consejos, gracias a ustedes he llegado hasta aquí por no dejarme renunciar y alentarme a seguir adelante cuando el ánimo decae y por ser mi ejemplo, no hay palabras que expliquen la gratitud y el amor que siento hacia ustedes.

A mi padres por enseñarme el valor de las cosas, y que para poder lograr algo hay que esforzarse.

A mi Papá

Por ser una persona que lucha a pesar de todos los obstáculos y demostrarme que aún en los momentos más difíciles no hay que darse por vencidos, que se deben de alcanzar todas las metas que se propongan, por enseñarnos que siempre se debe de seguir adelante y saber pedir y aceptar la ayuda de los que nos quieren.

A mi Mamá

Por que gracias a ti soy lo que soy al ver tu trabajo y esfuerzo reflejado en el resultado que te hemos dado, por tu forma de alentarme a ser mejor y a superarme, dejándome intentar siempre estando tu cerca, por no dejarme derrotar antes de haber intentado, por las enseñanzas y el amor que siempre me has dado, tu inigualable fuerza y lograr mantenernos unidos siempre a mis hermanos a mi haciéndonos unas personas de bien.

A mis hermanos por ser mi gran ejemplo y porque ha pesar de todo nos hemos mantenido unidos.

A Rubén

Por enseñarme tantas cosas que solo tú sabes, porque haces cosas para procurar mi bienestar aunque no siempre lo entienda, por todos lo momentos que hemos pasado juntos y porque se que siempre estas ahí aunque no siempre estemos de acuerdo y las circunstancias no sean las mejores, por ser el único hermano que pude tener.

A Alondra

Por ser mi amiga y la mejor hermana, gracias por todo el tiempo que hemos pasado juntas y las oportunidades de crecer que me has dado, tu fuerza y entereza para enfrentar y manejar los problemas son un ejemplo a seguir, por los consejos que me das al ver que mi inmadurez me hace hacer cosas que no valen la pena, por no dejarme rendir y siempre estar de mi lado cuando todo parece estar en contra, porque siempre estas presente y porque se que donde quiera que esté siempre podré contar con mi hermana.

Ricardo

Por todo el apoyo que me has dado, por todas esas cosas que te hacen especial, porque sabes que decir y hacer cuando las cosas no van bien y logras levantarme el ánimo siempre haciendo que sigamos adelante, porque se que puedo contar contigo en cualquier momento y por este tiempo que has estado presente.

A Toy

Por tu compañía incondicional y siempre provocarme una sonrisa.

A mis abuelos

Quica (q.e.p.d).Tu recuerdo siempre me acompaña y me motiva a seguir adelante como tu siempre lo hiciste.

Alfonso por ser un ejemplo de fuerza y perseverancia, tus ganas de vivir son un aliciente a no rendirme pase lo que pase.

Blanca y Rosendo (q.e.p.d). Porque desde donde estén nos siguen cuidando y apoyando para seguir adelante.

A Liliana

Por compartir este logro conmigo y ser parte importante de él, gracias a que supimos como trabajar juntas y respetar la forma de pensar de cada una hemos logrado que nuestra amistad permanezca y se fortalezca, porque a pesar del tiempo se que siempre podré contar contigo y estarás presente en muchos momentos más, además de que siempre tendremos las reuniones vespertinas con las chicas.

A las chicas

Carolina, Claudia, Estrella, Anavel. Por esas cosas que nos hicieron amigas, les doy gracias por su sincera amistad y porque ustedes han hecho que las distintas etapas que hemos pasado sean mejores, por su apoyo en los muchos tiempos buenos y en los malos, porque nada hubiera sido lo mismo sin ustedes.

A mis maestros

Dr. Felipe Uribe por haber aceptado este reto, aconsejarnos y habernos guiado por el camino correcto para poder obtener este resultado.

Mtra. Socorro Escandón, Mtro. José Luis Villagómez, Lic. Isaura López y Lic Mirna Ongay, gracias por su tiempo y sus consejos para hacer que nuestro trabajo sea de mejor calidad.

A la UNAM por mi formación académica, por tener la suerte de pertenecer a esta institución que tanto tienen para ofrecer y que logra hacer profesionista de la más alta calidad. A la Facultad de Psicología porque aquí pase una de las mejores etapas y porque me llevo todo lo mejor de ella.

Pamela

INDICE

Índice

Resumen

Introducción

I. Salud y Trabajo

II. Síndrome de Burnout

III. Odontología y Burnout

IV. Método

V. Resultados

VI. Discusión y conclusiones

Referencias

Anexos

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el fin de conocer si existe relación entre el trabajo de los Odontólogos y el Síndrome de Burnout, se utilizó como instrumento de medición la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) el cual consta de tres subescalas que miden Burnout (agotamiento, despersonalización e insatisfacción laboral), una subescala que mide trastornos psicosomáticos y un apartado que recaba datos sociodemográficos. La muestra se conformo por 250 estudiantes de la FES Iztacala; encontrándose que los estudiantes sí presentan el Síndrome de Burnout en niveles diferentes de acuerdo a sus características sociodemográficas; la mayoría de los sujetos se encontraban en la Fase 4 de Leiter (Extremo), que es la última fase de desarrollo del Síntoma de Burnout, esta fase se caracteriza por un estado alto en sus tres factores (cansancio emocional, despersonalización e insatisfacción laboral) y concluye con la falta de realización personal. Respecto a las variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, conocimiento de las implicaciones de la carrera, consideración de estrés en su profesión, dificultades con el paciente, frecuencia de convivencia familiar, consideración de su relación familiar, toma de algún medicamento y tipo de población a la que atiende, fueron las que se relacionaron con un nivel alto en las cuatro subescalas del instrumento.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios el hombre ha tenido que formar comunidades para repartir las tareas y de esta manera poder lograr una plena satisfacción de sus necesidades físicas y mentales. En la actualidad estas comunidades se han transformado en grandes corporativos que muchas veces ponen más atención en la demanda de trabajo que en la realización personal de sus empleados, prestando más importancia en la cantidad que en la calidad del trabajo realizado.

Toda persona que ejerce una profesión u oficio esta expuesta a sufrir algún tipo de riesgo o enfermedad relacionada con su ámbito laboral; un factor predominante en la mayoría de las profesiones es el estrés que éstas causan debido a sus excesivas demandas; esto aunado a otros factores de riesgo puede provocar el Síndrome de Burnout que suele tener manifestaciones diferentes en cada persona, dado que la conducta y las actitudes son únicas para cada individuo.

El Síndrome de Burnout se abordó en sus inicios sólo por observaciones realizadas por Freudenberg en 1974, lo que al paso del tiempo necesito de un instrumento que diera cuenta del síndrome en forma cuantitativa. A la fecha se ha utilizado en su mayoría el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual ha sido desarrollado y usado en población extranjera, aunque no se tiene una adaptación para la población mexicana. Por estas razones decidimos utilizar la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) que es un instrumento que se diseñó específicamente para la población mexicana.

Se realizó un estudio para conocer si existía el Síndrome de Burnout en la profesión de Odontología desde el principio de la formación académica, por ello

nos enfocamos en los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM.

En el capítulo I “Salud y Trabajo” se proporciona un marco de referencia acerca de las primeras aportaciones respecto a la estrecha relación que existe entre el trabajo y la salud, los organismos involucrados y los riesgos que pueden perjudicar al trabajador.

En el capítulo II “Síndrome de Burnout” se aporta la teoría necesaria para comprender en que consiste este síndrome, las diversas definiciones que se le han dado, cuáles son sus desencadenantes y facilitadores, cuáles son sus síntomas, cuáles son sus consecuencias, la prevención y tratamiento del mismo.

En el capítulo III “Odontología y Burnout” se aborda la historia de la Odontología en México y diversos países, el perfil del odontólogo, su ambiente laboral y los estudios realizados anteriormente acerca de la relación que existe entre esta profesión y el Burnout.

El capítulo IV “Método y Resultados” contiene la descripción de la metodología que se empleó en la presente tesis y los resultados obtenidos respecto a las variables sociodemográficas de los estudiantes de Odontología y la relación con el Síndrome de Burnout.

Por último en el capítulo V “Discusión y Conclusiones” se compara la literatura revisada con los resultados de nuestro estudio y se plantean aportaciones para la facilitación de nuevos estudios acerca de este tema.

CAPITULO I

SALUD Y TRABAJO

En este capítulo trataremos la relación que existe entre la salud y el trabajo, partiendo desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, mencionando de dichas instituciones desde los inicios hasta el momento actual, sus diversas áreas de estudio y colaboración. Nos referiremos a la importancia de la Psicología de la Salud y los estudios realizados por ella, así como las áreas vinculadas a ésta y las actividades que desempeña el profesional en esta rama. También se tocará el tema de la Psicología de la Salud enfocada al trabajo, su relación y estudio con la salud mental, la psicopatología laboral y los riesgos laborales que pueden perjudicar en la salud del trabajador.

CAPITULO I

SALUD Y TRABAJO

1.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Fue creado el 7 de abril de 1948.

El primer esbozo de la OMS surgió de la Conferencia Internacional de Salud celebrada en julio de 1946, en esta reunión, organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de la ONU, se redactan los primeros estatutos de la OMS.

Fue establecido en 1948 para lograr el nivel de salud más alto posible por medio de:

- La promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones.
- La aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades.
- La mejora de la calidad de la vida.

Sus objetivos son:

- Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas.
- Promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud.
- Desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos.

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano que dirige las actividades de la OMS y está formado por 191 miembros que se reúnen anualmente, los principales cometidos de esta son aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para el siguiente bienio, y tiene la capacidad de designar un Director General (para un período de cinco años), supervisa las políticas financieras de la organización y decide las principales cuestiones relativas a las políticas sanitarias. Además, la OMS cuenta con un Consejo Ejecutivo integrado por 32 expertos de la salud cuya función principal es dar efecto a las decisiones y a las políticas de la Asamblea, aconsejarla y facilitar generalmente su trabajo.

La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

Dicha constitución define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, en esta definición aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y como profesión en el campo de la salud ocupacional.

Organización Panamericana de la Salud.

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue creado por los gobiernos del Continente Americano en 1902. Es el organismo intergubernamental de cooperación técnica especializado en temas de salud del Sistema Interamericano (OEA). A partir de 1948, actúa además como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas y como tal es parte integrante del Sistema de las Naciones Unidas (ONU).

Se trata del Organismo de cooperación técnica en salud más antiguo, cuya misión es contribuir a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas con equidad.

La sede de la Organización se encuentra en Washington, DC. El personal de la institución comprende a científicos y técnicos expertos que, ya sea en su sede, sus oficinas representativas en 27 países o sus ocho centros científicos, trabajan con los países de América Latina y el Caribe para abordar temas prioritarios de salud. Las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros de la OPS fijan las políticas técnicas y administrativas de la Organización por medio de sus Cuerpos Directivos.

Los Gobiernos Miembros de la OPS son los 35 países de las Américas; Puerto Rico es un Miembro Asociado. Francia, el Reino de los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son Estados Participantes, por otra parte, España y Portugal son Estados Observadores.

La OPS promueve la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Colabora con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y enfermedades nuevas como la epidemia del sida que se está propagando.

Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles. La Organización también participa en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que afectan cada vez más a la población de los países en desarrollo en las Américas.

Los Cuerpos Directivos han dado a la OPS el mandato de participar muy activamente en la lucha por reducir el consumo de tabaco, haciendo hincapié en los aspectos sanitarios y en el elevado costo del tabaquismo para los países.

También continúan destacando la importancia de abordar la promoción de la salud como una estrategia dirigida a las poblaciones y no como una abstracción.

La Dra. Roses es la actual directora de la Organización Panamericana de la Salud, fue elegida por los ministros de Salud del continente el pasado 25 de septiembre, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana. Su elección marca un hito en la historia de la Organización ya que se trata de la primera argentina y la primera mujer que esta al frente de esta entidad que acaba de cumplir 100 años trabajando por la salud de las Américas.

Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Valores:

Equidad

Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.

Excelencia

Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.

Solidaridad

Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.

Respeto

Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.

Integridad

Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

ANTECEDENTES DE LA REPRESENTACIÓN EN MÉXICO

En México, opera una Representación de OPS/OMS desde 1952, que hasta el año 1984 atendió también a Cuba, República Dominicana y Haití. En la ciudad norteamericana de El Paso, Texas, existe una Oficina de Campo de la OPS/OMS que desarrolla labores de cooperación técnica a lo largo de los poco más de 3,000 Km., de frontera común entre México y Estados Unidos, cuyo trabajo tiene obvias implicaciones para ambos países.

La Cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de Mayo de 1984 y que esta sustentada en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

El trabajo de la OPS/OMS en México tiene los retos diversos de aportar al desarrollo de las instituciones de salud de alto nivel científico con que cuenta el país; apoyar los esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas aún prevalentes; contribuir a la respuesta sanitaria que se está dando al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables.

Asimismo, la extensión territorial del país, su organización constitucional de tipo federal y el acceso segmentado de la población al sistema público de salud,

condiciona que la cooperación técnica genere iniciativas y trabaje con creatividad en apoyo a la interlocución y puesta de acuerdo entre las diversas instituciones y organizaciones del espectro sanitario: públicas y de la sociedad civil; con y sin fines de lucro; nacionales e internacionales.

La labor actual de la OMS y la OPS está enfatizada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus cuerpos directivos.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

Para el trabajo de cooperación técnica en México durante los próximos 5 años, se han definido cuatro áreas, que en conjunto concentran 20 Prioridades de cooperación a las que se vinculan 54 Líneas de Acción de la CT. Esta propuesta de elementos ordenadores del trabajo se estableció con base en la realidad identificada a lo largo del ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País (ECP/CCS) que, como se adelantó en la introducción, conllevó la consulta a más de 400 directivos, profesionales y académicos del sector salud y de otros sectores de la economía que contribuyen a la mejora de las condiciones de vida y la situación sanitaria de la población, así como la revisión amplia de información y documentos claves sobre el quehacer sanitario nacional.

1.2 CONCEPTO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: Un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad (Parra, 2003). En la misma declaración se reconoce que

la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de los individuos y naciones, además de la aplicación de medidas sociales y sanitarias. En esta definición aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y como profesión en el campo de la salud ocupacional.

La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio en el que viven y trabajan.

1.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es un organismo especializado de las Naciones Unidas, está consagrada a la promoción de oportunidades de trabajo decente y productivo para mujeres y hombres, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana.

La OIT fue creada el 11 de abril de 1919 con el propósito primordial de adoptar normas internacionales que abordaran el problema de las condiciones de trabajo que entrañaban «injusticia, miseria y privaciones». Su Constitución fue elaborada entre enero y abril del mismo año por una Comisión del Trabajo establecida por la Conferencia de Paz, que se reunió por primera vez en París y luego en Versalles.

En 1944, la inclusión de la Declaración de Filadelfia en su Constitución amplió el mandato normativo de la organización para dar cabida a asuntos de carácter general relacionados con la política social y los derechos humanos y civiles, en 1946 se convirtió en el primer organismo especializado de las Naciones Unidas.

Debido a la finalización de la Guerra Fría y frente al proceso de globalización, como consecuencia del deterioro de los derechos laborales en todo el mundo, la OIT ha destacado la necesidad de dar prioridad al cumplimiento de las Normas, Principios y Derechos Fundamentales en el trabajo garantizados por los ocho convenios fundamentales que son: libertad sindical, negociación colectiva,

abolición al trabajo forzoso, abolición del trabajo infantil, eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación, empleo decente y democratización de la globalización.

Dentro del Sistema de las Naciones Unidas, la OIT es la única organización que cuenta con una estructura tripartita, en la que los trabajadores y los empleadores participan en pie de igualdad con los gobiernos en las labores de sus órganos de administración. Los órganos que la conforman son:

La Conferencia Internacional del Trabajo

Es el órgano superior de la OIT se reúne anualmente en Ginebra en el mes de junio. Establece y adopta el texto de las normas internacionales del trabajo, sirve de foro en donde se debaten cuestiones sociales y laborales de importancia para todo el mundo, le corresponde la sanción de las normas internacionales del trabajo, aprueba también el presupuesto de la Organización y elige al Consejo de Administración de la OIT. Está integrada por cuatro delegados de cada país miembro, dos de ellos elegidos por el gobierno, y los otros dos propuestos por las organizaciones de trabajadores y empleadores.

También corresponde a la Conferencia Internacional examinar las memorias anuales que cada país debe presentar sobre el estado de la aplicación de las normas internacionales en cada país, y eventualmente aprobar recomendaciones en los casos en que existen deficiencias. En esa tarea la Conferencia cuenta con la ayuda de la Comisión de Expertos que debe examinar cada memoria y producir un informe a la Conferencia recomendando los cursos de acción en cada caso.

A partir de 1998 la Conferencia debe examinar el Informe Global sobre lo que ordena la Declaración de la OIT relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo, que debe preparar la Oficina, debiendo dar cuenta, cada año en forma rotativa, el estado en que se encuentran cada uno de estos puntos:

- Libertad sindical y de asociación, y reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva.
- La eliminación de todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio.
- La abolición efectiva del trabajo infantil.
- La eliminación de la discriminación en el empleo y la ocupación.

La Comisión de Expertos

La Comisión de Expertos se dedica a la aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR) es un organismo permanente asesor de la Conferencia Internacional, integrado por juristas especialistas en Derecho Internacional del Trabajo. La función de la Comisión de Expertos es examinar las memorias que todos los países tienen la obligación de presentar cada año, definiendo el estado en que se encuentra la aplicación de los convenios internacionales en cada país. Cada año la Comisión de Expertos debe presentar su informe a la Conferencia, con la opinión que le merece cada situación y las recomendaciones que propone en cada caso. Las opiniones de la Comisión de Expertos han adquirido gran importancia jurídica para la interpretación de las normas internacionales y se encuentran recopiladas como jurisprudencia en cada convenio, en la base de datos ILOLEX.

El Consejo de Administración

El Consejo de Administración adopta decisiones acerca de la política de la OIT y establece el programa y el presupuesto que, posteriormente, presenta a la Conferencia para su adopción, también elige al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. Está integrado por 56 personas. De los 28 integrantes que corresponden a los gobiernos, 10 son designados directamente por los diez países de mayor importancia industrial y el resto por los delegados gubernamentales en la Conferencia. Los otros 28 miembros corresponden en partes iguales a los trabajadores y empleadores, los cuales son elegidos por los

bloques correspondientes en la Conferencia. Los miembros se renuevan cada tres años. Esta institución es el órgano administrativo de la OIT, se reúne cuatrimestralmente y actúa a través de la Oficina Internacional del Trabajo, cuyas reglas de funcionamiento establece.

El Comité de Libertad Sindical

El Comité de Libertad Sindical (CLS) es un importante organismo que depende del Consejo de Administración, integrado por nueve de sus miembros, pertenecientes por partes iguales a los tres bloques. Su función es intervenir en las quejas relacionadas con la libertad sindical, derivadas de las potenciales violaciones a los Convenios Internacionales N° 87 y 98 y aquellos que resultan complementarios. La importancia del CLS radica en el alto perfil político de sus miembros, y en la facultad que tiene para producir recomendaciones críticas a los gobiernos, cuando determina que la libertad sindical ha sido afectada. Cabe destacar que existe un procedimiento específico para procesar las quejas por violaciones a la libertad sindical.

La Oficina Internacional del Trabajo y Director General

La Oficina Internacional del Trabajo está dirigida por el Director General, elegido por la Conferencia Internacional en mandatos de cinco años, quien a su vez contrata el personal de acuerdo a estrictas normas de concursos. La Oficina Internacional del Trabajo es la secretaría permanente de apoyo a la tarea de la Conferencia Internacional y el Consejo de Administración. Actualmente el Director General de la OIT es el chileno Juan Somavía, quien ha tenido tal cargo desde 1999 y fue reelegido en las últimas elecciones.

Las Oficinas regionales

La Oficina Internacional del Trabajo posee una estructura regional descentralizada en cinco regiones: África, América Latina y el Caribe, Estados Árabes, Asia y el Pacífico, y por último Europa y Asia Central. A su vez, cada

región tiene oficinas subregionales y de área. Estados Unidos y Canadá no están incluidos en ninguna región especial.

Dirección Ejecutiva de Diálogo Social

La Oficina Internacional del Trabajo está integrada por un gabinete de cinco direcciones ejecutivas. Una de ellas es la de Diálogo Social, que a su vez está dividida en dos importantes estructuras: las oficinas de Apoyo a las Actividades de los Trabajadores (ACTRAV) y de los Empleadores (ACTEMP):

- ACTRAV.- Es la Oficina de Apoyo a las Actividades de los Trabajadores. Actúa en relación directa con el bloque de trabajadores de la Conferencia Internacional, las dos centrales internacionales (CSI y FSM), los sindicatos mundiales (federaciones sindicales internacionales) y las centrales sindicales nacionales.

- ACTEMP.-Es la Oficina de Apoyo a las Actividades de los Empleadores. Actúa en relación directa con el bloque de empleadores de la Conferencia Internacional, la central internacional (OIE), y las cámaras empresariales sectoriales, regionales y nacionales.

Las diversas tareas que lleva a cabo la OIT están agrupadas en torno a cuatro objetivos estratégicos:

- Promover y cumplir las normas y los principios y derechos fundamentales en el trabajo.
- Generar mayores oportunidades para que mujeres y hombres puedan tener empleos e ingresos dignos.
- Mejorar la cobertura y la eficiencia de una seguridad social para todos.
- Fortalecer el tripartismo y el diálogo social.

La Declaración de la OIT en 1998 habla acerca de los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento, debido a los graves problemas ocurridos por la globalización sobre los derechos laborales. La Declaración dispuso brindar especial atención a la efectiva aplicación de los derechos fundamentales de los trabajadores que son:

- La libertad de asociación y la libertad sindical y el reconocimiento efectivo del derecho de negociación colectiva.
- La eliminación de todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio.
- La abolición efectiva del trabajo infantil.
- La eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación.

La Declaración precisa que los derechos fundamentales del trabajo son universales y deben ser respetados a todas las personas en todos los países, sin importar el nivel de desarrollo económico de cada uno. Para llevar esto a cabo la OIT creó un mecanismo de seguimiento de la Declaración mediante un informe anual a la Conferencia en el que se analiza la situación de cada uno de los cuatro grupos de derechos, en forma rotativa.

La Visión de Trabajo de la OIT

El trabajo es fundamental para el bienestar de las personas. Además de proveer ingresos, el trabajo puede contribuir con un progreso social y económico más amplio, fortaleciendo a los individuos, sus familias y comunidades. Sin embargo, este progreso está vinculado a un trabajo que sea decente. El trabajo decente resume las aspiraciones de las personas durante su vida laboral.

El Director General de la OIT Juan Somavía, ha dicho que:

La meta principal de la OIT hoy en día es promover oportunidades a mujeres y hombres para la obtención de trabajos decentes y productivos, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana.

La organización busca promover la creación de empleos, regular de mejor manera los principios y derechos de los trabajadores, mejorar la protección social y promover el diálogo social y proveer información relevante, así como facilitar técnicas de asistencia y de entrenamiento.

1.4 CONCEPTO DE TRABAJO

El concepto de trabajo se describe como una actividad propia del hombre. Otros seres vivientes también actúan dirigiendo sus energías coordinadamente y con una finalidad determinada. Sin embargo, el trabajo entendido como el proceso entre la naturaleza y el hombre, es exclusivamente humano. Al final del proceso del trabajo humano surge un resultado que antes de comenzar este proceso ya existía en la mente del hombre. En un sentido amplio el trabajo es toda actividad humana que transforma la naturaleza a partir de cierta materia dada. La palabra trabajo deriva del latín *tripaliare*, que significa torturar; de ahí pasó a la idea de sufrir o esforzarse, y finalmente de laborar u obrar. El trabajo en sentido económico, es toda tarea desarrollada sobre una materia prima por el hombre, generalmente con ayuda de instrumentos, con la finalidad de producir bienes o servicios. (Méndez, 2005).

1.5 RELACION DEL TRABAJO CON LA SALUD

El trabajo es fuente de salud.

Mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para mantener un buen estado de salud. Una comunidad o un país

mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condición de trabajar pueden acceder a un empleo que llenen algunos aspectos positivos, como son:

- Salario: que permite a su vez la adquisición de bienes necesarios para la manutención y mejoramiento del bienestar individual y grupal.
- Actividad física y mental: los seres humanos necesitamos mantenernos en un adecuado nivel de actividad física y mental, en forma integrada y armónica para mantener nuestro nivel de salud.
- Contacto social: un adecuado bienestar social es imposible sin un contacto con otros, esto a su vez tiene múltiples beneficios: apoyo emocional, desarrollo afectivo, etc.
- Desarrollo de una actividad con sentido: el trabajo permite que las personas podamos “ser útiles” haciendo algo que estamos en condiciones de hacer y que sirve a una finalidad social, el trabajo permite pertenecer a la comunidad y sentirse satisfecho con los resultados.
- Producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos: todos los trabajos producen para otros, por lo tanto, mejoran el bienestar de los demás.

El trabajo puede causar daño a la salud.

Las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidente y visibles son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Los daños a la salud efecto de trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos.

Los factores materiales de riesgo (herramientas pesadas y cortantes, la complejidad de las máquinas, pisos resbalosos, áreas mal iluminadas, etc.) son llamados así porque dependen de características materiales de trabajo independientemente de las personas que los usen.

Los riesgos dependientes de la organización del trabajo y de las relaciones laborales también pueden ser determinantes para el daño de la salud. Una jornada extensa (ritmo de trabajo acelerado) puede resultar en fatiga extensa para el trabajador que se ve expuesto y por lo tanto tendrá una mayor probabilidad de accidentarse. Por otra parte, el horario en que se desarrolle la jornada influye en las capacidades de respuesta de los eventos imprevistos.

El trabajo puede agravar problemas de salud.

El trabajo también puede agravar un problema de salud previamente existente, por ejemplo, una enfermedad cardiovascular donde intervienen factores como exceso de colesterol y sedentarismo, que por si mismos pueden incrementar la enfermedad; pero las características de algunos trabajos como los turnos de noche, la jornada extensa, el calor o frío pueden ser agravantes de dicho problema.

Las llamadas “enfermedades comunes” muchas veces tienen una causa directa en el trabajo. Otra forma de daño importante es la aparición de malestares persistentes que no se constituyen en una enfermedad precisa, aunque alteran el estado de bienestar, por ejemplo, los dolores de cabeza después de trabajar en un ambiente mal ventilado o con poca luz, la vista cansada, la fatiga muscular, etc.; a la larga, estos malestares crónicos van limitado las capacidades de tolerancia, de respuestas y del trabajo mismo, y es probable que el desgaste que llevan asociado implique una reducción en las expectativas de vida.

¿De qué se preocupa la salud laboral?

La salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de este en todos los planos: físico, mental y social.

Sin embargo la salud laboral es en primer lugar una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo. Trabajadores,

trabajadoras y empleados. “No es ético que las personas malogren su salud y su vida, intentando ganarse la vida”.

1.6 PSICOLOGIA DE LA SALUD

La psicología de la salud es una disciplina dentro del campo de la psicología, que esta íntimamente asociada con la medicina conductual y con el estudio de la salud conductual. La psicología de la salud se preocupa por el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que pudieran afectar a la salud física de las personas. Esta disciplina incluye una serie de contribuciones de la psicología para la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública relacionada a aspectos de carácter sanitario.

En general, la psicología de la salud involucra la aplicación de principios psicológicos a áreas asociadas con la salud física, como puede ser la tensión arterial, el control del colesterol, la prevención o disminución del estrés, el alivio del dolor, la prevención de adicciones, la práctica del ejercicio físico, entre otras. Además de que la psicología de la salud por otra parte, ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, las cuales ayudan al diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades crónicas y a modificar factores de comportamiento involucrados en la rehabilitación física y psicológica. Los instrumentos y técnicas de evaluación empleadas en la psicología de la salud son: entrevistas, cuestionarios, pruebas psicológicas, observación directa, autoobservación y autorregistro. (Brannon, 2001).

Los objetivos de la Psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, en resumen estos objetivos son:

- Aumento de la salud y el bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades.

- Mejor funcionamiento de casos con trastornos.

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

Estableciéndose hoy en día tres principales causas de enfermedad, en los cuales el estrés interviene: enfermedades del corazón, cáncer y accidentes cerebro vasculares.

Antecedentes históricos de Psicología de la salud

En 1969 William Schofield (citado por Simon, 1999) publicó un artículo en la revista *American Psychologist* logrando de alguna manera el surgimiento de la Psicología de la salud. En el artículo Schofield mencionó que eran escasos los artículos publicados entre 1966 y 1967 de la *Psychological Abstract* que se referían a temas que no se relacionaran directamente al campo de la salud mental; es decir que en ese período se publicaron muy pocos artículos sobre temas de aplicación de la psicología al campo de la salud. Como resultado de la publicación de este trabajo, la *American Psychological Association* (APA) organizó en 1973 un grupo de trabajo sobre investigación en salud, que fue coordinada por Schofield; Las conclusiones a las que llegaron este grupo fueron: "hasta el presente, los psicólogos americanos no se han sentido muy atraídos por los problemas de la salud y la enfermedad como áreas fecundas para la actividad investigadora tanto básica como aplicada; estos psicólogos no han percibido los beneficios que entraña para su trabajo a la hora de conseguir mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados".

Mas adelante en 1978, después de una serie de reuniones en su mayoría por Weiss, Matarazzo y Stone (citado por Simon, 1999), los miembros de la Sección, del *Network* y otros, realizaron una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud, cuyos objetivos primordiales son los siguientes:

- Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica.
- Apoyar y exhortar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual.
- Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, acerca de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
- Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En Estados Unidos de América el área en la que se ha empleado un mayor número de psicólogos ha sido en los centros médicos, en donde los psicólogos se han convertido en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, en los campos de cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología, etcétera.

Definiciones

El primer intento de definición formal de la psicología de la salud generalmente aceptado por la mayoría de los autores parece ser el de Matarazzo en 1980 (citado por Oblitas, 2002), quien la considero como: "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la

enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas". Esta definición fue considerada como la "oficial" en la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual de 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

Existen otros tipos de definiciones de la psicología de la salud que revisaremos a continuación:

- Gatchell y Baum en 1983 (citado por Roales, 1999), lo define como la disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.

- Bloom en 1988 (citado por Roales, 1999), se refiere a la psicología de la salud como el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

- Sarafino en 1990 (citado por Roales, 1999), señala que es el campo de la psicología que examina las causas de las enfermedades y estudia vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

- Carboles en 1993 (citado por Roales, 1999) menciona que la psicología de la salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud en especial físicos u orgánicos, con la función principal de prevenir la ocurrencia de los mismos, tratar o rehabilitar éstos, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad.

- Simón en 1993 (citado por Roales, 1999) señala que es la unión de las contribuciones específicas de los diversos terrenos del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la

promoción y mantenimiento de la salud, como para la prevención y tratamiento de la enfermedad.

- Marks en 1995 (citado por Roales, 1999), dice que la aplicación de la psicología a la salud ayuda a los problemas de la salud y cuidado de la salud por medio de la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.

- Taylor en 1995 (citado por Roales, 1999), se refiere a la psicología de la salud como el campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en como la gente permanece sana, por qué enferman y como responden cuando están enfermos.

Modelos en la Psicología de la Salud

Andía (2008) nos menciona que existen seis tipos de modelos que nos dan una referencia para saber donde comenzar, que pasos seguir y las técnicas que necesitamos para intervenir en las personas un cambio de conducta y de esta manera influir en la mejora de su salud.

- Modelo Cognitivo – Social.- Se asocia a los trabajos de Bandura, este modelo le da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia reciproca entre ellos.

- Modelo de Creencias en Salud.- Se originó por psicólogos del servicio de salud Pública de los Estados Unidos de América para entender por qué pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; en especial por que no participaban en exámenes para la detección de tuberculosis. El modelo se basa en la idea de que el cambio hacia conductas saludables está guiado por las creencias del individuo, concretamente a lo que se le denomina la "expectativa de valor", es decir, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa o posibilidad de que pueda alcanzarse ese resultado.

- La Teoría de Acción Razonado (planeada).- Se asocia a los planteamientos de los psicólogos Ajzen y Fishbein. Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de

una persona; una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta. Las intenciones son influidas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones que provienen de las presiones sociales, por estas razones no se considera como un modelo que por sí mismo puede explicar conductas preventivas.

- **Modelo de Reducción de Riesgo.**- Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados. Además, se intenta fundar una red de apoyo social que fortalezca las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se utilizan técnicas de la psicología social y cognitivas-conductuales.

- **Modelo Transteórico del Cambio Conductual.**-También llamado el modelo de Prochaska por su principal impulsor, se centra en las circunstancias que hacen posible el cambio. Menciona que la observación de individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresan de manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas. El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

- **Modelo Integrativo.**- Se fundamenta en las ideas de Bandura y del conductismo de Skinner, pretende integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que trata de enfocarse hacia la comunidad y no hacia los problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología. Su forma de aproximarse a los problemas

es multidisciplinario y lo importante según este enfoque, es entender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las limitaciones de los modelos anteriormente mencionados se deben a que: son representaciones parciales de la realidad, se centran en la parte individual; la mayoría de los modelos no consideran el contexto cultural y social de algunas conductas saludables; y por último, la salud es un constructo multidimensional.

Actividades de los Psicólogos de la Salud

Weiss en 1982 (citado por Oblitas, 2002) menciona que las actividades de los psicólogos de la salud se agrupan en tres categorías: investigación, aplicaciones y formación.

Oblitas (2002) enuncia que la investigación es la actividad predominante entre los psicólogos de la salud, la investigación esta orientada a cuestiones que corresponden al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Los conocimientos que aporten las investigaciones realizadas, serán el apoyo y la base de las aplicaciones en la clínica y demás esferas de aplicación. Algunas de las investigaciones realizadas recientemente por los psicólogos de la salud hacen referencia a temas tales como: practicas sexuales y su implicación en las enfermedades de trasmisión sexual, la prevención para no fumar y su relación con la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, practicas dietéticas saludables, entre otras. Una línea de investigación importante, dentro de la psicología de la salud que cabe destacar, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad, en especial la que hace referencia al modo como los sujetos afrontan el estrés y como las relaciones interpersonales afectan nuestra salud.

Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han descubierto nuevas estrategias para el enfrentamiento del dolor; también han desarrollado nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades, por ejemplo, el asma, trastornos gastrointestinales, hipertensión, entre otros padecimientos. Además de que los psicólogos que emplean estas estrategias se han interesado por la evaluación de la efectividad de dichas técnicas en un tratamiento determinado.

Los descubrimientos hechos en las distintas investigaciones, posteriormente se aplican en general a la prevención y al tratamiento de la enfermedad. De este modo es como se han creado programas para la prevención del tabaquismo, el tratamiento de los trastornos de alimentación, programas para el manejo del estrés, problemas cardiovasculares, asma bronquial, entre otros.

Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud

Oblitas (2002) nos menciona que hay otras disciplinas que tratan problemas similares a los de la psicología de la salud; éstas difieren en algunos aspectos de la psicología de la salud, pero se relacionan con ella. Las áreas relacionadas con la psicología de la salud son: medicina comportamental, salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología medica y antropología medica.

Medicina comportamental

Oblitas (2002) señala que el término de medicina comportamental es definido en 1977 por la Conferencia Fundacional de Yale como el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad; además de la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El término medicina comportamental se utiliza para referirse a un campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica, referido a la salud o a la enfermedad física, que reúne elementos provenientes de la ciencia del comportamiento, tales como la psicología, la sociología, la antropología, la educación sanitaria, la epidemiología, fisiología, farmacología,

nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública entre otras, tienen la función de colaborar conjuntamente en el cuidado de la salud, el tratamiento y prevención de las enfermedades.

La medicina comportamental contempla como objetivos básicos (Collins, Rici y Burkett, citado por Oblitas, 2002): 1) la intervención directa; 2) instruir a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) instruir a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico, 4) modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades; y 5) diseñar nuevas estrategias de intervención.

En los últimos años se aprecia por varios autores la utilización sin distinción de los términos de medicina comportamental y psicología de la salud para referirse a lo mismo. Oblitas menciona que diferenciar un término del otro actualmente es difícil y poco útil, debido a que desde la perspectiva del psicólogo que trabaja en el campo de la salud, los dos tipos de especialistas realizan lo mismo.

Salud comportamental

Matarazzo en 1980 (citado por Oblitas, 2002) dice que la definición de medicina comportamental acordada en 1978 no hacía especial hincapié en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Para enmendar esta deficiencia, Matarazzo propone una subespecialidad que es la salud comportamental, definiéndola como: “un campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas” (Matarazzo 1980, citado por Oblitas 2002).

En general es el campo interdisciplinario que se localiza conductualmente promoviendo buenos hábitos de salud y previniendo la enfermedad entre los que actualmente gozan de buena salud.

Medicina psicosomática

La medicina psicosomática precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas y no en la psicología. Esta disciplina resultó de los intentos a principios de los años veinte, para identificar los factores psicológicos específicos que se creían que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de las enfermedades somáticas. La medicina psicosomática fue definida por Weiner en 1985 (citado por Oblitas, 2002) como: “una aproximación a la enfermedad que se basa en las hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos, juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades”.

El centro de interés de esta disciplina, es el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, en especial el de los estados emocionales y el estrés. Sin embargo, desde hace poco sólo se le daba atención a un grupo pequeño de enfermedades que se pensaba estaban influenciados por factores emocionales específicos y por el estrés, dichas enfermedades eran: úlceras, asma, colitis y artritis reumatoide.

Psicología médica

La definición que dio Alonso-Fernández en 1978 (citado por Oblitas, 2002) es: “La Psicología médica abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo, además de los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia”.

Bishop (citado por Oblitas, 2002) nos dice que el significado de esta disciplina difiere según el país donde se utilice. Por ejemplo en Inglaterra, la psicología

médica es sinónimo de psiquiatría y ocurre de manera semejante con su interpretación en España. Por otro lado, en Estados Unidos de América es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos de carácter clínico a los problemas de enfermedad física.

Psicofisiología experimental

Su objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Esta disciplina intenta explicar una variedad de procesos conductuales por medio de la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Las investigaciones realizadas en el campo de la psicofisiología experimental contribuyeron a mejorar la instrumentación y la utilización de nuevas metodologías, que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología, además se aportaron descubrimientos empíricos sobre las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación y cognición, facilitando la comprensión y el manejo de numerosos problemas de salud. Las aportaciones mencionadas hicieron que se desarrollaran las técnicas de *biofeedback*, las cuales han tenido un papel fundamental en el desarrollo de la psicología de la salud. (Feuerstein y cols. 1986, citado por Oblitas 2002).

Psicología clínica

La psicología clínica es el conjunto de acciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica es el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda, a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

La *American Psychological Association* (APA) la describe como la forma de la psicología aplicada que intenta determinar las capacidades y características de la conducta del individuo recurriendo a métodos como son la medición, análisis y observación, y con base en una integración de estos resultados de los datos obtenidos a través de un examen físico y de la historia clínica, ofrece consejos para la adaptación adecuada del sujeto. Los modelos explicativos de los trastornos

abordados, las estrategias y objetivos de la intervención están relacionados con la existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su problema.

Hall y Marzillier en 1987 (citado por Oblitas, 2002) dicen que: “los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental. Entre sus actividades principales están: a) evaluación psicológica, b) tratamiento psicológico, y c) investigación psicológica”.

Por otra parte Phares en 1992 (citado por Oblitas, 2002) la define como: “un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal”.

Cuando se trata de hacer una distinción entre psicología clínica y psicología de la salud en el campo de la salud mental, queda para la psicología clínica por ejemplo los trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, entre otros, y para la psicología de la salud los trastornos relacionados con la salud física tales como asma, cáncer, artritis reumatoide, diabetes, etcétera.

Sociología médica

La sociología médica se desarrollo en los años cuarentas y cincuentas, esta disciplina implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud.

En 1994 Bishop (citado por Oblitas, 2002) define la sociología médica como: “La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la enfermedad”. Abarca cuestiones tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales respecto a la salud y la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud, entre otras.

La diferencia entre la sociología médica y la psicología de la salud, se debe a que esta primera se centra en los factores sociales que influyen en la salud, mientras que la última se centra en los procesos psicológicos.

Antropología medica.

Es la especialidad dentro de la antropología que estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. En el pasado los profesionales de este campo se interesaron por el estudio de cuestiones de salud en las sociedades tradicionales, en nuestros días las investigaciones realizadas se basan en los aspectos culturales de la salud de la sociedad occidental.

La antropología medica y la psicología de la salud se diferencian en que la primera hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y como la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad, además de que se interesa en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud. En cambio los profesionales de la salud reconocen la importancia de la cultura en como los sujetos tratan con los asuntos de salud, pero se muestran mas interesados por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

1.7 LA SALUD MENTAL EN EL AMBITO LABORAL.

La salud y el trabajo son dos aspectos estrechamente relacionados: un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo de la actividad laboral y constituye la base para conseguir el bienestar en el trabajo; el trabajo, asimismo, permite desarrollar nuestras capacidades físicas e intelectuales, aunque también constituye una fuente de riesgo para la salud. La promoción de la salud en el ámbito laboral es un aspecto primordial, esto es así no sólo por razones de tipo económico sino también por razones de bienestar personal en el sentido más amplio de término: bienestar físico, psicológico y social (Fernández, 1999).

La salud en el trabajo se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades y las expectativas del trabajador, por un lado, y las exigencias y oportunidades del entorno, por otro. La patología laboral, por el

contrario se puede definir como el conjunto de enfermedades y trastornos que se producen en una persona debido a las características del trabajo, tanto en lo que se refiere al ambiente como a las técnicas y procedimientos empleados (Llor, et al., citados en Fernández, 1999).

Desde esta perspectiva, el concepto de riesgo profesional hace referencia a la probabilidad de sufrir algún daño como consecuencia de las circunstancias o condiciones de trabajo. Bajo la denominación de condiciones de trabajo se incluyen el conjunto de variables que definen la realización de una tarea en un entorno y que influyen en la salud de una persona, tanto en los componentes físicos, como psicológicos y sociales (Llor et al., 1995).

SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

El concepto de salud mental, al igual que el concepto general de salud, no hace referencia únicamente a la ausencia de sufrimiento psicológico. La Federación Mundial para la Salud Mental la define como “un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes”. Aparte de esto la salud mental incluye un sentimiento de satisfacción y plenitud.

Kals (citado en Fernández, 1999) señala cuatro indicadores de los aspectos positivos de la salud mental y de los trastornos que pueden afectarla:

1. Indicadores de eficiencia funcional.
2. Indicadores de bienestar.
3. Indicadores de dominio de sí mismo y de competencia personal.
4. Signos y síntomas psiquiátricos.

De esta forma, el concepto de salud mental en el trabajo hace referencia al bienestar personal durante el desarrollo de una actividad laboral, asimismo, se incluye la influencia que el desarrollo profesional tenga en el comportamiento posterior fuera del mismo, así como los aspectos externos al ámbito laboral que

influyen de alguna manera en el bienestar de la persona durante la actividad laboral (Brannon, 2001).

Hayes y Nutman (citados en Fernández, 1999) señalan que, además de ser una fuente de ingresos, el trabajo proporciona una serie de elementos que influyen en la salud mental:

Un nivel de actividad.

El trabajo brinda al ser humano la oportunidad de aliviar la necesidad de estar activo mediante el gasto de energía físico y/o mental.

Una estructura del tiempo diario.

Esta función del trabajo permite distinguir, por oposición, los períodos de tiempo dedicados al descanso y ocio.

Un desarrollo de la expresión creativa y un dominio del ambiente.

El trabajo gratifica al ser humano en la necesidad de ser creativo, entendido en un sentido amplio e idiosincrásico como el sentimiento de lograr algo o explorar algo nuevo y dominar una parte del ambiente.

Un intercambio de relaciones sociales.

El trabajo satisface la necesidad de un vínculo social con otros miembros del grupo de pares o de la organización, que complementan las relaciones puramente afectivas que se establecen en el seno de la familia.

Una identidad personal.

La ocupación que una persona posee le confiere un determinado estatus en la sociedad. Una persona es identificada y valorada en función del empleo que ocupa.

Un sentido de utilidad.

Quizá sea esta una de las funciones más importantes del trabajo que satisface la necesidad de la gente de sentirse útil y de contribuir mediante la producción de bienes a la sociedad.

El funcionamiento psicológico adecuado, así como el resto de los sistemas que forman el organismo, es el fruto del mantenimiento de la homeostasis o equilibrio

entre el ser humano y el medio que lo rodea. La consecución de este equilibrio requiere dos condiciones básicas (Brannon, 2001):

a) Homogeneidad de la estructura del medio y de la personalidad del individuo, es decir, que las exigencias y situaciones del entorno resulten familiares o habituales a las experiencias anteriores del sujeto.

b) Toda acción nueva que se repite y que se vive en un clima de seguridad conduce al hábito (base del aprendizaje). Si esta repetición se ejerce en una atmósfera de seguridad (familiaridad debida a las experiencias análogas por las que se ha pasado y cuya resolución ha sido favorable) el resultado será un fácil logro del hábito y una rápida organización y consolidación de las funciones nerviosas necesarias para adaptarse a las nuevas exigencia.

Por lo tanto, el problema surge cuando las exigencias o demandas del medio laboral exceden a las capacidades o necesidades del trabajador, también cuando las necesidades del trabajador son probablemente satisfechas por las escasas o bajas exigencias del trabajo. Un aspecto muy importante en relación con la salud mental en el trabajo es la satisfacción laboral; la satisfacción es la medida en la que una persona obtiene placer de su trabajo (Fernández, 1999).

Locke (citado en Fernández, 1999) la definió como “un estado emocional positivo o agradable que resulta de la valoración del trabajo o de las experiencias laborales”. En cualquier caso se relaciona con las condiciones de trabajo (situación laboral, salario, principalmente) y con el comportamiento en el trabajo (absentismo y rotación de puestos).

Es evidente que existen responsabilidades relativas a la higiene mental en el ámbito del trabajo (educación, cultura, la vida afectiva, etc.), y que existen responsabilidades que competen a las partes implicadas (empresarios, trabajadores y profesionales de la salud). Lo idóneo es que la prevención en salud mental se lleve a cabo por un equipo pluridisciplinario. En la práctica, con la actual configuración de la salud laboral, es el médico o el psicólogo del trabajo quien debe tomar la iniciativa y hacerse responsable de varias actividades: interés por

los trabajadores que comienzan a presentar trastornos, dirigirlos al especialista o reintegrarlos profesionalmente, programar mejoras en las condiciones de trabajo, evaluar la eficacia de los programas que se lleven a cabo, etc. (Urbaneja et al., citado en Brannon, 2001).

PSICOPATOLOGIA LABORAL

La psicopatología del trabajo se centra en el estudio de los trastornos y conflictos que se derivan del desempeño de la actividad laboral, se excluyen por tanto aquellas alteraciones que tienen su origen en las condiciones de vida del trabajador o que obedecen a factores externos del trabajo (Brodsky, citado en Fernández, 1999).

Las condiciones de producción contemporánea, actividad con sistema técnico cada vez más refinados y complejos, producen exigencias crecientes en el trabajador; todo ello conduce a que en determinadas ocasiones, se llegue al límite de las posibilidades psicofisiológicas del trabajador. Una consecuencia directa de este hecho, es la sustitución de una de las alteraciones típicas del trabajo -la fatiga física- por la fatiga nerviosa (Cabral, citado en Fernández, 1999).

Los profesionales de la salud mental que se dedican al ámbito laboral reconocen que los problemas que se observan en los trabajadores requieren en muchos casos, conceptualizaciones distintas a las que se necesitan normalmente en la práctica clínica cotidiana. De hecho, el DSM IV contempla la categoría denominada Problema laboral; esta categoría se utiliza cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave para merecer una atención clínica independiente.

La psicopatología del trabajo constituye por tanto un campo muy especial que requiere categorías diagnósticas aplicables a los problemas psicológicos que se derivan de la actividad laboral. Todo ello ha llevado a que autores como Brodsky (citado en Fernández, 1999) hayan propuesto una serie de categorías diagnósticas para los problemas psiquiátricos derivados del trabajo. Se trata de

una clasificación basada en su experiencia directa en el estudio de los problemas más frecuentes observados en el contexto laboral.

Trastorno de las habilidades cognitivas.

Se incluyen los trastornos que afecta el aprendizaje, a la memoria, a la capacidad de abstracción a la capacidad para reconocer similitudes y comunalidades.

Trastorno de la capacidad de adaptación.

Hace referencia a la capacidad de algunas personas para adaptarse a los cambios relacionados con el trabajo: el comienzo en un nuevo empleo, el paso del desempleo al trabajo activo, la introducción de nuevas tecnologías, etc.

Trastornos basados en la desinhibición de emociones no expresadas (*acting-out*).

Hace referencia a personas que continuamente se saltan las reglas. Este tipo de sujetos necesitan destacar en el ámbito laboral mediante el no cumplimiento de las reglas establecidas, se trata de la expresión brusca de las emociones y sentimientos que están inhibidos fuera del trabajo.

Trastornos de interacción.

Esta categoría hace referencia a las dificultades de algunos trabajadores para realizar su tarea en grupo y coordinar sus actividades con otras personas. De hecho, es frecuente encontrar en el ámbito laboral a personas que trabajan mejor en solitario que integrados en un grupo de trabajo.

Otros trastornos laborales.

Se trata de una categoría que integra alteraciones laborales muy diversas. Entre ellas destacan la dificultad para controlar el tiempo o para priorizar una tarea sobre otra.

La importancia de la clasificación propuesta por Bodsky (citado en Fernández, 1999) radica, más que en el contenido de la misma -que por otra parte adolece de una falta de comprobación empírica-, en el estudio de las posibles categorías

diagnósticas aplicables a los problemas psicológicos que se derivan de la actividad laboral.

1.8 CLASIFICACION DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

Riesgo laboral es todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar daño, es aquella situación de trabajo que puede romper el equilibrio físico, mental y social de las personas. A continuación se mencionan algunos de los factores de riesgo más comunes en el ámbito laboral y las recomendaciones pertinentes para un mejor estado del trabajador.

Condiciones generales e infraestructura sanitaria del local de trabajo.

Todo trabajo se realiza en un espacio físico determinado, con límites más o menos precisos, ya sea que se realicen en locales cerrados o al aire libre. Cuando los trabajos se realizan en locales cerrados estos deben de contar con techumbre, pisos, paredes y ventanas en buen estado, lo cuál permite protección contra el frío y reducción de riesgos de accidentes.

Si el trabajo se realiza en espacios libres también se deben de tomar medidas para una adecuada protección. Entre las medidas sanitarias más importantes a considerar se encuentran la disponibilidad de agua potable y la existencia de servicios sanitarios (WC y lavamanos), la existencia de comedores limpios con agua y mobiliario suficiente, estos se requieren para la prevención de infecciones y malestares gastrointestinales.

Condiciones de seguridad.

La seguridad implica el uso de técnicas que permitan eliminar o reducir el riesgo de sufrir lesiones en forma individual o daños materiales en equipos, máquinas, herramientas y locales. En el trabajo moderno prácticamente no existe actividad laboral que no utilice algún tipo de máquina o equipo para realizar el proceso de trabajo.

Las herramientas son otra fuente de riesgo, especialmente cuando presentan superficies cortantes o punzantes y cuando se accionan motores, a esto se le agrega el riesgo de la utilización inadecuada o si ésta se encuentra en mal estado. Cuando las herramientas son eléctricas, la electricidad se considera otro factor de riesgo que puede causar lesiones e incendios.

Dentro de las condiciones generales de seguridad, las medidas generales de orden y aseo dentro del local de trabajo son de vital importancia. Gran parte de los accidentes se pueden evitar si existe un buen estado de pisos, señalización adecuada, sin obstáculos ni acumulaciones de materiales que puedan caer sobre las personas, es decir, que exista un orden que reduzca el riesgo y haga más fácil el trabajo.

Riesgos del ambiente físico

En todo lugar de trabajo existe un ambiente físico que rodea a las personas que laboran. Entre el ambiente y las personas se presenta una interacción que puede causar daño si se sobrepasan determinados niveles de equilibrio normal. Los principales factores del ambiente físico que nos interesa conocer son:

- Ruido:

Es un sonido molesto o que produce daño. En todos los lugares de trabajo se produce algún nivel de ruido; hay tareas que por el alto grado de concentración que exigen se ven dificultadas si existen altos niveles de ruido. La permanencia de un ruido molesto de fondo aumenta la sensación de fatiga al término de la jornada o aumenta la monotonía del trabajo. También afecta la comunicación, lo que en algunas actividades puede influir en que se cometan errores y ocurran accidentes.

- Vibraciones:

Las vibraciones en el lugar de trabajo están menos diseminadas que el ruido. Cuando existen aparatos, máquinas, vehículos, herramientas que utilicen motores existen riesgos de vibraciones (al mismo tiempo que producen ruido); por ejemplo, las herramientas manuales con motor pueden oscilar desde frecuencias medias a frecuencias muy altas, transmitiendo vibraciones al cuerpo por la zona en que

entra en contacto, generalmente manos y brazos, esta exposición constante y directa puede provocar enfermedades musculoesqueléticas.

- Iluminación.

Una buena iluminación permite realizar la tarea, atender las señales de alarma, detectar irregularidades, etc., además permite mantener una sensación de confortabilidad en el trabajo. Cuando no se puede utilizar la luz natural se debe recurrir a la luz artificial.

- Calor:

Se considera como un factor de riesgo físico cuando la temperatura corporal profunda se puede elevar encima de los 38° Celsius, en tales circunstancias el riesgo de muerte es inminente. Una forma de bajar la temperatura interior es aumentar la ventilación, el consumo de agua y disminuir la actividad física.

- Frío:

Como factor de riesgo, el frío se basa en el mismo principio señalado en relación al calor. El organismo debe mantener una temperatura profunda constante (por encima de 36 grados), para lo cual produce calor, si la temperatura exterior baja (exposición al frío), el calor producido en forma natural se pierde aceleradamente, llegando a poner en riesgo su vida. El frío produce incomodidad y obliga a un mayor esfuerzo muscular, con aumento en el riesgo de lesiones musculares.

Riesgos de contaminación química y biológica

El riesgo de contaminación por sustancias químicas o por agentes biológicos se encuentra bastante extendido y no sólo en actividades industriales que tradicionalmente se han asociado con el riesgo químico. Se pueden encontrar contaminantes industriales y biológicos en las siguientes situaciones:

- Sustancias utilizadas para la limpieza y sanitización en el local de trabajo.
- Sustancias químicas acumuladas en bodegas para su uso posterior, venta o manipulación.

- Agentes biológicos usados en el proceso productivo.
- Agentes biológicos de desecho.
- Agentes que proliferan en el lugar por acumulación de basura o por causas naturales.

Es fácil observar que, en forma indirecta, prácticamente todos los locales de trabajo deben vigilar la contaminación por agentes químicos (detergentes, material de aseo, tintas, etc.) y por agentes biológicos (basura del sanitario, comedores y cocina).

Sustancias químicas.

De acuerdo a la peligrosidad principal que presenten se pueden distinguir grandes grupos de sustancias:

- Inflamables: su peligro principal es que arden muy fácilmente en contacto con el aire, con riesgo resultante para personas y objetos materiales.
- Corrosivas: producen destrucción de las partes del cuerpo que entran en contacto directo con la sustancia.
- Irritantes: en contacto directo con el cuerpo producen irritación.
- Tóxicas: producen daño una vez que han ingresado al organismo.

Una sustancia puede poseer propiedades de alta inflamabilidad y al mismo tiempo ser irritante sobre la piel y tóxica para el sistema nervioso. Para que el compuesto químico produzca daño, se requiere su ingreso al organismo, al cual se puede producir por tres vías:

- Vía inhalatoria: el químico ingresa al través de la respiración ya sea por nariz o boca; mientras menor es el tamaño de sus partículas y mayor la frecuencia con que se respira, aumenta el paso al organismo a través de esta vía.

- Vía dérmica: penetra a través de la piel; los compuestos más grasosos penetran con mayor facilidad, algunos químicos van produciendo lesiones en la piel con lo cual va aumentando su riesgo.
- Vía digestiva: el químico ingresa al ser ingerido ya sea de forma directa o accidental en el consumo de alimentos contaminados.

Una vez dentro del organismo, la sustancia química entra a la sangre desde donde los sistemas normales de eliminación de desechos del organismo los tratarán de limpiar, el riesgo de daño depende de la capacidad de los mecanismos: a mayor cantidad de sustancia química mayor riesgo. Los daños que se pueden producir son variados dependiendo del químico que se trate: daños a nivel respiratorio, digestivo, riñón, hígado, glóbulos rojos, etc.; algunas sustancias tienen riesgo de producir cáncer y otros riesgos de malformaciones en la descendencia.

El riesgo de contaminación obliga a tomar medidas que incluyen el etiquetado y almacenamiento seguros, mantener siempre en orden los lugares con sustancias químicas, normas especiales para su manipulación, uso de elementos de protección personal adecuados, medición periódica de niveles ambientales si corresponde y evaluación periódica de trabajadores expuestos.

Carga de trabajo

La carga de trabajo se puede definir como el conjunto de requerimientos mentales y físicos a que se ve sometido un trabajador o una trabajadora para la realización de su tarea. Cuando se producen fatiga y malestares inespecíficos aumenta el riesgo de accidentes, cuando se controla adecuadamente aumenta la productividad y la satisfacción con el trabajo. Dentro de la carga de trabajo se pueden estudiar dos aspectos:

Demanda de esfuerzo físico.

En el trabajo se da una combinación de posturas, movimientos y fuerzas que se traducen en esfuerzo físico. Para mantener una postura determinada el organismo necesita realizar un esfuerzo sostenido que es más intenso mientras más estática es la postura y mientras mayor fuerza debe sostener. Los problemas inician cuando se le pide a una persona que permanezca en una misma postura durante un tiempo excesivo, en mala postura o que realice movimientos y fuerzas más allá de sus capacidades.

Para prevenir la fatiga y la aparición de problemas musculoesqueléticos derivados del esfuerzo físico, se deben adoptar medidas de control sobre:

- Postura: promover variedad de posturas y movimiento.
- Tiempo de exposición: promover esquemas de pausa y rotación a tareas que aumenten la variedad y el dinamismo de posturas.
- Movimientos en forma repetitiva: cualquier parte del cuerpo que se hace trabajar muchas veces en cortos períodos de tiempo, se daña por la falta de reposos adecuados entre un movimiento y otro.
- Exigencias de fuerza excesiva: cada grupo muscular se encuentra capacitado para realizar fuerza dentro de un cierto rango; se debe promover el uso de equipos de apoyo.
- Formas de realización de las fuerzas: la capacidad de una zona muscular para realizar una fuerza también depende de la postura en que se realice dicha fuerza: mientras más mala es la postura, más disminuye la capacidad de realizar fuerza.

Demanda de esfuerzo mental

El trabajo como actividad orientada al fin de obtener un producto o producir un servicio siempre produce una demanda de actividad mental; esta demanda es

clara en trabajos en que las personas deben aplicar mucho esfuerzo e interpretar datos, pero también es clara en los denominados trabajos manuales.

Todos los trabajos producen sensaciones a las personas, desde la observación de los componentes materiales del trabajo hasta la evaluación de recuerdos y sensaciones de gusto o disgusto con algún aspecto de la tarea o entorno. En el trabajo se utilizan los conocimientos y experiencias adquiridas con fines instrumentales, la utilización de destrezas y conocimientos adquiridos con fines más generales.

En el trabajo las personas interpretan lo que sucede a su alrededor en el medio material y en el medio social, el trabajo incluso moldea la forma en que se realiza esta interpretación, uno de los fenómenos psicológicos más complejos y difíciles de evaluar en el trabajo.

Se considera que un esfuerzo mental excesivo o inadecuado, requerido por algunos trabajos, implica un mayor riesgo, porque además de aumentar la probabilidad de accidentes y enfermedades, generan bajas de productividad y mayor insatisfacción con el trabajo.

Para poder objetivar la demanda de esfuerzo mental se debe considerar:

- Cantidad y dispersión de la información obtenida.
- Cualidades de la información: grado de elaboración que requiere, complejidad de los razonamientos para aplicarla, coherencia.
- Nivel de atención y concentración demandado.
- Rapidez de respuesta demandada.
- Grado de libertad en la toma de decisiones.
- Retroalimentación sobre los resultados.

Organización del trabajo.

Como ya señalábamos, el trabajo es una actividad orientada a un fin y, por lo tanto, organizada. En la actividad laboral moderna están organizados los tiempos de trabajo, las funciones y las relaciones entre los individuos. Una organización del

trabajo puede contribuir a un mejoramiento del nivel de bienestar de los trabajadores (as) o puede operar como un factor agravante del riesgo existente en los aspectos hasta ahora revisados.

Jornada de trabajo

La cantidad de horas que se trabajan se relacionan de diversas formas con la salud:

- Una gran cantidad de horas trabajadas implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo que esté presente en el lugar de trabajo (ruido, vibraciones y esfuerzos físicos).
- La cantidad de horas trabajadas le resta horas al tiempo de descanso. El descanso no sólo sirve para recuperarse del esfuerzo físico y de las pequeñas lesiones que se puedan producir en el trabajo, sino también para destinarlo a la vida familiar, pasatiempos, etc.

Ritmo de trabajo

Se refiere al tiempo necesario para realizar una determinada tarea, que se manifiesta en trabajar a una cierta velocidad, la que puede ser constante o variable. Los ritmos intensos de trabajo producen mayor demanda de esfuerzo físico y mental, por lo tanto, fatiga y riesgo de accidentes, además de insatisfacción que a la larga puede resultar improductivo.

Un ritmo intenso se puede moderar con pausas adecuadas, es más favorable un ritmo de trabajo que respeta la capacidad individual y la autonomía para su regulación, aunque a veces es difícil de alcanzar.

Los turnos de noche

Se suele considerar que, dado que el día tiene 24 horas, trabajar de noche es lo mismo, sólo que en otro segmento horario; esto no es así: al establecer trabajo nocturno se altera la fisiología normal del organismo, no se establece una adaptación porque no hay una transformación en seres humanos nocturnos.

En el mediano y largo plazo, los trabajadores en turno tienen un mayor riesgo de trastornos digestivos y cardiovasculares. Las experiencias muestran que los trabajadores en turnos enfrentan problemas para tener una vida social y familiar adecuada.

El ambiente social también influye en el trabajo nocturno:

- Género: es mucho más difícil soportar los efectos del trabajo en turnos para mujeres que están a cargo de labores domésticas. Las trabajadoras suelen llegar a preparar desayunos o almuerzos después de su turno y no a dormir según su necesidad.
- Niños: la presencia de niños pequeños que demandan cuidados se ha demostrado como un factor que dificulta la tolerancia al trabajo en turnos.
- Apoyo social: cuando el individuo cuenta con una suficiente base de apoyo social, ya sea por la existencia de una familia que le facilita las cosas (situación que suele faltar en las mujeres que trabajan) o por la existencia de programas diseñados provistos por la empresa, mejora la tolerancia al trabajo nocturno.

Relaciones sociales de trabajo

El trabajo es una actividad social con relaciones regladas entre los individuos, estas se dan en diferentes niveles. Existe un nivel formal y jerárquico que queda registrado en la estructura de una empresa y que se manifiesta en las obligaciones del contrato, el cual sirve para establecer con claridad la posición precisa de un trabajador individual dentro de la empresa en un puesto determinado, sujeto a obligaciones y bajo un mando específico.

Dicha formalidad permite además de que el trabajador reconozca las obligaciones que los demás tienen con él, que se expresa en un horario dentro del cual se le puede dar instrucciones y en un salario que la persona recibe a cambio de su labor.

Comunicación

Lo habitual es que el trabajador subordinado a un mando reciba una serie de instrucciones para realizar su trabajo; la forma en que se trasmite la información, su claridad y la capacidad de las personas para comprenderla, son importantes herramientas para una mejor productividad y una adecuada prevención de accidentes y enfermedades.

La comunicación también es un aspecto esencial de la convivencia humana y, en ese sentido, el espacio de trabajo es un lugar de convivencia entre personas para mejorar la satisfacción.

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, trabajan cada una enfocada a su concepto específico, a su vez la Psicología de la Salud añade el aspecto social y el comportamiento individual, para que el resultado de estas tres sea una buena salud general y un trabajo digno, tanto para el trabajador como para la empresa. Las investigaciones realizadas por la Psicología de la Salud enfocada al trabajo, son de suma importancia para encontrar una solución a los problemas ya sean físicos o psicológicos que se puedan suscitar en las personas.

Son importantes las normas establecidas por la OMS y la OIT, debido a que marcan las pautas necesarias para que se respeten los derechos básicos a la salud y a un trabajo digno.

Es necesario conocer los riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores para evitarlos y preservar la integridad personal, además de que debe de conocerse como es que afecta el trabajo en la salud para prevenirlo; debemos de recordar que la salud del trabajador beneficia o afecta en el desempeño y calidad de sus labores y como consecuencia en el de la empresa. El control de los riesgos, enfermedades o accidentes laborales, mediante la revisión

de la seguridad y buen funcionamiento de los instrumentos y del ambiente que ocupan, es de esencial importancia para lograr tal propósito.

Una enfermedad relacionada en el aspecto laboral que cada vez esta tomando mas auge y que muchas veces es ignorada y confundida con otras (cansancio, dolor de cabeza, estrés, etc.) quitándole importancia, es el Síndrome de Burnout, que se profundizará en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

SINDROME DE BURNOUT

En el siguiente capítulo haremos referencia al Síndrome de Burnout, sus antecedentes, las perspectivas y las diversas definiciones que se le han dado a lo largo de su historia. Se hablara de los factores y síntomas que manifiestan las personas que padecen en las diversas etapas de éste síndrome. Mencionaremos las diferencias que existen entre el Burnout y otras enfermedades relacionadas con la salud mental y física en el trabajo. También señalaremos los diversos factores que influyen para la propensión a este síndrome tales como las profesiones más vulnerables o el tipo de personalidad. Por ultimo se hará referencia a las consecuencias que produce, los tratamientos y prevención.

CAPITULO II

SINDROME DE BURNOUT

2.1 ANTECEDENTES DEL SINDROME DE BURNOUT

Diversos sectores se han preocupado por éste fenómeno y en el ámbito académico muchos investigadores han dedicado esfuerzos por conocer la razón del aumento de la prevalencia de dichos trastornos y en particular estudiar aquellas de índole psicológico que se originan del estrés laboral, dada su frecuencia y alto costo para las personas y organizaciones. En este contexto se ha observado que el Síndrome de Burnout es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro (Maslach y otros, 1997; Caramés, 2001).

Las primeras conceptualizaciones formales fueron realizadas hace aproximadamente 30 años por H. Freudenberger (citado en Maslach y otros, 2001) basado en su propia experiencia con voluntarios que trabajaban con él en una clínica de toxicómanos. Estos voluntarios, a pesar de su compromiso, presentaban síntomas de depresión, con una progresiva pérdida de energía y motivación por su trabajo. Para denominar éste fenómeno, el autor utilizó el término "Burnout" para explicar el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio (Cordeiro y otros, 2003) y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal (Croucher, 1991; Román, 1998).

Cordes y Dougherty (1993) hacen una revisión sobre el tema y plantean que durante la primera fase de la investigación (periodo comprendido entre 1970 y 1980) las definiciones del Burnout se podían clasificar en 5 tipos de conceptualizaciones: fracasar, gastarse, quedar exhausto; pérdida de la creatividad; pérdida del compromiso con el trabajo; distanciamiento de los clientes,

compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja; respuestas crónicas al estrés.

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia como una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo. También se le consideró como un tipo de “fatiga de compasión” dado que se le asociaba con las responsabilidades relacionadas con la asistencia a personas (Maslach y otros, 1993; Cordes y Dougherty, 1993).

Posteriormente, Maslach y Leiter (1997) además describen el síndrome como “la erosión del alma”, en el sentido que representa un desajuste entre lo que la persona es y quiere ser, con lo que realmente está realizando. Esta erosión afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona, situación de la que tiende a ser difícil su recuperación, en especial si no se cuenta con apoyo. En otras palabras, erosión aludiría al proceso gradual de pérdida que se da en el contexto del desajuste entre las necesidades de la persona y las demandas de la organización.

La investigación de tipo más empírica sobre el Burnout también fue iniciada por Maslach y su colega Jackson a partir de 1980, cuando estudiaban la activación de la emoción producto de relaciones interpersonales, y cómo las personas se adaptaban a ello. Para esto, realizaron entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir esta activación, por lo que se seleccionaron a aquellos que trabajaran en cargos dedicados al servicio y asistencia a personas con problemas. Como conclusión se señaló que el estrés asociado a esta activación efectivamente podía tener efectos dañinos y muy debilitantes para los individuos y la organización en la cual estaban trabajando (Maslach y otros, 2001; Cordes y Dougherty, 1993).

En base a los resultados obtenidos por Maslach y Jackson (Maslach y otros, 2001), en un comienzo se limitó el estudio del síndrome a profesiones relacionados con el servicio y asistencia a los problemas de los clientes, y por ello la mayor parte de las investigaciones entendían al Burnout como una enfermedad asociada exclusivamente a este tipo de actividad (Cordes y Dougherty, 1993). Hoy en día se ha tendido a superar dicho sesgo, dado que Maslach y sus colegas (2001) han observado, a lo largo de sus investigaciones, que el Burnout puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente contacto directo con personas. No obstante, las profesiones que presentan una mayor vulnerabilidad al Burnout siguen siendo aquellas relacionadas con la salud, la atención psicológica y psiquiátrica (principalmente terapeutas), asistencia social y la educación (Cordes y Dougherty, 1993). Las características comunes de tales profesiones parecen ser el desenvolvimiento de las personas en medios laborales extremadamente demandantes, donde se mantiene un intenso contacto con personas y la organización brinda inadecuado o escaso apoyo real a su labor (Maslach y otros, 2001; Cordes y Dougherty, 1993). Así mismo, el tipo de interrelación que deja más vulnerable al profesional, es el de atención “cara a cara” al cliente. Dichas interacciones se caracterizan por la necesidad de un alto compromiso personal y laboral y por ello quedarían expuestos a ver defraudadas sus expectativas. Además, si en las relaciones que se establecen en ambientes laborales hay prácticas nocivas como son el *mobbing* o acoso psicológico y en los que se propicie el tecnoestrés o estrés derivado desde la misma estructura de la organización, es altamente probable que se presente el síndrome (Bakker y otros, 2002; Piñuel, 2004).

Así mismo, los profesionales del sector público serían los que están más expuestos al Burnout. En especial estarían aquellos orientados al servicio, con metas idealistas y que trabajan típicamente bajo normas que tiene la expectativa de la continua entrega de energía emocional, cognitiva e incluso física, para poder satisfacer las necesidades de sus clientes. En este contexto, se ha visto que en la mayoría de las economías de mercados desarrollados, el sector público se ha visto en la necesidad de ajustarse a demandas crecientes realizadas por los

consumidores, para que haya servicio de calidad, pero sin un real apoyo social para satisfacer las expectativas. Esto implica grandes montos de tensión individual y organizacional, frecuentes cambios (como despidos o cambios de tareas) y reducciones presupuestales. Cuando se dan con sobrecarga de trabajo y demandas que están en conflicto, hay investigadores que señalan que sería casi seguro que el profesional podría entrar a una espiral de Agotamiento Emocional, cognitivo y físico llegando finalmente a presentar el Burnout (Shirom y Shmuel, 2002).

2.2 DEFINICION DEL SINDROME DE BURNOUT

En el inicio Freudenberger describe el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador", que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones. El autor afirmaba que el Burnout era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"), que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva (Bosqued, 2005).

Pines y Kafry definen el Burnout "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal" que posteriormente tendría un desarrollo más completo y que influiría en los planteamientos teóricos de diversos autores. Posteriormente, Dale es uno de los que inician la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Freudenberger aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una

determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad. El trabajo como detonante fundamental del Burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés); respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión); cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo). Con esta conceptualización, el autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno (Maslach, 2001).

Otros autores que aportan una definición de Burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky en 1980 (citado en Bosqued, 2005), que lo definen como "una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo". Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

- 1.-Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

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

- 3.-Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

- 4.-Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En esta misma época, Gillespie intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al Burnout según dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y Burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales. El autor abre, de esta forma, la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones del Burnout que, posteriormente, otros autores retomarían para intentar explicar la complejidad del síndrome (Losyk, 2003).

Con el tiempo se ha ido clarificando la naturaleza del síndrome, contando con una mayor claridad y delimitación de las características del Burnout. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) a través de sus análisis de investigación han realizado conceptualizaciones que hacen notar 5 elementos comunes del fenómeno: predominan síntomas disfóricos tales como fatiga emocional y conductual y depresión; hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales; es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo; los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de psicopatología y finalmente, el desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas.

También se ha aclarado que esta patología sería producto del estrés y que tendería a no aparecer de forma instantánea, sino que respondería a un proceso continuo (Maslach y otros, 2001; Cordes y Dougherty, 1993).

Producto del trabajo de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) hoy en día se ha obtenido un concepto más refinado del Burnout. Así se define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el "Agotamiento Emocional", conductas de "Despersonalización o Cinismo" hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o "Insatisfacción laboral" (Maslach y otros, 2001).

1. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

El agotamiento emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993). Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que genera en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de las personas que atienden (Maslach y otros, 2001).

La dimensión de agotamiento emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no pueden ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufely y Leiter, 2001).

2. DESPERSONALIZACIÓN

La dimensión de despersonalización o cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach y otros, 2001). Se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal. Mas adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original de dos de las dimensiones en la cual Despersonalización fue renombrado como Cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere esta dimensión (Shirom y Shmuel, 2002; Maslach y Leiter, 1997).

El cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de crisis. Cabe señalar que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones los niveles moderados de distanciamiento hacia los clientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el Burnout (Jackson y otros, 1986). Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo, puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los clientes e intelectualizaciones recurrentes de la situación. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja. Posteriormente los autores agregan que las demandas son mas manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach y otros, 2001): este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas (Bakker, 2002).

3. INSATISFACCIÓN LABORAL

La dimensión de insatisfacción laboral o falta de realización personal, alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el Trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en el comienzo (Maslach y otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach y otros, 1997). La dimensión de Insatisfacción laboral en el trabajo fue renombrada: antes se le conocía como logro reducido o inefectividad, sin embargo se siguen conservando intactos la agrupación de síntomas de la dimensión. Igual que en las dos dimensiones anteriores, se le critica a los autores la falta de respaldo teórico que apoye el cambio de nombre, dado que no queda claro a qué se refieren finalmente con el concepto (Shirom y Shmuel, 2002).

Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio o ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y baja autoestima (Bakker, 2002).

En cuanto a la definición de sus dimensiones, Maslach, Schaufeli y Leiter (2002) plantean que: el componente de estar agotado emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el Burnout. El componente de Despersonalización o cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal del Burnout. El componente de Realización personal o Insatisfacción laboral en el trabajo se refiere a la dimensión de autoevaluación del Burnout.

La conceptualización del síndrome también ha tenido un desarrollo teórico paralelo que permite explicar mejor su etiología y muchas veces ha estado reñida con la obtenida por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001; Gil-Monte y Peiró, 1999;

Pines, 2002). En respuesta a esta polémica, Gil-Monte y Peiró (1999) logran desarrollar un puente entre dichas perspectivas y el constructo trifactorial del Burnout por medio del análisis factorial y la explicación de los factores resultantes con un “híbrido” de diferentes corrientes teóricas.

Dentro de los aspectos en donde hay un amplio consenso es que el Burnout se desarrolla y persiste mayormente en el contexto del trabajo (Maslach y otro, 2001; Brenninkmeijer, 2002; Gil-Monte, 2002) e independientemente del tipo de ocupación, siempre que las demandas del trabajo sean altas y los recursos del trabajo limitados, dado que tales condiciones negativas conducen al agotamiento de la energía y minan la motivación de los empleados (Schaufeli y otros, 2001). A su vez, se acepta el hecho de que el síndrome sería una respuesta final a fuentes de estrés por lo que se le atribuye un curso crónico, siendo un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización (Gil-Monte, 2002).

2.3 SINTOMAS

Bosqued (2005) menciona los siguientes síntomas del síndrome:

1. Síntomas Cognitivos o mentales:
 - a) Sentimiento de fracaso, impotencia, desamparo, frustración e inadecuación profesional, con una percepción desproporcionada de los propios errores, a la par de una dificultad de ver los aciertos y los éxitos.
 - b) Dificultades de atención y concentración.
 - c) Déficit de autoestima.
 - d) Ansiedad, irritabilidad, repentinos cambios humor, incluso en ocasiones llegando a presentar un cuadro depresivo.

e) Actitud pesimista hacia el trabajo, con falta de ilusión o motivación por él.

f) Sentimiento de vacío.

g) Baja tolerancia a la frustración.

2. Síntomas Fisiológicos:

a) Cansancio y fatiga crónicos que no se solucionan con el descanso de fines de semana, puentes y vacaciones, puesto que el simple hecho de la vuelta al trabajo provoca que aparezcan y, en ocasiones, con mayor intensidad que antes.

b) Insomnio.

c) Cefaleas.

d) Dolores músculo-esqueléticos.

e) Taquicardias.

f) Alteraciones gastrointestinales, como gastritis, estreñimiento o diarrea, etc.

g) Aumento de la presión arterial.

3. Síntomas de comportamiento:

a) Descenso del rendimiento laboral y de la calidad del trabajo realizado.

b) Aumento del consumo de tabaco, café, fármacos u otras drogas, pudiendo llegarse a una adicción.

c) Frecuentes bajas laborales y ausencias injustificadas.

d) Dificultades en la relación con los receptores de sus servicios profesionales y con los compañeros de trabajo, llegando en ocasiones, a comportamientos paranoides y agresivos con ellos.

2.4 ETAPAS DEL SINDROME DE BURNOUT

El Burnout es un mecanismo particular de afrontamiento al estrés laboral y que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, se va manifestando el síndrome. Es por ello que el síndrome tiene un curso insidioso que avanza en gravedad, arrojando en las fases finales, los peores resultados de desempeño (Grau y otros, 1998).

Actualmente se proponen varias etapas: al principio, las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos de los profesionales. A consecuencia de ellos, hay un sobre esfuerzo en que el sujeto manifestaría signos de ansiedad, fatiga, irritabilidad, así como una reducción de las metas laborales, disminución de la responsabilidad personal y descenso en el altruismo profesional. Así mismo, se produciría un cambio de actitudes tales como distanciamiento emocional, deseo de huida, cinismo y rigidez (Burke y otros, 1995; Gold y otros, 1992).

Es así como en etapas tempranas las personas se sienten fatigadas física, mental y emocionalmente, y tienen intensas emociones de frustración, aburrimiento y desilusión (Potter, 1993). Presentan síntomas de tensión tales como aumento de consumo de alcohol, cafeína y nicotina, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, aislamiento de otras personas, disminución del contacto ocular, ánimo caído e irritabilidad (Croucher, 1991).

Cuando progresa, el Burnout comienza a afectar los hábitos de trabajo. Las personas acostumbradas a realizar trabajos de alta calidad, ya no tiene ganas de hacerlo y buscan "atajos para lograrlo". Esto comienza a minar la autoestima del trabajador y puede acarrear sentimientos de culpa (Potter, 1993). Trabajadores afectados llegan tarde y salen temprano y la productividad decae. Las reacciones emocionales contribuyen a un endurecimiento psicológico y a una defensa frente al medio. Estos trabajadores se vuelven aislados, evitando contacto con compañeros de trabajo y supervisores. Se vuelven cada vez más hostiles, irritados

y deprimidos, siendo el ánimo de pesimismo muy predominante. Se ha observado que pueden sufrir síntomas de tensión, tales como fatiga crónica, dolor de cabeza, lumbago, sequedad de la boca y garganta, dificultades para tragar, estreñimiento, problemas en la piel, constipación, dolores de pecho, palpitaciones o tics nerviosos (Croucher, 1991).

En las etapas finales del Burnout, los trabajadores experimentan un sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y una pérdida total del interés en su trabajo. La autoestima es muy baja y los sentimientos hacia el trabajo son totalmente negativos, así mismo el ausentismo se vuelve un problema frecuente. A estas alturas, la única solución es el cambio de trabajo. Las defensas de éstas personas se encuentran desgastadas, sobreviniendo la indefensión. Aunque aparentemente contradictorio, los trabajadores que llegan a las etapas finales del Burnout son usualmente personas muy responsivas a los demás y los compañeros de trabajo los tienden a buscar para lograr apoyo, dado que son personas siempre disponibles que recogen y absorben las quejas de los otros. No obstante, al llegar a las etapas finales se observa un cambio de actitud y distanciamiento, que va deteriorando los vínculos interpersonales dentro de la empresa (Potter, 1993).

Bosqued (2005) menciona que el Burnout va evolucionando a través de distintos grados a lo largo de su desarrollo, sin que ello quiera decir que todas las personas que lo experimentan lleguen a las fases mas graves. Ella distingue los siguientes niveles:

1. Leve: El sujeto comienza a experimentar los primeros síntomas de insatisfacción laboral y cansancio, acompañado de síntomas psicossomáticos como dolor de cabeza y de espalda. Puede producirse también una leve disminución en el rendimiento laboral y en la eficacia del trabajo realizado, así como cambios en el carácter de las personas.

2. Moderado: Intensificación de los síntomas comentados anteriormente, como disminución en la operatividad y en la eficacia del trabajo realizado. A los síntomas psicossomáticos de la fase leve se

añaden problemas en el sueño, dificultades de concentración, problemas en las relaciones interpersonales, pesimismo, cambios en el peso, disminución en el deseo sexual, y es además relativamente frecuente el recurso de la automedicación.

3. Grave: Al aumentar la insatisfacción laboral, que llega ya al nivel de disgusto, la productividad laboral disminuye marcadamente, aumentando el ausentismo laboral. Baja la autoestima del individuo al percatarse de la situación a la que está llegando. Suele ser frecuente el abuso de alcohol y/o de psicofármacos.

4. Extremo: El individuo deja de encontrar sentido al trabajo y a la profesión. Siente que ha fracasado y experimenta síntomas depresivos como pena, tristeza y pesimismo. Suele aislarse del entorno. Hay riesgo de suicidio.

Para Chernis 1980 (Citado en Bosqued, 2005) el síndrome de estar quemado evoluciona desde su comienzo a lo largo de tres fases:

1. El sujeto toma conciencia de lo que podríamos denominar una sobrecarga de trabajo que va acompañada de una falta de reconocimiento (de la empresa, de los superiores, compañeros o de los mismos usuarios a los que presta el servicio) y de una progresiva toma de conciencia de que sus expectativas iniciales ante esa profesión no se están cumpliendo. Se produce un desequilibrio entre las demandas laborales, los recursos personales y emocionales para afrontarlas y las gratificaciones obtenidas por el esfuerzo.

2. El sujeto, al no afrontar la fase anterior con estrategias de afrontamiento adecuadas, empieza a estar “chamuscado”, experimentando ya síntomas de tensión psicofisiológica, desequilibrio emocional y cierta desgana y desmotivación hacia el trabajo.

3. En esta tercera fase, el individuo presenta ya claramente síntomas de Burnout con todas sus consecuencias y se produce una modificación de

su actitud hacia el trabajo y de su comportamiento en el mismo. El trabajo le suscita apatía y desinterés, lo que se traduce en hacer lo mínimo imprescindible para cubrir sus obligaciones y mantenerse en el puesto de trabajo. El agravante está en que la desmotivación puede hacerse extensiva a otros aspectos de su vida, con lo que el sujeto se priva de otras fuentes de placer, satisfacción y realización que le compensaran de las que ha dejado de encontrar en el ejercicio de su profesión.

Según Leiter y Maslach (1988) el síndrome se desarrolla en cuatro fases, se inicia la secuencia con el cansancio emocional, el cual es el producto del desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales, a continuación se pasa a la despersonalización, que se convierte en una salida a la situación creada, finalmente, concluye en la falta de realización personal, que es el resultado de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial o de atención al público. Ver Tabla 1.

Tabla 1

Proceso del Modelo de Leiter y Maslach (1988)

Etapa	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Insatisfacción laboral	Baja	Baja	Baja	Alta

2.5 DIFERENCIAS ENTRE ESTRÉS Y BURNOUT

La principal diferencia entre estos dos estados es que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida y el Burnout siempre trae consecuencias negativas (Maslach, 2003). Cordes y Dougherty (1993) concluyen que de los

factores que componen tradicionalmente el Burnout (Agotamiento emocional, Despersonalización e Insatisfacción laboral), el Agotamiento Emocional e Insatisfacción laboral (también llamado falta de realización personal), son constructos formalmente estudiados en relación con el estrés. Sin embargo, la Despersonalización es un constructo único del síndrome y que no es abordado en la literatura acerca del estrés (Cordes y Dougherty, 1993).

Por otra parte Maslach y Leiter (1997) señalan que el Burnout es un síndrome que afecta directamente a los valores y la esperanza de las personas, provocando cuestionamientos existenciales y vocacionales que no se observan en el síndrome de estrés. Así mismo, el estrés parece afectar a personalidades predispuestas y se puede deducir que, a la larga, el Burnout afecta a todo tipo de personalidades, pese a que hay algunas más vulnerables que otras, mientras se cuente con el contexto organizacional que funcione como disparador (Maslach y otros, 1997; Croucher, 1991). Es así como se considera que el Burnout es precedido por el estrés, siendo una etapa final de un curso crónico (Hillhouse y otros, 2000).

2.6 PROFESIONES CON ALTO RIESGO

Bosqued (2005) menciona que está comprobado que el síndrome afecta con mayor frecuencia a aquellas personas que han elegido su profesión por vocación y que al inicio de su vida laboral se mostraban con mayor entusiasmo, dedicación y entrega, tanto a las tareas propias de su profesión, como a los usuarios de los servicios. Ciertas profesiones que exigen estar constantemente en contacto directo con otras personas con las que hay que implicarse emocionalmente, es decir, que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás, tienen una mayor probabilidad de verse afectadas por éste síndrome. Según esta autora y una investigación realizada por el Instituto Nacional de la Administración Pública (en España), los sectores profesionales mas afectados por el síndrome de Burnout son los dos siguientes:

1. La sanidad: Se estima que en este sector el número de afectados ronda entre el 20 y 30 %, llegando las cifras incluso al 40% entre los médicos de atención primaria.

2. La enseñanza: Con una cifra aproximada de un 30% entre los profesores de enseñanza secundaria.

A ellos, la autora añade otras profesiones tales como: trabajadores sociales, policías y cuerpos de seguridad en general, bomberos, funcionarios penitenciarios, personas cuya función consiste en recibir y atender las quejas o reclamaciones de los usuarios, funcionarios de distintas administraciones con atención directa al público, empresarios, altos directivos con elevado nivel de responsabilidad y personas con un trabajo rutinario y monótono. Sin embargo, Bosqued (2005) menciona que un amplio porcentaje de personas “se queman”, laboralmente hablando, cuando se dan en su trabajo las circunstancias que lo propician. Esta misma autora se plantea la pregunta de si todos los trabajadores, bajo la situación hipotética de que estuvieran en la misma empresa, igual profesión, tuvieran las mismas probabilidades de desarrollar un síndrome de Burnout en algún momento de su vida laboral; Bosqued encontró investigaciones que han llegado a la conclusión de que determinadas características de la persona y de su actitud frente al trabajo pueden hacer mas fácil que se llegue a desarrollar el síndrome. Encontró lo siguiente:

- a) Mayor vocación y entusiasmo al inicio de la vida laboral.
- b) Personalidad perfeccionista con un elevado nivel de autoexigencia.
- c) Fuerte dedicación al trabajo, ocupando éste un papel importante en su vida.
- d) Idealismo y optimismo.
- e) Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los demás.
- f) Déficit de estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes.
- g) Mayor vulnerabilidad al estrés.

h) Locus de control externo, es decir, actitud de que lo que a uno le ocurre depende de circunstancias externas y no del control que uno mismo pueda ejercer, tanto sobre sí mismo como sobre las situaciones externas.

2.7 FACTORES DE RIESGO

Cordes y sus colegas (1993) proponen clasificar los factores de riesgo del Burnout en tres grupos, que se analizan a continuación:

1. Factores de riesgo relacionado con características del cargo y rol a desempeñar: Estos factores son unos de los más relevantes, dado que se refieren a las características propias de la relación entre el trabajador y el cliente y aquellas relacionadas con el rol que se espera que cumpla. (Cordes y Dougherty, 1993). Por una parte, los cargos que se caracterizan por interacciones con el cliente que son más directas, frecuentes y largas o con clientes que tienen problemas crónicos, son asociados con niveles altos de Burnout. La relación con el cliente muchas veces se torna agresiva, pasiva dependiente o a la defensiva. Así mismo, la creencia de que el que provee el servicio es el único responsable de asegurar el bienestar futuro del cliente es una carga que deja exhausta a los proveedores de servicio y proclives a desarrollar el Burnout (Cordes y Dougherty, 1993). Por otra parte, los conflictos, la ambigüedad de rol y la sobrecarga exigida por el rol desempeñado, son variables que dejan vulnerables al síndrome (Cordes y Dougherty, 1993). Si al desempeñarse en el rol exigido por su trabajo hay presencia de conflicto, como resultado de incongruencia o incompatibilidad al ejercer el rol y tratar de cumplir las expectativas asociadas a él, la persona sería vulnerable a la generación del Burnout (Cordes y Dougherty, 1993). En particular se ha observado que el conflicto de rol se relaciona con los factores o dimensiones de Burnout, en especial el Agotamiento emocional y manifestación de

conductas de Cinismo o Despersonalización (Peiró y otros, 2001). Así mismo, si el rol a desempeñar es ambiguo, en donde hay gran necesidad de certeza y predictibilidad y las personas no cuentan con la información ni claridad suficiente en los procedimientos para desempeñarse en su trabajo (Cordes y Dougherty, 1993), se estaría más vulnerable a presentar Agotamiento emocional e Insatisfacción laboral (Peiró y otros, 2001). Finalmente, cuando las personas que prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de responsabilidades, experimentan sensación de que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas (Cordes y Dougherty, 1993) estarían en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización o Cinismo (Peiró y otros, 2001).

2. Factores de riesgo relacionados con las características de la organización: Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar Burnout (Kalimo, 2003). Así mismo, influye la forma de administrar los incentivos y castigos dentro de la organización. En este caso, generaría el síndrome, las políticas organizacionales que no incentivan contingentemente al esfuerzo realizado o cuando sólo hay castigos (Cordes y Dougherty, 1993). Maslach y Leiter (1997) afirman que el sentido común cree que las personas que sufren Burnout son débiles, ya que si para sobrevivir hay que ajustarse al medio, el Burnout manifiesta una falla en el ajuste de la persona al ambiente de trabajo. También se cree que estas personas no son razonables, que se quejan por todo y el Burnout sería solo otra manera más de quejarse. Generalmente, el ambiente de trabajo tiende a culpar al trabajador como responsable del Burnout que sufre y se le emplaza a buscar soluciones personales, como ir a terapia o cambiar de trabajo. Esta visión parece ser compartida por el trabajador, ya que las personas tienden a asumir su vivencia de Burnout en términos personales.

Muchos psiquiatras y psicólogos toman éste como un síndrome psiquiátrico y buscan aproximaciones de tratamiento individual (Cordes y Dougherty, 1993). Maslach y Leiter (1997) enfatizan que es fundamental entender el contexto en que sucede el Burnout. En organizaciones, usualmente los empleados que trabajan en el núcleo de producción base, ya sea de productos o de servicios, carecen de recursos, tiempo y energía necesaria para establecer una relación adecuada con los clientes. A esto es a lo que Maslach y Leiter llaman “efecto cascada”, los empleados que se encuentran al final de la cadena de servicio, tienen opciones de ajuste mas limitadas y por ende se encuentran mas expuestos al desarrollo del Burnout. También se han descrito factores protectores que pueden ser útiles para la prevención del Burnout (Acevedo, 2003):

- a) Políticas explícitas de reconocimiento por un trabajo bien hecho.
- b) Políticas de producción y de administración de recursos humanos que generen las oportunidades de desarrollo de carrera.
- c) Cultura organizacional que valore al trabajador como individuo.
- d) Administración cuyas acciones y decisiones son coherentes con la declaración de valores organizacionales.

Los factores que protegen del Burnout al trabajador en una organización se caracterizan por fomentar los recursos personales de sus miembros, proveer de un trabajo que es desafiante y generar un clima satisfactorio y apoyador (Kalimo, 2003).

3. Factores de riesgo relacionados con aspectos personales: En algunas investigaciones se han identificado características que contribuyen a explicar la razón de por qué algunos individuos experimentan el síndrome y otros permanecen sin síntomas. Entre ellas, se encuentran las características demográficas, tales como el género, la edad y el apoyo social percibido. En cuanto a género, no hay diferencias significativas o se encuentran muy entremezclados con características culturales y sociales. La edad influye en cuanto a que las personas más

jóvenes tienen más probabilidades de sufrir Burnout. El apoyo social percibido aparece como un factor protector ante el síndrome, dado que el apoyo ayuda a manejar mejor la tensión y el estrés. Este apoyo puede ser tanto del círculo más íntimo como la familia, tanto como el de pares y supervisores. Por otra parte, una característica personal importante es la de susceptibilidad a los estímulos emocionales del ambiente de trabajo, que contribuye a que las personas presenten el síndrome sólo por estar expuestas a otras personas con Burnout (Cordes y Dougherty, 1993). Zellar (1998) sugiere que el uso de las tipologías dominantes de la personalidad puede ayudar a desarrollar una comprensión más profunda de las reacciones individuales del Burnout, en cuanto a su cualidad mediadora entre el estrés ambiental y el síndrome. Para la personalidad neurótica fue asociado un agotamiento emocional más alto; la personalidad extrovertida se relaciona inversamente con la despersonalización y la extraversión y la franqueza fueron asociadas inversamente a la realización personal disminuida, entre otros tipos mencionados por este autor. El modelo de Kobasa (1982, citado en Moreno y otros, 2002) señala que las personalidades resistentes a este tipo de síndromes se caracterizan por ser:

a) Personas comprometidas, que tienen la tendencia a implicarse en diversas actividades e identificarse con el significado de su trabajo. Las personas son capaces de reconocer sus logros personales y se hacen cargo de sus propias decisiones y valores. En general, tienen la expectativa de que serán exitosos en lo que emprendan.

b) Personas que perciben control sobre su ambiente y acontecimientos, de modo que sienten que pueden manejar los estímulos para su propio beneficio.

c) Personas que perciban el cambio como una oportunidad para mejorar y no como una situación de amenaza. Ello proporciona al sujeto una flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad y

considera el cambio como característica habitual de la historia y la vida.

En base a la evidencia es posible afirmar que el Burnout se puede entender como el resultado de la interacción entre las variables de personalidad y las variables del ambiente, dado que ninguna ha sido claramente identificada como un factor de riesgo único (Moreno y otros, 2000).

2.8 COMPARACION DEL BURNOUT

Esto es relevante dado que el proceso en que ocurre el Burnout supone una compleja interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales, actitudinales y ambientales (Gil-Monte y Peiró, 1998). Incluso la discusión inicial sobre el síndrome se focalizó en la validez discriminante del Burnout, de modo que se buscaba conocer si era un fenómeno diferente y distintivo (Maslach y otros, 2001). Entre los constructos que se han observado como más relacionados con el síndrome se encuentran la depresión, la satisfacción laboral y finalmente su estrecha relación con el estrés.

1. Satisfacción Laboral: En cuanto a las diferencias entre satisfacción laboral y Burnout, las investigaciones han encontrado una correlación negativa entre estos dos constructos. Esto indica que no son idénticos, pero sí que están claramente ligados. Sin embargo, la naturaleza de cómo están ligados sigue siendo materia de especulación, dado que no queda claro si la insatisfacción lleva al Burnout o si es el Burnout el que generaría la sensación de insatisfacción laboral. No obstante, se ha visto que hay personas que no están plenamente satisfechas con su trabajo y no necesariamente presentan el síndrome (Maslach y otros, 2001).

2. Depresión: La depresión presenta algunos síntomas que también los manifiestan personas que sufren Burnout, por lo que Brunstein (1999) incluso considera al Burnout como “depresión relacionada con el trabajo”.

Este planteamiento supone que el síndrome afecta al sentimiento más próximo al cuerpo, como la vitalidad, energía y motivación por hacer las cosas. Se acompaña de agresividad y rabia y termina alejando a las personas que rodean al afectado, igual que sucede con los depresivos (Beck, 1983), por lo que el afectado ve confirmadas sus creencias distorsionadas de que son poco queridas. Es por ello que se considera que hay varias similitudes entre ambos cuadros. No obstante, la investigación ha establecido que el Burnout es un problema específico al contexto de trabajo y concerniente exclusivamente con causas relacionadas con el entorno laboral, en contraste con la depresión, la cual tiende a prevalecer en cada dominio de la vida de las personas. En esta línea Golembiewski (1999) también afirma que no se han observado episodios delirantes o psicóticos en las descripciones del Burnout, como si se puede dar en depresiones profundas. Por otra parte Brenninkmeijer y sus colegas (2001) han hallado que un sentido reducido de estatus y prestigio y una pérdida percibida de ello, son más característicos de individuos depresivos que de aquellos con Burnout. Al parecer, los individuos que sufrirían Burnout aún estarían en la batalla para lograr estatus y prestigio en el grupo y se consideran como ganadores potenciales, mientras que los individuos depresivos se han dado por vencidos. Solamente cuando los individuos con Burnout perciben que los han derrotado, experimentan una pérdida de estatus, prestigio y se les deteriora la autoestima, tenderían a desarrollar una depresión, es así como la relación entre el Burnout y la depresión estarían más bien relacionados con el dejar más vulnerables a las personas a padecer el síndrome (Shirom y Ezrachi, 2003).

3. Estrés: El Burnout tradicionalmente se le ha conceptualizado como una forma de estrés. Estresores específicos, como por ejemplo conflictos de rol, ambigüedad y sobrecargas causan tensión a corto y largo plazo, éstos pueden tener un efecto acumulador que causa el Burnout (Oro y otros, 1983 citado en Denstein, 2001). La investigación con relación al estrés y salud de las personas sigue principalmente dos líneas. Aquella

centrada en la reacción del individuo y su vulnerabilidad (Selye, 1978) y aquella centrada en los estresores externos como principales responsables (Um y otros, 1998; Hillhouse y otros, 2000; Brunnstein, 1999; Chanlat, 1999).

2.9 CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT

El Burnout tiene consecuencias de carácter relevante tanto para el individuo como para la organización en la que se encuentra y puede ser muy costoso tanto para los profesionales como para sus empresas. Cuando no se conoce de la existencia de éste síndrome, se puede identificar como el resultado de la mala calidad de los servicios que prestan los trabajadores. (Grau y otros, 1998).

Maslach y Leiter (1997), sostienen que cada persona tiene una forma particular de mostrar el Burnout, sin embargo el síndrome muestra tres efectos comunes que son:

1. La erosión del Compromiso: Lo que antes era importante y significativo, se vuelve desagradable, insatisfactorio y carente de significado. Al inicio de un trabajo, las personas se sienten energéticas y dispuestas a comprometer tiempo y esfuerzo en él. En general, tienen muy buenos resultados en su evaluación de desempeño, es decir, comienzan sin síntomas de Burnout (Maslach y otros, 1997). Según estos autores, energía, eficacia y compromiso, son la cara opuesta del Burnout. La energía se convierte en fatiga, el compromiso en cinismo y la efectividad en inefectividad y sensación de no lograr lo propuesto.

2. La erosión de las emociones: Maslach y Leiter (1997) afirman que los sentimientos positivos de entusiasmo, dedicación, seguridad y goce en el trabajo, se convierten en enojo, ansiedad y depresión, ante un cuadro de Burnout. La erosión de las emociones se manifiesta como frustración y enojo, ya que no se logran alcanzar las metas personales y profesionales. Esto se debe a que se percibe una carencia de control sobre el trabajo y no

se tienen los recursos necesarios para desempeñarse satisfactoriamente. El enojo también se experimenta ante el trato percibido como injusto y según los autores, los sentimientos de enojo facilitan la rigidez de las personas y de su estilo para realizar las tareas. La hostilidad también es resultado de la percepción de una falta de valoración del trabajo, es decir, sin retroalimentación positiva, siendo así amenazada la autoestima (Maslach y otros, 1997). Por otra parte, cuando las personas expresan estas reacciones emocionales negativas se deterioran las relaciones sociales al interior del trabajo. Las conversaciones se cargan de hostilidad e irritación, por lo que pueden reducirse solamente a temas operativos de trabajo. También el trabajo en equipo se desintegra, ya que la hostilidad lleva a que los miembros se distancien y tiendan a evitar en especial a aquellas personas que sufren Burnout. Este aislamiento también evita que las personas busquen apoyo emocional en otros, comenzando así el desencadenamiento que lleva a las fases finales del Burnout (Maslach y otros, 1997). El rol de las emociones en la organización es considerado como esencial al trabajo y generalmente sólo es definido en términos de habilidades y resultados. Así las emociones deben ser consideradas como centrales en la vida de los empleados y por ende muy relevantes para la organización (Domagalski, 1999). Finalmente, la expresión de las emociones tiene importantes efectos sobre la motivación en el trabajo, calidad de trabajo y relación entre profesionistas (Maslach y otros, 1997).

3. Dificultades en el ajuste entre el profesionista y el trabajo: Para Maslach y Leiter (1997) los problemas de desajuste entre lo que la persona espera y las expectativas del trabajo son un signo de que los trabajadores padecen Burnout. Esto sería producto de un clima laboral hostil entre los compañeros de trabajo, lo que generalmente es atribuido a problemas personales y corresponden a personas que son etiquetadas como "irracionales", por lo que el Burnout es visiblemente padecido por él (hostilidad, desmotivación enfermedades), tendiéndose a responsabilizar a

los individuos más que a la organización, debido al desajuste, la consecuencia más común en estos casos es que se despidan al empleado.

4. Dificultades para la organización: El deterioro de la calidad del trabajo con las personas es la mayor repercusión del Burnout en la organización (Gil-Monte, 2000). Sin embargo, el síndrome tiene efectos sobre la estructura de la organización como en sus procesos y se tiende a manifestar, usualmente, en un índice de rotación elevado debido a la desvinculación de la institución, pérdida de la eficacia y de la eficiencia, implantación inadecuada de políticas, conflictos entre los miembros de la organización (Gil-Monte, 2000), ausentismo (Cordes y Dougherty, 1993), desmedido aumento de licencias médicas por variadas enfermedades, tales como problemas gástricos, lumbares, reacciones del sistema inmune, perturbaciones de embarazo, entre otros (Brunnstein, 1999), que derivan en un alto costo para las instituciones. Entre otras se presentan el “presentismo”, como inverso del ausentismo y se manifiesta en la asistencia del trabajador aún cuando se encuentra enfermo, dado que los trabajadores sienten que han de estar presentes en su puesto de trabajo, porque en caso de no hacerlo podrían ser despedidos, en especial en las épocas, que dentro de la empresa, hay recorte de personal. Esto lleva a que efectivamente trabajen más horas, aunque no generen un producto o servicio de calidad (Acevedo, 2003). Otra consecuencia importante a considerar es que se ha observado que el Burnout puede “contagiarse” a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral, por lo que puede volverse una epidemia que finalmente puede hacer que la organización corra peligro (Edilwich y otros, 1980 citado en Grau y otros, 1998).

2.10 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Dado que una de las causas del síndrome es la existencia de problemas organizativos en las empresas que pueden ser ocasionados por falta de comunicación vertical (directivo a empleado) y horizontal (entre los propios colegas) es de suma importancia analizar los valores sobre los que se basan las relaciones dentro de la empresa. Es necesario en nuestra época, que desaparezca la cultura del control del jefe sobre el subordinado y se sustituya por una cultura de confianza. Para lograr estas acciones es preciso que el trabajo sea valorado por medio de los resultados y no por factores tradicionales como las horas de presencia en la oficina; además de que el jefe o directivo debe centrar su atención en liderar el equipo de trabajo y orientar las acciones del grupo hacia un fin en común.

Gil-Monte (2005) nos menciona que para prevenir el Síndrome de Burnout es necesario modificar las condiciones de trabajo por medio de la participación de los trabajadores. Especialmente, las condiciones que afectan de manera negativa a los aspectos psicosociales del trabajo, como es su organización y la calidad de las relaciones interpersonales que en ella se suscitan. Además de que es también de suma importancia dotar a los trabajadores de las habilidades y destrezas necesarias para el desempeño de su trabajo.

La mayoría de las veces el Síndrome de Burnout se desarrolla en los trabajos donde hay una gran interacción social, ya sea con los clientes que se atienden a diario o con los mismos compañeros de trabajo, las habilidades sociales tienen una gran importancia y son fundamentales para lograr un buen desempeño de la labor realizada; por lo tanto, es necesario que los trabajadores desarrollen de manera adecuada estas habilidades para un mejor ejercicio de su profesión y prevenir su salud al mismo tiempo.

Como se ha mencionado con anterioridad, otra causa del Síndrome de Burnout es el desajuste entre lo que los clientes y la organización esperan de los trabajadores y la falta de capacidad del trabajador para responder a estas

expectativas, mientras que por otro lado el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de felicidad y realización personal.

Los programas de prevención están recomendados sin importar el grado de afección del individuo y se debe de considerar el entrenamiento a varios niveles, cada uno de estos niveles no debe de ser considerado como excluyente, sino como un complemento del otro.

Fernández y Garrido (1999) mencionan que cuando el paciente llega al sistema sanitario, se encuentra agotado psicológicamente, y que además de Burnout su diagnóstico puede ser de trastorno depresivo, de ansiedad o adaptativo. Por esa razón recomienda el tratamiento farmacológico, que debe de incluir necesariamente antidepresivos (preferentemente serotoninérgicos o duales). La razón es la tendencia a la depresión de estos pacientes y el desarrollo de una especie de fobia a su entorno laboral que responde mejor a los antidepresivos que a otros fármacos. También pueden asociarse ansiolíticos y/o hipnóticos según sea la sintomatología del paciente, de preferencia se recetan por un periodo breve de tiempo. Cabe destacar que el apoyo psicológico es siempre recomendable, ya que el encontrar a un profesional que escuche al individuo y el cual se sienta apoyado, le puede hacer recobrar más fácilmente la autoestima y salud.

Gil-Monte (2005) nos menciona tres tipos de niveles principales de intervención: organizacional, interpersonal e individual; además de que incluye como un posible cuarto nivel las acciones sociales.

Intervención desde el nivel organizacional.

De acuerdo a García y De Juan (2006), la inversión en recursos humanos en cualquier lugar de trabajo, ayuda a tener una organización más sana y capaz de anticiparse y enfrentarse a los cambios del entorno, consiguiendo un entorno laboral más competitivo y eficaz. Se mencionan algunas estrategias para prevenir el Burnout a nivel organizacional:

- Estructuras de trabajo horizontales: Estudios realizados muestran que, cuanto mayor es el grado de autoritarismo y control en las organizaciones, mas aumenta la desmotivación, lo que ocasiona una mayor probabilidad de que aumente el número de trabajadores con Burnout.
- Mayor grado de autonomía en el trabajo: Al sentir la persona que participa de forma activa en la consecución de los objetivos organizacionales se fomenta una buena calidad de vida laboral.
- Trabajo en equipo: Conseguir que se cree un equipo de trabajo cohesionado y unido, logrando que se trabaje en la misma dirección, es una de las maneras mas eficaces de disminuir los niveles de desgaste profesional entre los miembros de una organización.
- Reducir la burocratización de las tareas: Resulta básico establecer objetivos claros para cada uno de los diferentes roles profesionales dentro de la organización.
- Cumplimiento de la jornada laboral: Evitar la sobrecarga laboral del trabajador y procurar que las tareas que se le asignen puedan ser realizadas dentro de su horario laboral, de no ser así es importante que se le reconozca este esfuerzo y exista algún tipo de retribución (días extras de descanso, económicamente, etc.).
- Programas de socialización anticipatoria: El objetivo es acercar a los nuevos profesionales a la realidad del puesto a desempeñar y de esta forma evitar el choque con sus expectativas que podrían ser irreales.
- Otras estrategias: Establecer objetivos claros para los trabajadores, aumentar las recompensas, llevar a cabo reuniones de equipo, minimizar imprevistos teniendo en cuenta las necesidades urgentes de la empresa, etc.

Gil-Monte (2005) nos menciona que aunque la intervención en el nivel organizacional tiene un gran valor potencial, no es fácil realizarla debido a problemas de colaboración por parte de los diversos niveles jerárquicos

involucrados en la organización, además de la desventaja de que es una gran inversión de tiempo y dinero que se requiere a corto plazo.

Intervención desde el nivel interpersonal.

El Burnout tiene su origen en el deterioro de las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, en su mayoría con los clientes de la organización; por lo tanto, todo lo referente a las relaciones interpersonales debe de ser tomado especialmente en consideración para la prevención del Burnout.

Una de las principales necesidades del ser humano es contar con relaciones interpersonales de calidad, lo que hace que la percepción de apoyo social sea de crucial importancia. Las relaciones interpersonales que se formen en el trabajo son de gran valor, debido a que pasamos una gran parte de nuestra vida laborando. A través del apoyo social en el trabajo las personas obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o perfeccionan las que poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación acerca de la ejecución de las tareas, además de conseguir apoyo emocional.

El apoyo social ha sido definido como la información que permite saber a las personas que: a) otros se preocupan por ellos, b) son valorados, y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. Los programas de entrenamiento para dar y recibir apoyo social pueden resultar más eficaces en la prevención del Burnout en comparación con el tratamiento en inoculación de estrés.

Pines en 1983 (citado en Gil-Monte, 2005) ha distinguido seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo: 1) escuchar a la persona de forma activa sin darle consejo, 2) dar apoyo técnico, 3) crear en el profesional necesidades de reto e implicación laboral, 4) apoyo emocional incondicional, 5) apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al individuo acerca de todas las posibles soluciones, y 6) participar en la realidad social del individuo, confirmándole o cuestionando las creencias sobre sí mismo.

Mediante programas de entrenamiento de habilidades sociales se puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo. El procedimiento se basa en enseñar a los profesionales a ofrecer y recibir apoyo social en su ambiente laboral. La ausencia de habilidades sociales en los profesionales que ofrecen servicios, ocasionará insatisfacción en los clientes los cuales no sólo dudaran de su competencia social, sino también de su competencia técnica.

En el transcurso de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, los individuos deben desarrollar un sistema que les permita respetar sus derechos personales y los de los demás, tienen que ser capaces de diferenciar entre conductas asertivas, no asertivas y conductas agresivas, y han de ser capaces de realizar una reestructuración cognitiva sobre su forma de pensar en una situación concreta. Una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa necesita de tres componentes: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

La aplicación de un programa de entrenamiento de las habilidades sociales consta de una serie de fases, cuyo objetivo es que los individuos aprendan y dominen los elementos que componen la conducta socialmente habilidosa, que la exhiban en una secuencia correcta, que sean capaces de generalizar la conducta y se realice de manera espontánea.

El entrenamiento de las habilidades sociales puede realizarse de manera individual o grupal, esta última tiene ventajas debido a que el grupo proporciona un marco de referencia y ofrece un contexto para la comparación social.

En todo programa de entrenamiento en habilidades sociales se deben de desarrollar las siete fases siguientes:

1. Evaluación de los individuos y de las situaciones. Permite conocer el comportamiento de los individuos y determinar la eficacia del entrenamiento. La evaluación puede ser realizada mediante cuestionarios, entrevistas o por medio de la observación conductual.

2. Instrucciones. Se comentan los componentes de la conducta que van a ser entrenados en una determinada sesión, para guiar a los individuos en la realización de las respuestas, haciendo que su atención se centre en las conductas a tratar.

3. Modelado. Se presenta al individuo a través de patrones los modelos adecuados de los comportamientos que se deben de entrenar. El modelo presentado puede ser real o virtual. Además la conducta modelo presentada no debe de ser interpretada como la única forma de respuesta.

4. Ensayo conductual. Es el procedimiento mediante el cual el individuo representa las conductas y situaciones observadas con anterioridad en los modelos. Las respuestas conductuales que se van a ensayar deben de ser cortas y tener el mismo orden en el que ocurren.

5. Retroinformación y refuerzo. En esta fase se proporciona información al individuo acerca de la actuación realizada en el ensayo conductual a fin de moldear sus conductas. La retroinformación puede ser presentada por el experto o los mismos compañeros.

6. Generalización. Esta fase se trata de que el individuo desarrolle y mantenga los comportamientos aprendidos en su ambiente natural de trabajo.

7. Evaluación de la eficacia del entrenamiento. Como cualquier programa de intervención, la finalidad el mismo debe de ir seguida de un proceso de evaluación de su eficacia para analizar en que grado se han alcanzado los objetivos establecidos en la fase inicial.

Intervención desde el nivel individual.

No podemos plantearnos el manejo del Burnout sin abordar nuestro propio esquema de ver las cosas, sin tener en consideración una modificación propia de actitudes y aptitudes. Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras

expectativas iniciales respecto a la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas, que nos permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

La intervención individual esta recomendada en cualquier momento de desarrollo del Síndrome de Burnout, se recomienda utilizarlo antes de que los primeros síntomas aparezcan, ya que si se han adquirido las estrategias adecuadas para manejarlo, se puede prevenir su aparición. El objetivo de estas intervenciones es que el individuo aprenda una serie de técnicas que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias en su ambiente laboral.

Las estrategias de afrontamiento del estrés mas conocidas son las elaboradas por Lazarus y Folkman (citado en Gil-Monte 2005), los cuales identifican dos tipos básicos de estrategias de afrontamiento: las dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema.

Las estrategias dirigidas a afrontar la respuesta emocional se basan en una serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante; se utiliza cuando los estresores no pueden ser modificados y se debe de interactuar con ellos.

Las estrategias dirigidas al problema se basan en la modificación de la fuente de estrés, tratando de analizar y definir la situación para buscar alternativas para su solución.

Steptoe (citado en Gil-Monte 2005) da un criterio de clasificación que consta de cuatro grupos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias centradas en el problema de carácter conductual.- son aquellas acciones que intentan de forma explicita actuar directamente sobre la situación estresante.
- Estrategias centradas en el problema de carácter cognitivo.- son aquellas que abarcan el problema modificando su percepción.

- Estrategias centradas en la emoción de carácter conductual.- son aquellas que intentan mejorar las repercusiones que tienen los estresores sobre el individuo; se trata de situaciones irrelevantes para modificar la situación.
- Estrategias centradas en la emoción de carácter cognitivo.- son aquellas acciones utilizadas para manejar las alteraciones emocionales que se producen en una situación estresante.

Se han recomendado diferentes tipos de programas o técnicas centradas en el individuo, entre ellos se encuentran: entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo, adoptar estilos de vida saludables que contribuyan a un distanciamiento mental del trabajo.

Las técnicas cognitivo-conductuales se basan en la modificación de los pensamientos inadecuados del individuo, con esta técnica presta atención, detecta y registra sus pensamientos y después puede analizarlos y detectar los pensamientos que ocurren en una situación determinada y las emociones que genera. Una vez que se logra identificar todo esto, el experto que dirige la aplicación de la técnica procederá a refutar las creencias irracionales mediante la aplicación de una serie de técnicas cognitivas, conductuales y emocionales diseñadas para tal efecto.

Acciones sociales.

En la aparición del Burnout intervienen variables del entorno social de la organización, que son externas al sistema de la organización, por tal motivo, los órganos de gobierno también son responsables de la prevención del Burnout. Por tanto deben de crear y fomentar los recursos tanto materiales como humanos necesarios para que el trabajo no se convierta en una actividad riesgosa para las personas. Estas acciones principian con el fomento de patrones culturales y formativos adecuados a los profesionales, al igual que con la realización de las inversiones económicas que se necesita en el sistema sociolaboral.

2.11 PERSPECTIVAS

Gil-Monte y Peiró (1999) han mostrado a través de sus estudios la necesidad de que el síndrome sea definido a partir de modelos teóricos que puedan explicar la etiología del Burnout. Es decir, que sean capaces de agrupar varias variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome y que finalmente lleguen a explicar el proceso de cómo los individuos llegan a sentirse “quemados”. Hay principalmente dos perspectivas que explican el síndrome, que son la clínica y la psicosocial.

Perspectiva Clínica: Esta perspectiva considera al Burnout como un estado, producto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de la personalidad y que tendría un disparador externo que sería el estrés laboral (Pines y otros, 1988 citados en Grau y otros, 1998). El modelo de Freudenberger (citado en Pines, 2002) plantea que los profesionales excesivamente dedicados, que utilizan su trabajo como sustituto para la vida social y creen que son imprescindibles, podrían ser mas propensos a presentar el síndrome. La razón es que las personas miden su autoestima basándose en si son importantes o no en el trabajo. En situaciones exigentes, en donde no son capaces de responder a las demandas que se les hacen, se generaría el Burnout.

Perspectiva Psicosocial: Esta perspectiva considera al síndrome como un proceso, que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas (Grau, 1998).

En la actualidad, se reconocen cuatro modelos para explicar la aparición del síndrome (Gil-Monte, 2001):

Modelo psicodinámico y existencialista: Dentro de esta perspectiva, destaca Pines (2002) que desarrolla su modelo tomando conceptos psicodinámicos y existencialistas. Víctor Frankl (citado en Pines, 2002) señala que las personas sienten una gran necesidad de creer que su vida es significativa, así como las cosas que hacen, y por lo tanto ellos mismos serían importantes y significativos.

Cuando el trabajo no logra satisfacer dichas necesidades de actualización personal, no permitiendo el logro de metas y el desarrollo de las máximas potencialidades, las personas son muy vulnerables a presentar Burnout. Desde esta lógica, la elección del trabajo es una variable muy relevante, dado que aporta un sentido existencial a la vida. Es ahí donde se integra la teoría psicodinámica, para explicar los mecanismos inconscientes de la elección de carrera.

Las determinantes inconscientes de cualquier elección vocacional responderían a la historia personal y familiar del individuo. La gente elige una ocupación con la cual pueda replicar experiencias significativas y gratificar necesidades no satisfechas durante la niñez por medio de actualizar los sueños ocupacionales y expectativas profesionales que han sido una forma de encargo o herencia familiar (Pines, 2000). Cuando la elección de carrera tiene tales consecuencias, entran en juego las expectativas altas de las personas, por lo que hay una gran implicación del ego y de pasión. Es así como aquellos conflictos sin resolver en la niñez, buscan ser superados por medio del éxito profesional. El síndrome tendería a aparecer cuando las personas sienten que han fallado en el trabajo y tendería a repetir el trauma de la niñez y a su vez el trabajo deja de ser curativo (Pines, 2002). El Burnout definido en estos términos, presenta síntomas de desesperanza aprendida, desamparo, desesperación, disminución de entusiasmo, irritabilidad y autoestima baja. Es importante mencionar, que ninguno de los síntomas ocurren a causa de la sola interrelación de la persona en el contexto del trabajo, por lo que Shirom y Shmuel (2002) catalogan esta conceptualización como unidimensional, dado que no integra otros elementos importantes que según la evidencia empírica inciden en la generación del Burnout.

Modelo de la Teoría Sociocognitiva: Se caracteriza por explicar el desarrollo del síndrome a través de variables relacionadas con el “yo”, tales como la autosuficiencia, autoconfianza, autoconcepto, entre otras. Básicamente consideran que, en primer lugar, las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, y a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de la retroalimentación o consecuencias

observadas en los demás. En segundo lugar, la creencia o grado de seguridad que tenga la persona en sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, así como también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés que acompañan la acción. Producto de esta situación, las personas desarrollarían el síndrome de Burnout (Gil-Monte, 1999). Cherniss (1980, citado en Brenninkmeijer, 2002) define bajo esta perspectiva al Burnout como cambios personales negativos que ocurren en un cierto plazo en los profesionales que atienden a personas como su principal tarea. Es un proceso en que el profesional que una vez estuvo comprometido con su trabajo, se distancia en respuesta al estrés y tensión experimentados en el contexto laboral. De modo que los individuos se desapegarían emocionalmente de su trabajo, bajan sus metas y aspiraciones y perseguirían sólo los intereses del “yo”. Según el modelo, los individuos hacen frente a estas tensiones de diversas maneras. Algunos emplean estrategias tales como el buscar solucionar el problema, mientras que otros responden exhibiendo los cambios negativos de la actitud y presentando el síndrome. Gil-Monte y Peiró (1999) señalan que otro de los modelos más representativos es el de competencia social. Este propone que la competencia y la eficiencia son claves para explicar el Burnout. Los profesionales de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación, junto con la presencia de factores que protegen o arriesgan al Burnout, van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales.

Modelo teórico del intercambio social: Estos modelos consideran que el Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de falta de ganancia y en la búsqueda de la conservación de recursos ante las demandas (Schaufeli y otros, 1999). Buunk y Schaufeli (1993, citado en Gil-Monte y Peiró, 1999) plantean que el síndrome tendría una doble etiología: por una parte en los procesos de intercambio social que ocurren en la asistencia a personas y por otra, en los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación con los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que se siente y piensa y

sobre cómo se debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones) y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). Con relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, aporta al desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente y al resultado negativo de la imagen personal ante la comparación social, cuando establecen relaciones interpersonales (Brenninkmeijer, 2002). Según el modelo de identificación y contraste de Buunk e Ybema (2003), en general cuando las personas se comparan con otros, si los llegan a percibir peores que a sí mismos, entonces les evocarían predominantemente sentimientos positivos, y si se comparan con los que ellos perciben como mejores a ellos mismos, se sentirían más envidiosos y evocarían sentimientos predominantemente negativos.

Modelo de la Teoría Organizacional: Estos modelos comprenden como antecedentes del síndrome, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, cultura y clima organizacional.

Son modelos que se caracterizan por enfatizar el papel de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse o consumirse (Gil-Monte y Peiró, 1999, Gil-Monte, 2002). Leiter y Maslach (2001) señalan que los responsables del síndrome son principalmente la estructura y los procesos de las organizaciones. Así mismo, los factores organizacionales son los que tienen más respaldo de estar asociados al Burnout, por sobre otros factores, tales como la personalidad y demográficos (Leiter, 1988).

Leiter y Maslach (2001) definen bajo esta perspectiva al Burnout como una relación no productiva con el trabajo; aclaran que no es una perturbación clínica, es más bien una alteración entre uno de los tres puntos de una serie continua: energía, participación y eficacia. En un extremo se encuentra el compromiso con el trabajo, el estado de sentirse enérgico y efectivamente implicado con el trabajo y la gente. Esta es una relación positiva y productiva que funciona para el

individuo y la organización. Sobre el extremo opuesto de la escala se presenta el Burnout, esto es un estado de sentirse ineficaz, agotado y distante del trabajo y la gente. Esta es una relación negativa e improductiva con el trabajo, tanto para el individuo como para la organización.

El Burnout es un problema extendido y significativo que se presenta en todos los niveles organizacionales, las personas experimentan crisis de energía, participación y eficacia. La productividad que logra una persona no es una cualidad o característica individual independiente, sino que proviene de las relaciones mutuamente beneficiosas que se establecen entre las personas, su trabajo y las organizaciones en las cuales ellos trabajan; una interrupción de aquella relación es el Burnout.

Leiter (1988) argumenta que la importancia de considerar al Burnout bajo una perspectiva organizacional, es que los factores organizacionales son más fáciles de intervenir para evitar el síndrome que los factores de personalidad o demográficos. Posteriormente Leiter y Maslach (2001) desarrollan un modelo organizacional que se focaliza en seis áreas de la vida de trabajo que cuando no son consideradas adecuadamente, llevan a los trabajadores a presentar el Burnout:

1. Carga de trabajo: Cuando la carga de trabajo es excesiva y con una intensidad creciente.
2. Control: Desequilibrio de control entre individuos y organizaciones. Por ejemplo, la tecnología aumenta la interdependencia entre la gente en el trabajo y habría mayor necesidad de coordinación estrecha entre la gente, lo que cambia la capacidad de autonomía del individuo con relación al grupo de trabajo.
3. Recompensa: Cuando no existen recompensas monetarias, sociales y de prestigio en el trabajo que reconozcan las contribuciones extraordinarias de las personas.
4. Comunidad: Las tecnologías de comunicación permiten a la gente participar en comunidades globales. Las demandas son

considerables y ocupan el tiempo disponible de las personas para dedicarlo a sus familias. La mayor conectividad añade mas demandas a la vida.

5. Justicia: La experiencia de ser tratado injustamente tiene un impacto emocional intenso que mina la relación con el trabajo.

6. Valores: Cuando la gente se siente alienada a los valores de su organización, son más enérgicos, implicados y eficaces. Un desajuste serio entre la persona y los valores organizacionales, conduce a que las personas se cuestionen el objeto del empleo.

CONCLUSIONES

A lo largo de los últimos años se han realizado diversas investigaciones acerca del Síndrome de Burnout o también llamado Desgaste Ocupacional o Síndrome de estar Quemado por el Trabajo y su relación con diversos temas. El Burnout afecta a profesionales que ejercen sus labores en el ámbito de ayuda o servicio a terceras personas, entre las cuales se encuentran las disciplinas de odontología, medicina, enfermería, secretariado, sector educativo y bancario, entre otras. Debemos de recordar que las condiciones laborales inciden en el estado emocional, desempeño y salud de los trabajadores, por lo tanto, el Síndrome de Burnout se trata de un problema personal y de la organización que afecta la calidad de vida y disminuye la eficacia de asistencia o ayuda ya sea al paciente o al cliente.

El Síndrome de Burnout es un problema que poco a poco se incrementa en la población, como ya se mencionó, abarca alteraciones de tipo físico, somático y psicológico; en algunas ocasiones se conoce como accidente laboral, causando millones de pérdidas para el Estado

El Síndrome de Burnout se presenta con una falta de interés e importancia en las actividades que se realizan, falta de criterio claro y contrastante, baja retribución con relación a otros sectores, poca comprensión social, además de que no se toma en cuenta los sentimientos y opiniones de los otros. Se da cuando el

trabajo no es lo que se esperaba y se vuelve monótono e insatisfactorio. Los síntomas se pueden confundir con simple cansancio pero a la larga se van incrementando hasta que la enfermedad lo controla a uno. Las consecuencias que trae este síndrome son una pésima salud, depresión, baja drástica de la calidad de atención y desempeño, pérdida del trabajo y de relaciones interpersonales, y en algunos casos extremos la muerte.

Es importante señalar que las diferencias entre las características personales como podrían ser la personalidad, la forma de solucionar los problemas y la manera de sobrellevar el estrés son factores importantes para pronosticar si ciertas condiciones laborales resultarán dañinas para el trabajador, debido a que lo que afecta a una persona puede no afectarle a otra.

Una de las profesiones menos estudiadas, pero más vulnerables a presentar el Síndrome de Burnout es la Odontología, por todo el trabajo y trato directo que se tiene en la relación especialista-paciente, además del sinónimo que tienen la mayoría de las personas de dentista igual a dolor, de lo cuál se hablará en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

ODONTOLOGIA Y BURNOUT

En este capítulo trataremos todo lo referente a la profesión de odontología, como por ejemplo su historia, el desarrollo e individualización como profesión, el perfil del odontólogo, las características del ambiente laboral en el que desempeña su profesión, las situaciones de riesgo a las que se enfrenta tales como enfermedades y accidentes, entre otras características de su profesión. Por último serán tratadas las distintas investigaciones que se han realizado en torno al Burnout y la profesión de Odontología, tanto en la República Mexicana como en varios países del mundo.

CAPITULO III

ODONTOLOGIA Y BURNOUT

3.1 HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA

Es difícil señalar el comienzo exacto de la práctica dental, ya que la Odontología es una ciencia muy antigua, lo que es un hecho es que siempre ha habido personas que se dedican a conocer y curar las afecciones bucales en todas partes del mundo.

Treinta y cinco siglos antes de Cristo, la civilización China realizaban manuscritos donde explicaba que conocían todas las afecciones de los dientes y de los maxilares, los médicos chinos recomendaban algunas prescripciones para curar dichos males como colocar salitre y ajo en forma de píldora en la oreja del lado en que se siente el dolor. Los chinos fueron los primeros en emplear el palillo como escarbadientes o cepillo de dientes para mantener la boca limpia.

En Japón, los habitantes tenían prótesis rudimentarias, haciéndose paladares de madera en que se colocaban piedritas para simular los dientes; una práctica muy común que las mujeres viudas se tiñeran los dientes de color negro como señal de luto y respeto hacia los difuntos maridos.

Los Indios tenían suma precaución en el cuidado de su dentadura ya que en la India se rendía culto al “Dalada”, famoso diente de Buda al que llegó a erigirse un templo en Kandy (Lerman, 1974).

La primera mención de la especialización dental se halla en la siguiente mención de Heródoto (siglo V a. de J. C.): “entre los egipcios el ejercicio de la medicina está regulado y dividido en tal forma que se destinan médicos especiales a la curación de cada enfermedad y ningún doctor se prestará a tratar enfermedades diferentes. Así, Egipto abunda en doctores: de los ojos, de la cabeza; algunos para los dientes (como Hessei-Rei que es considerado el primer

dentista de la historia al haberse encontrado una inscripción egipcia en madera donde se muestra como jefe médico de la corte), otros para el abdomen” (Morris, 1974).

En el Oriente Medio se hallan pocas manifestaciones de asistencia bucal por parte de los Fenicios, en cambio los Hebreos daban gran importancia a la belleza de los dientes, según expresa la Biblia en el Éxodo, capítulo XI, versículo 27 donde Moisés ordena: “si alguien hiriese el ojo de su esclavo o al maltratarlo le hubiese hecho saltar un diente, debe dejar al esclavo en libertad” (Éxodo, Antiguo Testamento, citado en Lerman, 1974).

En la antigua Grecia la ciencia dentaria se inicia con Esculapio a quien se atribuye el origen de la cirugía dental y de quien se cita que fue el primero que practicó la extracción dentaria con una pinza de plomo que llamó *odontogogo*. Hipócrates fue el primero que estudió la anatomía, la patología y la terapéutica de la boca, en sus obras dedica capítulos a las enfermedades de los dientes y su tratamiento. Aristóteles aportó la diferenciación de los dientes del hombre de los del mono y clasificó la posición de los dientes en el niño, el hombre y el mono.

Con la dominación de Grecia, los romanos heredaron sus conocimientos odontológicos y la preparación de prótesis dentales, para ello utilizaban dientes de animales limados y unidos con anillos de oro; aunque se cree que esta práctica ya se utilizaba en Roma mucho tiempo atrás. Entre los romanos era ampliamente apreciado tener una dentadura sana como un signo de salud y vigor, se explica que muchas familias patricias disfrutaban de esclavos especiales para limpieza de la boca. Estos esclavos, precursores de la higiene dental se llamaban “lentiscos”, por los palillos de lentisco que utilizaban para limpiar los dientes.

Uno de los más destacados científicos fue Claudio Galeno, médico griego que ejerció en Roma; Galeno considera los dientes como masas óseas, conteniendo nervios y da exactamente el número de dientes, así como el de sus raíces (Ring, 1989).

La historia precoz de la práctica dental está estrechamente ligada a la de la medicina. En la Edad Media los monjes eran los encargados de la práctica médica, posteriormente fueron ayudados por los barberos en cuestiones de tipo quirúrgicas; era evidente que todas las exodoncias eran practicadas por estos individuos, así que para 1308 se había alcanzado tal prestigio que en Inglaterra se creó el Gremio de Barberos cirujanos por privilegio real (Morris, 1974).

Guy de Chauliac un famoso cirujano francés describía diversos servicios que podían realizarse con los dientes, pero prefería que se encargaran otros de este trabajo, a los que llamaba *dentators*. Posteriormente empleó el término francés *dentiste*, que se transformó en *dentist* en inglés.

En el siglo XVIII, en Francia, comienza la verdadera época científica para la Odontología, puesto que recién comienza a ser considerada como una disciplina científica, anexa a la Medicina y su práctica comienza a ser restringida a los profesionales con preparación científica; gran parte de esto se debe a la influencia de Pierre Frauchard que es considerado padre de la odontología moderna, por su aporte de sintetizar y sistematizar los principales conocimientos sobre odontología en occidente; ganó mucho prestigio para la odontología en París y se recuerda por su gran obra "*Le Chirugien dentiste ou traité des dents*".

Colaboró luego con el gobierno en la reglamentación de la profesión e insistió en que los aspirantes debían rendir examen ante médicos especializados en Odontología. En mayo de 1699 un edicto reglamenta la profesión y obliga a los dentistas a obtener previamente un título (Lerman, 1974).

En Inglaterra el derecho de ejercer la profesión era ilimitado, siendo así que individuos con muy escasos conocimientos ejercían como dentistas. Para remediar esta situación se formaron dos sociedades a fin de obtener el reconocimiento oficial de la profesión; las sociedades eran la "Odontological Society of London" y el "College of Dentist of England", que luego de dos años de desacuerdos se fusionaron en la "Odontological Society of Great Britain". El 8 de septiembre de 1859 esta sociedad obtuvo el reconocimiento del diploma en medicina dental.

En Francia, los dentistas diplomados de París fundan en 1845 la primera “Sociedad Dentaria” y en 1880 se crea la primera escuela dental: “L’ Ecole Dentaire de París”. El progreso de esta escuela con la formación de un cuerpo de competentes dentistas, trajo la creación de una sociedad científica: “Société d’Odontologie de Paris” y la revista mensual “L’Odontologie”. En 1892 el gobierno al ver que existían muy pocos médicos que ejercían esta profesión dicta la Ley creando oficialmente el título de “Chirurgien-dentiste” y reglamentando el ejercicio de la Odontología por dentistas diplomados como médicos o cirujanos dentistas (Lerman, 1974).

Para finales del siglo XVIII prácticos instruidos en Francia y en Inglaterra fueron al Nuevo Mundo llevando la odontología a la joven América. El primer práctico que en América rigió las enseñanzas de Fauchard fue Sieur Roquet, que abrió un consultorio en Boston en 1749 (Ring, 1989).

A comienzos del siglo XIX, cuando Estados Unidos promulgaba muchas leyes nuevas para encauzar el desarrollo de la Odontología, algunos dentistas sugirieron que se estableciera la legislación necesaria para restringir la práctica de la odontología a las personas con la formación adecuada. Otros dentistas opinaron que era más importante que se constituyeran organizaciones destinadas a proporcionar enseñanza y textos a los nuevos dentistas y a los que ya ejercían la profesión (Morris, 1974).

La odontología profesional reposa en una triple base: formación, organización y literatura, durante los años 1839 y 1840 en Estados Unidos esa trípole del profesionalismo odontológico se estableció por primera vez a nivel nacional y la odontología se elevó al máximo nivel profesional; Horace Hayden fue uno de los principales dentistas que contribuyó a este espectacular avance al obtener en 1810 la primer licencia de odontología jamás emitida en América. Por otro lado, ayudado por su amigo y colega Chapin A. Harris, fundan en el estado de Maryland la primera escuela dental del mundo, el *Baltimore College of Dental Surgery*.

Hayden y Harris también forman la primera asociación nacional de dentistas, Harris acudió ante la organización local que era la *Society of Surgeon Dentist of the city and State of New York* y acompañado de un gran número de dentistas de otros estado formaron en 1840 la *American Society of Dental Surgeon*, que años más tarde en 1922 se convertiría en la *American Dental Association*.

En 1839 Chapin Harris, que durante mucho tiempo entreveía las necesidades de una revista de odontología prestigiosa, fue el instrumento para crear la primera del mundo, la *American Journal of Dental Science*. La lista de suscripciones mostraba donde se encontraban los dentistas mejor informados, emprendedores y dedicados en el segundo cuarto del siglo XIX (Ring, 1989).

3.1.1 ODONTOLOGÍA EN MEXICO

La Odontología en el territorio mexicano tiene una historia muy amplia que se remonta desde los tiempos prehistóricos hasta el presente; había antecedentes de las culturas prehispánicas de haber implementado el arte de la odontología de una forma rudimentaria que cumplía con las necesidades de las poblaciones de ese entonces, a continuación se mencionan algunas de las principales culturas y su práctica referente a esta ciencia.

La civilización Olmeca primera cultura que se desarrolla en Mesoamérica; los olmecas rendían culto principal a un dios que representaban en forma de un hombre jaguar es por ello que estos se tallaban los dientes anteriores dejando más grandes y salientes los caninos para imprimir a la boca cierto aspecto felino.

La cultura zapoteca adoraba al Dios Cocijo deidad de la lluvia que presenta un desgaste en los ángulos distos incisales de los dientes centrales. Se han encontrado reproducciones de rostros de personas que presentaban mutilaciones dentales similares a las que se observan en la deidad: el Dios Viejo (Zimbron, 1990).

Según Villalobos Gaona (citado en Lerman, 1974) en la cultura maya se reconocía el valor de la dentadura sana; uno de sus legados más importantes fue el Popol-Vuh donde se encuentran varias citas en relación con la odontología. Los mayas tenían el hábito de adornar sus dientes con incrustaciones y obturaciones de discos de una pasta que llamaban “jadeita verde”, usaban también obsidión negro, discos de cemento rojo oscuro, piritas de hierro y turquesa, y años más tarde, usaron incrustaciones de oro. Estas incrustaciones dentarias eran reservadas para los sacerdotes y aristócratas de la sociedad.

Para los aztecas, la salud y la enfermedad, así como la práctica médica, estaba íntimamente ligada a conceptos religiosos y mágicos; el calor y el frío eran reconocidos como causantes de enfermedad. Para P. Sahún (citado en Lerman, 1974) los conocimientos médicos de los aztecas comprendían unas cien enfermedades, entre ellas las de los dientes y se cita la higiene de la dentadura bucal. Existía el dentista “tlancopinaliztli” que extraía los males de los dientes y con obsidiana pulverizada curaba las heridas recientes sin que se formara pus.

Como ya se ha mencionado antes, para las ciencias de la salud, el inicio definitivo de la era científica fue el siglo XIX, (ya que no se encuentran datos relevantes sobre esta profesión en el período que comprende la Colonia) pero fue hasta la segunda y tercera parte del siglo XIX que empezaron a llegar a México dentistas europeos y estadounidenses, trayendo una profesión en desarrollo. La odontología de importación entró en competencia con los tratamientos dentales realizados por los flebotomianos; poco a poco el viejo oficio fue desplazado por uno que sí tenía bases científicas (Díaz de Kuri, 1997).

Durante las primeras décadas del México independiente, el país sufrió de una gran inestabilidad política, lo cuál, no proporcionó un ambiente adecuado para el desarrollo de las profesiones independientes; el gobierno tenía asuntos más importantes que resolver antes que estar dando apoyo a disciplinas científicas como la dentistería; poco a poco esto fue cambiando y se impulsaría la profesión. La influencia de la medicina francesa fue factor fundamental en la estructura, organización y avance de la medicina en México y en 1833 se funda el

Establecimiento de las ciencias Médicas, estructura de acuerdo con las escuelas médicas de Francia (Zimbron, 1974).

En 1841 el Consejo Superior de Salubridad decretó que los dentistas que quisieran ejercer en nuestro país tendrían que pasar un examen en la Escuela Nacional de Medicina. Esta disposición es importante porque marca el principio en el proceso de institucionalización de la profesión dental en México. Por trece años, los dentistas que recibieron su título en México fueron sólo extranjeros que habían aprendido la profesión en sus países de origen, estos extranjeros se convirtieron en los promotores de la odontología mexicana pues enseñaron la profesión a los primeros dentistas mexicanos; fue así que en 1854 presentó examen el primer dentista mexicano y en los años siguientes se titularon varios más que habían aprendido la práctica en un mínimo de dos años en el gabinete dental de algún dentista ya titulado (Díaz de Kuri, 1997).

Para las últimas décadas del siglo XIX los dentistas mexicanos habían alcanzado logros muy importantes, la práctica se había transformado y surgió la odontología moderna, esto trajo consigo conocimientos y técnicas actuales, publicaciones periódicas, etc; el Estado mexicano desempeñó una parte importante en el proceso de profesionalización de la odontología, pues la difundió y ayudó a crear una imagen, lo único que hacía falta era una escuela en donde se pudiera aprender la profesión.

México carecía de una institución formal de enseñanza dental al iniciarse el siglo XX, la idea de instituir la enseñanza partió del gremio dental, pero fue apoyada por el presidente de México y por varias instituciones como la Escuela Nacional de Medicina y la Secretaría de Justicia e Instrucción Pública. No será hasta el 19 de abril de 1904 que se inaugure anexo a la Escuela de Medicina el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental ubicado en la calle de La Escondida No. 1 y 2, hoy calle de Ayuntamiento, esquina con el eje Lázaro Cárdenas (Zimbron, 1990).

La carrera de odontología se hacía en tres años, las materias básicas médicas se impartían en la Escuela Nacional de Medicina y las asignaturas especiales en

el Consultorio de Enseñanza Dental, en el que se estableció también la consulta gratuita. Al cuarto año de su fundación se cambia a instalaciones más funcionales en la tercera calle de Mina y se establece un nuevo plan de estudios agregando la especialidad de Prótesis Dental.

En el año de 1911 el Consultorio se cambia a la calle de Moneda y un grupo de profesores del mismo se dirige a la Secretaría de Estado de Instrucción Pública y Bellas Artes, para solicitar al Presidente Madero su independencia de la Escuela Nacional de Medicina y el 11 de julio se decreta que la Carrera de Cirujano Dentista se estudiará en la Escuela Nacional de Enseñanza Dental, que dejará de depender directamente de la Escuela Nacional de Medicina (Díaz de Kuri, 1997).

Con este decreto se logró la independencia del consultorio pero no se modificó previamente la ley de la Universidad y por estar considerada una escuela quedó fuera de la Universidad. Al respecto los estudiantes mandan una carta pidiendo la incorporación a la Universidad y en 1916 la Escuela Nacional de Enseñanza Dental pasa a ser ya Facultad Odontológica.

El Secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes, Félix F. Palavicini, estableció el plan de estudios de la Facultad y dentro de los comunicados aclaró: “ los profesores procurarán que la enseñanza de los cursos que estén a su cargo sea instructiva y educativa y, por lo mismo inculcarán a sus alumnos el amor a la profesión y el bien por el bien mismo, procurando además de despertar en ellos el sentimiento de que el objeto final de la profesión no es el lucro sino el instrumento del bien en beneficio de la humanidad doliente tanto para los poderosos como para los desvalidos” (Zimbron, 1990).

A finales de la segunda década se da de improviso el hundimiento de la incipiente Facultad. El Rector nombrado por el gobierno de la Revolución ordena la clausura de establecimiento mientras se prepara un nuevo plan de estudios, pero pocos días después se revoca este mandato.

Durante el conflicto universitario de 1929, la Facultad de Odontología desempeña un papel importante; es la segunda dependencia que se adhiere al movimiento estudiantil, y apoyará a éste hasta la terminación de la huelga, con la

propuesta del Presidente Portes Gil de conceder la autonomía a la Universidad; con esta ley se vuelve a modificar el plan de estudios y se modifica el nombre a Facultad de Odontología (Díaz de Kuri, 1997).

A partir de 1960, la profesión ve el surgimiento de nuevas escuelas dentales que se establecen en casi todos los estados de la República en donde se preparan a los futuros cirujanos dentistas y se inician modificaciones favorables a la enseñanza de la odontología.

La escuela de Odontología ha sido siempre un importante auxiliar de los servicios de salud, ya que en sus clínicas prestan atención a un numeroso grupo de población de escasos recursos, que encuentran en ellas un esmerado cuidado a bajo costo. A partir de la década de los setentas, por disposición del rector de la UNAM se inicia la construcción de clínicas dentales de la Facultad de Odontología en terrenos de los Colegios de Ciencias y Humanidades. En los siguientes años la UNAM incrementa sus clínicas con el inicio de las actividades en las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de Iztacala y Zaragoza que dan también un nuevo enfoque a la carrera de Odontología (Zimbron, 1990).

El plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala será descrito a continuación debido a que es representativa de la muestra utilizada en esta investigación.

La Carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala tiene una duración de 8 semestres (4 años) más un año de Servicio Social.

El primer y segundo semestre de la carrera se imparte en el Campus Iztacala, en donde se capacita al alumno en los conocimientos básicos odontológicos y médicos.

A partir del tercer semestre las actividades se comparten en el campus y en las Clínicas Odontológicas, donde se integran en su totalidad del cuarto al octavo semestre de la carrera. En la tabla 2 se muestra las materias cursadas de dicha licenciatura.

Tabla 2. Licenciatura de Odontología

PRIMER SEMESTRE	QUINTO SEMESTRE
Módulo de Generalidades Módulo de introducción Módulo de Instrumentación Odontología preventiva I Anatomía Dental Materiales Dentales Emergencias Médico	Operatoria Dental IV Prótesis parcial Fija y Removible III Prostodoncia Total II Exodoncia II (Guardias) Terapéutica Médica Técnicas Quirúrgicas Dentales (Optativa)
SEGUNDO SEMESTRE	SEXTO SEMESTRE
Módulo de Laboratorio I Módulo de sistema masticatorio Módulo de Relación y control Operatoria dental I Odontología preventiva II Radiología I Introducción a la inv. bibliográfica	Operatoria dental V Prostodoncia total III Prótesis parcial fija y removible IV Exodoncia III (Guardias) Parodoncia Endodoncia Neoplasia orales (optativa)
TERCER SEMESTRE	SÉPTIMO SEMESTRE
Módulo de laboratorio II Módulo de nutrición y metabolismo Módulo de transporte y defensa Operatoria dental II Prótesis parcial fija y removible I Anestesia Radiología II	Clínica integral I Cirugía bucal Odontología infantil Medicina estomatológica I Oclusión I Odontología legal (optativa)
CUARTO SEMESTRE	OCTAVO SEMESTRE
Iniciación a la clínica Operatoria dental III Prótesis parcial y removible II Prostodoncia total I Exodoncia I Nutrición (optativa) Psicología médica (optativa)	Clínica integral II Cirugía maxilofacial Ortodoncia Medicina estomatologica II Oclusión II Organización de Consultorios (opt).

Desde los primeros días en que la odontología nació como profesión autónoma, sus progresos han sido notables. El carácter y la amplitud de la práctica general de la odontología han ido reflejando sin cesar los progresos logrados en la tecnología, la biología y la ciencia de los materiales. El práctico que

antes se preocupaba por aliviar el dolor por medio de la extracción del diente, se interesó igualmente por la restauración de la función y de la estética. Cuando se comprendió que una dentición que funcionara bien era importante para la salud general y bienestar emocional, la filosofía del diagnóstico y tratamiento en la práctica dental se amplió desde el nivel individual hasta toda la cavidad oral; así la práctica odontológica general maduró hasta su estado actual.

3.2 ODONTOLOGÍA

La Odontología es una práctica muy antigua que se basa en brindar ayuda a las personas que sufren de alguna afección de tipo dental, como otras ciencias comparte la responsabilidad del cuidado adecuado de la humanidad y de la propagación de dicha práctica de forma honesta y ética. (Martínez, 1989).

La odontología es una especialidad médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan a los dientes y tejidos adyacentes a estos, también es conocido como aparato estomatognático (esto incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas como labios, amígdalas, orofaringe y la articulación temporomandibular).

La odontología abarca varias especialidades y disciplinas que aunque cada una es específica de algún área particular del cuidado de los dientes, siempre se interrelacionan para trabajar en conjunto y poder ofrecer un trabajo digno y de calidad. Dentro de estas especialidades podemos mencionar algunas:

- Endodoncia: es toda maniobra realizada sobre el complejo vasculonervioso de un órgano dentario. Podría decirse que abarca desde una protección terapéutica directa del nervio hasta la extirpación total del contenido conductal. Se aplica en piezas dentales fracturadas, con caries profundas o lesionadas en el nervio (pulpa) en las que se da una pulpitis.

- Odontología infantil u Odontopediatría: Trata todo tipo de padecimiento que se presente en los niños desde caries, manchas en los dientes, malformaciones, etc.; utilizando técnicas adecuadas para el manejo dental y psicológico del infante.

- Periodoncia: aplica todo tipo de tratamientos para la gingivitis y la periodontitis. Dependiendo del grado de afectación, se practican desde simples raspados periodontales con anestesia hasta complejos tratamientos con racimos periodontales e injerto de huesos incluidos.

- Cirugía Oral y Maxilofacial: se refiere a todas las operaciones y extracciones que se deban de realizar en la boca, como la extracción del 3er. molar o “muela del juicio” hasta cirugías de encías por malformaciones de nacimiento.

- Patología bucal: atiende todo lo referido a enfermedades e infecciones que se producen y que se adquieren en la boca, dientes y el tratamiento que debe de llevarse para su mejora.

- Ortodoncia: Esta especialidad se encarga de corregir los dientes si no se encuentran en buena posición, cuando algún diente no erupciona a tiempo o hay alteraciones en el crecimiento de los huesos maxilares; mediante algún aparato removible o fijo (brackets). Cabe mencionar que esta especialidad fue la primera aprobada por el *Council on Dental Education de la American Dental Association* en 1930 (Morris, 1974).

- Prótesis Maxilofacial: Cuando se han perdido dientes por su naturaleza se mueven hacia el espacio que ha quedado y se puede distorsionar la mordida y que se aflojen más dientes. Para que ello no

ocurra se recurre a que se coloque una prótesis parcial fija o una parcial removible.

Aunque existen muchas más especialidades, la odontología sigue siendo la espina dorsal de esta profesión, ya que el odontólogo puede prestar atención y tratamiento del cual se sienta capaz, por otro lado, no necesita efectuar aquellos servicios para los cuales no se sienta preparado; con raras excepciones, la talla de un práctico mejora a los ojos del público y a los de sus colegas cuando recomienda que el tratamiento lo haga un especialista.

3.3 ENCUADRE DEL TRABAJO ODONTOLOGICO

La Odontología al igual que la Medicina tiene la cualidad de constituirse en un arte que requiere un amplio sentido del humanismo, responsabilidad y ética profesional. Martínez y Loongi (1989) refieren que el manejo adecuado de determinadas variables dentro del campo de la consulta y la intervención odontológica contribuirá a la obtención de resultados exitosos en la práctica de ésta profesión. Las variables que mayor importancia tienen y se mantienen constantes durante todo el proceso de la intervención se le denomina encuadre.

Las variables más importantes del encuadre son:

- Previsibilidad: El odontólogo debe mantener un alto nivel de previsibilidad en cuanto a mantenerse accesible para su localización en los horarios o sitios donde el paciente puede ir a alguna cita para su atención. También debería de manera ideal prever sus días de vacaciones e informar de manera oportuna al paciente de éstas. También debe de informar oportunamente sus periodos de ausencia y nombrar a algún colega y su localización para la atención de alguna contingencia o urgencia que pueda tener el paciente, además de que debe de contar con un completo directorio

de profesionales de su ramo que atiendan y manejen especialidades específicas que él no pueda atender. El odontólogo debe de contar con la información necesaria para la localización de cada uno de sus pacientes y de atender las citas concertadas. Debe de tener cuidado en avisar acerca de las cancelaciones.

- Puntualidad: El manejo de la puntualidad es extremadamente importante tanto para el paciente como para el profesional. El odontólogo debe conocer su ritmo de trabajo en términos de tiempo que le requiere o requerirá cierto tratamiento que se propone realizar, para que de esta manera programe sus citas y no haya dilatación o tardanza en la atención de sus pacientes y poder cumplir con la puntualidad de las citas. Cabe destacar que la importancia que en el terreno profesional llegue a desarrollar no se desprenderán de prácticas contaminadas o falsas apariencias, sino de todo lo contrario, del interés y preocupación genuina que logre transmitir a sus pacientes y en el desarrollo de su práctica profesional.

- Honorarios y cancelaciones: Una persona que no se encuentre satisfecha de las atenciones recibidas por el profesional puede expresarlo en el manejo de los honorarios que a éste corresponden: reticencias, retrasos o incumplimientos totales en los pagos. Los diversos tipos de insatisfacción que puede tener un paciente se verán reflejados en la modalidad de cómo el paciente maneja las formas de pago; estos tipos de insatisfacción podrían ser por el trabajo realizado, el manejo de las citas, la puntualidad, el manejo de los problemas y aspectos íntimos del paciente. Existen pacientes que necesitan solicitar plazos para sus pagos como símbolo de “probar” la verdadera preocupación del odontólogo por los mismos. Por otra parte existen pacientes que podrán solicitar pagar por adelantado y se deberá de entender que quieren complacer al profesional porque esperan que este se preocupe de que el paciente también quede complacido. En cuanto a las cancelaciones se debe de procurar conciliar

los intereses de ambos, es decir, del profesional y el paciente. Se propone establecer un parámetro de que cada quien asuma sus responsabilidades, en cuanto al paciente el tiene derecho a que el profesional le respete su tiempo no destinándolo a ninguna otra persona o actividad, y el profesional tiene derecho a cobrar por el tiempo destinado a su paciente aún si este canceló por motivos personales o por causas de fuerzas mayor, es decir, por contingencias ajenas aún al paciente mismo. Si el odontólogo es el que cancela, éste asume su responsabilidad y no tiene derecho a cobrar, incluyendo si su ausencia también esta justificada. Se trata de promover en el paciente una adecuada atención y seriedad a la asistencia odontológica en la promoción de la salud del individuo y la familia. En lo referente al odontólogo, se ve beneficiado no sólo en lo económico, sino también le permite asistir con una gran pulcritud y eficiencia a sus pacientes e introduce el factor de compromiso que aprenderá el paciente en cuanto el mantenimiento y conservación de la salud bucal.

3.4 EL AMBIENTE ODONTOLOGICO

El medio ambiente de la clínica odontológica está constituido por todos aquellos factores de tipo especialmente físico, que van a influir en el ejercicio de la profesión, podemos crear un adecuado control por medio de la aplicación de principios ergonómicos y así garantizar un clima favorecedor donde el trabajo se realice de manera cómoda, agradable y adecuada, tanto para el paciente como para el odontólogo.

Martínez y Loongi (1989) señalan que el ambiente odontológico se define claramente por la organización general como esta establecido el consultorio.

Mencionan que los factores físicos y psicológicos favorecerán o agravarán las reacciones del individuo ante cualquier situación que perciba como amenazante ya sea real o inconsciente.

Una situación conflictiva o amenazante para una persona podría no serlo para otra, y muchas veces para una misma persona un acontecimiento puede ser muy amenazante en un momento dado y totalmente diferente en otro.

Los factores que nos causan algún tipo de estrés o tensión son en nuestras vidas una expresión única de lo que somos debido a las diversas experiencias, perspectivas o creencias que tengamos, por esas razones hay un gran problema acerca de entender nuestra propia tensión y la de los demás, además de el conocimiento de como manejarlas constructivamente en determinada situación.

La clave para un tratamiento real y eficaz de las reacciones psicológicas de pacientes y odontólogos reside en conocer y entender la naturaleza de la tensión y elaborar un tratamiento a la medida de la situación o de la persona que se trate de ayudar. Gran parte de la tensión generada y experimentada en el ambiente laboral del odontólogo puede prevenirse, conociendo los factores generadores de la tensión. Estos factores pueden ser por el ambiente físico, las presiones de tiempo o dependiendo de los factores psicológicos.

- Factores ambientales físicos: Pueden ser temperatura, ruidos fuertes o agudos, contaminación, equipo que funciona mal, iluminación insuficiente o inadecuada, instalaciones defectuosas, olores desagradables, etcétera. Por otra parte Carrillo, Álvarez y colaboradores (2008) mencionan que también es importante tomar en consideración contar en la clínica con un buen sistema de ventilación, ventanas al exterior o interior para que se realice una renovación del aire. Se deben seleccionar aquellos aparatos que menos contaminación sonora puedan producir; la utilización de aparatos de alta velocidad como turbinas, aspiradores etc., suele crear una contaminación acústica importante muy superior a esta cifra con el correspondiente estrés sonoro, por lo que su utilización debería realizarse solamente cuando sea estrictamente necesaria y por periodos de tiempo cortos, alternar citas de forma adecuada puede servir para controlar este problema y descansar durante momentos del ruido producido por los aparatos utilizados. El control de sonidos y ruidos en la consulta dental

conlleva desde alejar e insonorizar lo más posible los compresores hasta elegir instrumentos rotatorios de menos nivel sonoro. Otro apartado importante es el derivado del control de los olores, es muy conocido que éstos se conservan en la memoria y muchos de ellos van asociados a experiencias vividas, emociones, etc. Los olores más frecuentes y típicos en la consulta, que en muchas ocasiones conllevan sensaciones de temor o ansiedad, son derivados de productos altamente aromáticos como el eugenol, el metacrilato de metilo, las pastas iodofórmicas, etc., que de alguna manera hacen que “huela a dentista”. Es por ello por lo que junto con un adecuado sistema de renovación del aire ya mencionado, parece conveniente poner habitualmente algún tipo de desodorante o ambientador suave capaz de enmascarar estos olores.

- Presiones del tiempo: Las citas que rebasan los horarios establecidos, interrupciones y retrasos por llamadas telefónicas o visitas, cancelaciones de citas, pacientes que no acuden a las visitas, urgencias, etcétera.

- Factores psicológicos: Se relacionan al trato del denominado paciente problema, que puede llegar a resultar agobiante o conflictivo y obliga a salirse del horario de trabajo previsto. Las respuestas más inmediatas y comunes al estrés por parte del odontólogo puede ser: la ansiedad, la depresión, la irritabilidad y una disminución de la satisfacción por no haber realizado un trabajo exitosamente. Estas reacciones pueden provocar efectos conductuales como por ejemplo desempeño reducido, ausentismo, lentitud y cambios de trabajo. Es un problema muy común entre los odontólogos la incapacidad de aceptar las limitaciones.

El consultorio debe de ser lo suficientemente atractivo para agradar a muchos sin ofender a nadie. La apariencia de éste deberá de ser el reflejo de la personalidad del odontólogo, sin falsas pretensiones y de acuerdo a sus gustos y comodidades y no solo a los de los pacientes. El trabajo odontológico requiere de muchas horas diarias para su ejecución, este

debe de realizarse con un equipo adecuado, en un ambiente limpio y cómodo para cumplir con el desarrollo del ejercicio digno de la profesión. Se recomienda que el personal auxiliar del consultorio, si es que lo hay, deberá de vestirse con decoro y buena presentación.

3.5 ODONTÓLOGO

El Odontólogo como profesional de la ciencia presta servicios de salud en forma científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal; mediante la interacción de la persona, la familia y la comunidad, considerando a cada una de ellas dentro del contexto sociocultural, económico y ambiental en los que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población en general.

La personalidad del odontólogo debe ser incluida cuando se trata de investigar los aspectos relativos a la consecución de logros o fracasos como resultado de la intervención quirúrgica.

Es imprescindible que el odontólogo, cuya profesión implique el manejo de relaciones interpersonales, incluya los aspectos de su personalidad en la observación de las vicisitudes de la relación odontólogo-paciente. El odontólogo debe adiestrarse para la identificación de rasgos, mecanismos y pautas de reacción de los pacientes; pero tal visualización implica que él pueda reconocer en sí mismo sus propias pautas, mecanismos y reacciones para poder discriminarlas de las del paciente (Katz, citado en Martínez, 1989).

Estos factores pueden modificar las actitudes del odontólogo hacia los pacientes al grado de hacer o no factibles la realización de un trabajo.

Para Martínez (1989) las siguientes son algunas de las modalidades de la personalidad que el odontólogo debe manejar y conocer de si mismo para que su

valoración le permita medir el peso específico que éstas pudieran estar ejerciendo en su práctica profesional:

- Tolerancia a la frustración: La paciencia y la tolerancia que éste muestre hacia el paciente, puede ir provocando un cambio significativo y gradual de conducta del paciente en caso de que no se muestre cooperador.

- Tolerancia a la agresión: La seguridad y confianza que el odontólogo tenga en sí mismo, le permitirá manejar la agresión de sus pacientes; también esta misma puede irse modificando si el profesional aprende a manejarla adecuadamente.

- Tolerancia a la demora: capacidad de saber esperar.
- Reconocimiento y control: de sus rasgos psicopáticos; reconocer la propia capacidad de mentir, manipular, controlar, abusar, fingir, falsear, timar, etc.; para poder controlarlo.

- Reconocimiento y control de sus carencias afectivas; las envidias, el odio, la agresión, el abandono, las pérdidas emocionales, etc., que cada quien contiene dentro de sí, se denominan carencias afectivas. De acuerdo a las posibilidades de cada quien, estas carencias conferirán su propio sello a la personalidad de quien se trate.

Los odontólogos que comprenden mejor los fundamentos psicológicos involucrados en la relación odontólogo-paciente, y pueden aplicarlos

prácticamente, podrán experimentar, de continuo, gusto y satisfacción completos en su trabajo profesional.

En un estudio realizado a 48 odontólogos de la Ciudad de México (13 pasantes, Grupo B y 35 odontólogos con 1 a 15 años de ejercer, Grupo A) para determinar su perfil de personalidad, los resultados arrojaron que existe un mayor porcentaje en los rasgos de inseguridad, en el grupo A (83%) que en el grupo B (56%) y en el de obsesividad, grupo A (66%) que en grupo B (40%); por lo tanto el Grupo B muestra un perfil de personalidad más flexible, con nivel de angustia bajo, con más apertura al cambio, con buena tolerancia a la frustración, con menos dificultades del manejo de agresión, son menos inseguros y obsesivos. Mientras que para el Grupo A estas mismas características se encontraron más acentuadas. La inseguridad y la obsesividad tienden a aumentar con el tiempo de ejercicio profesional (Martínez, 1989).

La seguridad y tranquilidad del odontólogo en su ejercicio, para su beneficio y el de sus pacientes, está directamente condicionada a los conocimientos que tenga de sí mismo y de la comprensión de los factores emocionales que acompañan a la dolencia física del paciente. Esto se logra tratando de equilibrar en todo momento estos factores para lograr una continua satisfacción profesional, desarrollando al máximo sus capacidades y aptitudes, y una madurez personal que le permita disfrutar de los bienes materiales y espirituales resultantes de una personalidad sana.

Además de lo anteriormente mencionado se debe apuntar también a la formación de un profesional comprometido con la sociedad; un perfil humanitario, preventivo y atento a las realidades socioeconómicas actuales. Es así como lo especifica el M. C. Héctor Massías, quién puntualizó que “esta tendencia no se lleva adelante sólo al comenzar del ejercicio de la carrera profesional y luego de la graduación del alumno, sino que se desarrolla con un objetivo permanente en el dictado de las clases, en la práctica y en todo el proceso de formación”, puntualizó el Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Rosario en Argentina.

3.6 SITUACIONES QUE PREDISPONEN AL ESTRÉS DEL ODONTOLOGO

Drutman (2001) menciona que existen varias situaciones que predisponen a ambientes estresantes en el ejercicio de la profesión de odontología entre las cuales destacan:

Desconocimiento:

- La carencia de técnicas, procedimientos y conocimientos para resolver con calidad y seguridad los problemas que se presentan en la práctica diaria, por ejemplo, muchos dentistas tienen miedo a que sus técnicas de anestesia causen dolor o no sean lo suficientemente efectivas.
- La falta de formación en cuanto a las relaciones personales, ya que cada paciente y su familia pueden generar un problema al dentista si no se tiene un método profesional para la vinculación.

Sobrecarga:

- Sobrecarga de trabajo, es decir, más pacientes de los que el odontólogo puede atender adecuadamente al día.
- Superposición del trabajo con momentos críticos en el ciclo vital de la persona y/o familia por ejemplo: casamiento, crianza de la familia, atención de enfermos o ancianos, divorcios, mudanzas, migraciones, etc.

Conflicto:

- No le gusta la profesión o ciertos aspectos que no puede dejar de practicar.

- No recibe las gratificaciones esperadas, éstas pueden ser: económicas, resultado de los tratamientos, relación con los pacientes, relación con los colegas, valoración social, etc.
- Conflicto entre roles, por ejemplo entre ser madre y ser profesional.
- Conflicto de tipo moral, es decir, no siente que esta haciendo el trabajo como piensa que debería de ser.
- Conflicto generado por la estructura del sistema asistencial, por ejemplo: entornos competitivos, mal pago, exigencias desmedidas de parte del ambiente laboral y del propio profesional a si mismo.

3.7 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DEL ESTRÉS Y BURNOUT DEL ODONTÓLOGO

Patricia D'Angelo (2004) propone diversas recomendaciones para que el odontólogo pueda prevenir situaciones estresantes y así poder evitar padecer el síndrome de Burnout:

- Elegir un campo, área o especialización de trabajo y asegurarse de contar con una formación e información suficientes para el desempeño de la profesión. Esto disminuye la angustia por los imprevistos y por los malos resultados.
- Establecer un ritmo de trabajo que sea adecuado y agradable para la persona que lo va a seguir.
- Cultivar una buena relación entre los colegas o compañeros del consultorio, en su lugar de trabajo y/o fuera de él.
- Recordar que un equipo que funciona adecuadamente protege a sus integrantes y puede mejorar su producción y desempeño laboral.

- Estar alerta para tomar en serio todos los indicios de estrés cuando apenas se empiezan a manifestar.
- Identificar claramente estos indicios, tratar de conversar con personas que puedan reflexionar con el odontólogo, a fin de comprender y modificar las situaciones y los contextos en el que el estrés se reitera.
- Si no se logra cambiar el marco del trabajo, intentar cambiar uno mismo a fin de lograr una adaptación.
- Asumir el compromiso y la prioridad de realizar actividades para la salud física y mental, en forma periódica y constante. Tratar de elegir desempeñar alguna actividad recreativa que realmente le guste.
- Aprender a enfrentar y resolver sus conflictos personales y familiares.
- Diferenciar responsabilidad de omnipotencia, es decir, conocer sus límites. El desconocimiento de sus limitaciones conduce a la angustia, la parálisis y la impotencia.

3.8 ACCIDENTES Y ENFERMEDADES SUFRIDAS POR ODONTÓLOGOS

Los odontólogos están expuestos al contacto con pacientes que pudieran ser portadores de alguna enfermedad infectocontagiosa, siendo las de mayor incidencia mundial, las transmitidas por el virus de Inmunodeficiencia Humana y el de las Hepatitis B y C. (Tovar, Guerra y Carvajal, 2004). Otras enfermedades o accidentes que pudieran sufrir el personal que labora en el ámbito de salud serían: la tuberculosis, la rubéola, el herpes, las infecciones de anginas, la dermatitis, las alergias, los accidentes con objetos punzocortantes, el envenenamiento con sustancias químicas, entre otras.

Tovar, Guerra y Carvajal (2004) mencionan que a partir de una publicación en 1994 llamada "La Salud Bucodental; Repercusión del VIH/SIDA en la práctica

odontológica", el tema de las enfermedades y accidentes sufridos por los odontólogos ha cobrado mucho interés por parte de todo el personal que labora en los consultorios odontológicos. Señalan que existe evidencia científica que indica un mayor riesgo a infecciones dentro de la práctica clínica de la odontología. Se ha observado que el personal de salud que trabaja en el consultorio odontológico tiene mayor incidencia a contraer Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus de la Hepatitis C (VHC), que el VIH y otras infecciones que la población en general.

Los autores señalan que el odontólogo y sus pacientes son considerados personal de alto riesgo a contraer algún tipo de infección, debido a la gran cantidad de instrumentos punzopetrantes que se utilizan en el consultorio, además de la gran cantidad de microorganismos a los que están expuestos, debido al contacto con sangre contaminada, secreciones bucales y respiratorias. El riesgo a tener un accidente laboral y por consecuencia contraer alguna infección o también podría ser una cortada en la piel, se puede producir debido a que no existan ni las barreras, ni los procedimientos que impidan el contacto con los microorganismos. Aun cuando se cumplan cuidadosamente y meticulosamente con las normas de Bioseguridad establecidas el riesgo a tener un accidente es viable. No solo son accidentes los que se producen en el profesional de salud o en el personal auxiliar y de mantenimiento, sino también aquellos daños que le pueda ocasionar el profesional al paciente o a sus acompañantes, por no cumplir o aún cumpliendo con las normas de Bioseguridad.

Las normas de Bioseguridad se entienden como aquellas pautas que están encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral; estas normas son de uso universal e incluyen: uso de barreras protectoras y el manejo del material de deshecho. Las normas de Bioseguridad han sido preparadas por varias organizaciones profesionales, tales como las agencias de Salud Pública y del trabajo en los Estados Unidos de Norteamérica, entre ellas la Asociación Dental Americana y el Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades de

Atlanta de los Estados Unidos de Norteamérica, han sido difundidas ampliamente a nivel mundial.

Clasificación de los accidentes laborales sufridos por los odontólogos:

A) Exposición Parenteral:

- Percútaneo: Se describe como el pinchazo con aguja o penetración de cualquier instrumento punzocortante que produzca sangrado espontáneo o provocado, como por ejemplo: bisturí, elevador, etc.

- Contacto con mucosa: Es la Salpicadura de sangre u otro fluido contaminado en la mucosa ocular.

- Contacto con piel no intacta: Se refiere a los casos donde existe pérdida de continuidad bien sea por presentar heridas y/o laceraciones por raspadura, abrasión o persona con dermatitis.

B) Exposición cutánea:

- Contacto con piel intacta: se refiere a aquellos casos en donde no hay pérdida de continuidad.

C) El contagio en un Accidente Laboral:

Se constituye sólo si hay:

- Contacto directo con sangre y/o algún tipo de secreción de un paciente portador de una enfermedad infecciosa.
- Contacto indirecto con instrumentos odontológicos y/o equipos y/o con superficies ambientales que previamente han sido contaminadas.

Para evitar accidentes con instrumentos punzocortantes tales como: agujas, escalpelos, bisturís, alambres de ortodoncia, cualquier instrumento que pueda penetrar piel y mucosas, etc.; el Centro para la Prevención y del Control de Enfermedades de Atlanta para la Prevención de Accidentes Laborales en

Odontología (citado por Tovar, Guerra y Carvajal, 2004), señalan que estos instrumentos deben manipularse con guantes tanto por el odontólogo como por todo el personal que labora en el consultorio, las puntas activas se colocan en dirección contraria al operador del instrumento, en perfecto orden y que no se junten o amontonen unos instrumentos con otros para evitar un accidente. En el caso del personal de limpieza deben usarse guantes gruesos de uso doméstico para evitar un pinchazo durante su limpieza.

En caso del uso de elevadores durante una cirugía, el operador debe proteger el lado contrario al que se está trabajando con una gasa para resguardarse en caso de que el instrumento se resbale.

En cuanto al manejo de especímenes quirúrgicos, se recomienda que todo espécimen que va a ser procesado posteriormente (material para biopsia o dientes), deben ser almacenados en envases resistentes para el transporte. Al colocarlo dentro del envase se debe evitar tocar la superficie externa ya que contaminará el mismo.

Los dientes extraídos son considerados como material infeccioso y deben de ser procesados de la siguiente manera:

- Eliminar la superficie de periodonto o cálculo dental remanente con fricción y si no es posible con el uso de ultrasonido.
- Sumergir los dientes en hipoclorito de sodio en solución 1:10 por 30 minutos.
- Si van a ser procesados deben usarse las medidas de Bioseguridad en el laboratorio, además del uso de lentes, tapaboca y bata de manga larga con puño.

Los procedimientos para la manipulación de la basura se refieren a que la sangre, líquidos succionados y otros desechos deben descargarse en el servicio de alcantarillado público, asumiendo que la ciudad procesa las aguas utilizadas antes de ser eliminadas definitivamente.

Los elementos punzopenetrantes descartables deben colocarse en recipientes de plástico fuerte, de boca angosta y resistente a pinchazos y fracturas. Otros desechos como los rollos de algodón, las gasas y los guantes usados deben de remojarse en una solución con una proporción de 1 taza de cloro por 10 de agua durante por lo menos 10 minutos y luego colocarse en bolsas cerradas e impermeables, identificadas como material contaminado, durante su limpieza.

Las impresiones, registros de mordida en cera, modelos de yeso, aparatos protésicos u ortodóncicos deben limpiarse y desinfectarse antes de ser manipulados por el personal del laboratorio.

A continuación se describirán algunas de las enfermedades que el odontólogo pudiera contraer y su forma de contagio.

Hepatitis B.- Es una de las enfermedades de transmisión más frecuentes entre los profesionales de la salud. Se transmite por medio de la sangre y puede penetrar por una pequeña erosión en la piel. Para evitar el riesgo de infección se recomienda, recibir la vacuna y desechar adecuadamente todos los materiales punzo cortantes, especialmente los contaminados con sangre.

El SIDA.- En Estados Unidos se reportaron 120 casos de profesionales de la salud que adquirieron esta enfermedad al realizar su labor. En la totalidad de los casos reportados la infección ocurrió debido a accidentes con materiales punzo cortantes contaminados. Tanto los odontólogos como los practicantes generales y los asistentes dentales se encuentran atendiendo de manera consciente o inconsciente a pacientes portadores del virus. Se ha establecido que el VIH no se transmite por contacto casual, el único caso conocido en el que un médico haya contagiado a sus pacientes es el del Dr. Acer quien entre los años 1986 Y 1989 al ser portador del VIH contagió a sólo 6 de sus pacientes de un total de 1150. Se explica que los riesgos de transmisión sean tan bajos en el campo de la odontología debido a que hay indicios de que una proteína de la saliva (la SLPI) podría inhibir la reproducción del VIH.

Trastornos por sustancia químicas.- El personal del consultorio dental está en riesgo de sufrir lesiones hepáticas, abortos espontáneos, malformaciones congénitas, trastornos neurológicos, riesgos cancerígenos, dermatitis y alergias debido a la mala manipulación de sustancias químicas entre las que se encuentran los anestésicos, antisépticos y el mercurio entre otros.

- Riesgos del uso del mercurio: El mercurio es un metal pesado considerado peligroso debido a que genera afecciones sobre el sistema nervioso central, perturbaciones de comportamiento, trastornos renales, inmunes y sexuales. El mercurio es utilizado en la odontología hace más de un siglo por su capacidad de amalgamar, su bajo costo y su rápida fijación. La inhalación de mercurio por periodos prolongados causa la enfermedad denominada mercurialismo, los síntomas de esta enfermedad son: timidez, depresión, resentimiento a las críticas, dolores de cabeza, fatiga e insomnio.

- Los anestésicos.- Además de las propiedades narcóticas conocidas, los anestésicos tienen otros efectos, por ejemplo: el halotano produce lesiones hepáticas en sujetos sensibles a esta sustancia, el metoxiflurano trastorna el transporte regular de sodio en el riñón y en la actualidad se está estudiando el tridoroetileno. Los odontólogos y personal asistente se encuentran expuestos a los gases presentes en el consultorio dental. Los cuales pueden alcanzar concentraciones muy elevadas en salas mal ventiladas.

- Los antisépticos.-Entre los antisépticos utilizados en el consultorio el oxido de etileno, el hexaclorofeno y el formaldehído han venido siendo estudiados en los últimos años.

- a) Oxido de etileno: Se han realizado algunas pruebas experimentales con animales que indican la disminución de espermatozoides y lesiones

cromosomas en monos, respecto a los estudios con humanos son muy pocos y estos no son concluyentes.

b) Hexaclorofeno: Se le relaciona con trastornos cerebrales en niños causados por contactos fortuitos con polvos de talco contaminado, también se le ha relacionado con malformaciones congénitas entre los hijos de los usuarios de este producto. Aunque aún no se cuenta con pruebas concluyentes acerca de su nivel de toxicidad se aconseja utilizar otras alternativas de desinfección de la piel sobre todo al tratar a mujeres gestantes.

c) Formaldehído: irrita las membranas mucosas y los ojos; está probado que produce dermatitis. Se cree que tiene propiedades cancerígenas aunque estas no han sido probadas indiscutiblemente.

Alergias.- Por lo general las alergias adquiridas durante el ejercicio de la profesión odontológica devienen en Dermatitis y Asma.

- Dermatitis: Esta puede aparecer debido a agentes químicos, físicos y biológicos; de éstas el 85% se deben a reacciones alérgicas o irritación. En un estudio realizado en Finlandia sobre 536 profesionales de la salud se reveló que 115 sufrían de dermatitis, la mayor incidencia recayó en las mujeres que trabajaban la mayoría de ellas en puestos húmedos como la enfermería y el laboratorio. Así mismo se detectó que las reacciones alérgicas más comunes se debían a la neomicina, el alcohol de madera, productos químicos usados para componer el caucho, al cloruro de cobalto y el formaldehído entre otros. Entre el personal dental se observaron así mismo alergias al uso de resinas acrílicas y epoxidicas o por compuestos fenólicos así como por el uso de guantes.

- Asma.- Se cuenta con pocas pruebas y estudios concluyentes debido a que por lo general el afectado al relacionar la exposición a determinado agente o ambiente con el desarrollo del episodio evita éste. Aún así se ha podido probar casos de asma causados por antibióticos en especial los del

grupo de la penicilina. Los fetos del formaldehído continúan estudiándose ya que hay indicios que apuntan a una relación entre éste y la enfermedad. En el caso de manipulación de alérgenos se aconseja utilizar buenos sistemas de ventilación, en algunos casos se ha visto que la inhalación de cromato de sodio puede mejorar el tratamiento usándose como un paliativo cuando se presenten síntomas leves a moderados.

Virus del herpes.- Se desarrolla por una infección o inflamación, suele contagiarse al aspirar secreciones bronquiales, es común encontrar casos de contagio en el personal de enfermería aunque también se han reportado casos de dentistas contagiado.

En el municipio de Araçatuba en São Paulo, Brasil, Saliba y Bonifácio realizaron un estudio en donde se les aplicó un cuestionario a 76 odontólogos, el objetivo de dicho estudio fue evaluar la ocurrencia de accidentes ocupacionales y los comportamientos post accidentes adoptados por los cirujanos dentistas. Los resultados mostraron que el 34% (26 sujetos) afirmó haber sufrido algún tipo de accidente, la mayoría de estos accidentes ocurrió debido a las perforaciones cutáneas (84.6%), lesiones oculares por fragmentos (30.8%), lesiones oculares por agentes químicos (7.7%) e irritaciones cutáneas (3.8%). Acerca del momento cuando ocurrió el accidente los resultados mostraron que el 88.5% sucedió durante la atención, el 30.8% al comienzo y un 3.8% al terminar. Los factores principales de las lesiones fueron agujas (36.9%) e instrumentales (36.9%). Los comportamientos post accidentes más realizados por los profesionales fueron el lavado (23.1%) y la desinfección de las heridas (23.1%).

Además de los accidentes y enfermedades a las que están expuestos el personal odontológico debemos de mencionar los problemas ocasionados por lesiones musculo esqueléticas.

León y López (2005) señalan que las lesiones músculo esqueléticas (LME) representan un problema de Salud Ocupacional de grandes dimensiones, debido a

su magnitud en ocurrencia y la posibilidad de no ser consideradas de origen ocupacional.

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (citado por León y López, 2005), menciona que las lesiones músculo-esqueléticas incluyen un grupo de condiciones que involucran a los nervios, tendones, músculos, y estructuras de apoyo como los discos intervertebrales. Representan una amplia gama de desórdenes que pueden diferir en grado de severidad desde síntomas periódicos leves hasta condiciones debilitantes crónicas severas.

Así mismo establece el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional que los desórdenes músculo- esqueléticos si han sido causados o agravados por las condiciones y/o el ambiente laboral se les denomina lesiones músculo esqueléticas ocupacionales (LMEO). Se ha comprobado que ciertas ocupaciones, tareas y posturas pueden ocasionar, condicionar y perpetuar este tipo de lesión.

Las lesiones músculo-esqueléticas ocupacionales ocasionan síntomas debilitantes y severos tales como: dolor, entumecimiento y hormigueo; productividad laboral reducida, pérdida de tiempo en el trabajo, incapacidad ya sea temporal o permanente, inhabilidad para realizar las tareas del puesto y un incremento en los costos de compensación al trabajador.

Las lesiones músculo esqueléticas generalmente son diagnosticadas fácilmente, ya que se relacionan con dolor, su etiología es múltiple, no solo se producen por el desempeño laboral, sino que están relacionadas con otras posibles actividades extralaborales, por ejemplo, antecedentes traumáticos o patologías previas, y con el desgaste o degeneración de los tejidos propios de la edad.

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional realizó un estudio en 1989 lesiones músculo esqueléticas de cuello, muñeca, mano y región baja de la espalda, encontrándose relación con factores de riesgo como: movimientos repetitivos, fuerza aplicada durante los movimientos, posturas inadecuadas,

presencia de vibración y la combinación de ellos; todos estos elementos se encuentran presentes en la práctica odontológica.

Lesiones Músculo Esqueléticas Más Frecuentes

Distensión: Se presenta cuando un músculo, ligamento o inserción tendinosa se estiran o empujan en extremo al forzar la articulación más allá de su límite normal de movimiento, resulta de: levantar carga pesada o soportar una fuerza externa.

Esguince: Ruptura o elongación de ligamentos.

Tendinitis: Inflamación de un tendón.

Tenosinovitis: Inflamación de una vaina tendinosa.

Bursitis: Inflamación de la bolsa articular.

Miositis: Inflamación de los músculos. **Primaria:** Poliomiocitis. **Secundaria:** sobredistensión muscular.

Artritis: Inflamación de la articulación: Postraumática, osteoartritis (degenerativa) y artritis reumatoidea.

Lesión por tensión repetida: Se relacionan con traumatismos acumulativos, sobre todo movimientos repetidos al final de la acción con un componente de fuerza o vibratorio.

Estos traumatismos acumulativos producen dolor, inflamación aguda o crónica de tendones, músculos, cápsulas o nervios. La cicatrización y estenosis transitorias pueden atrapar tendones, nervios y tejido vascular.

Lesiones por sobre uso: Microlesiones causadas por los efectos acumulativos de repetidas tensiones físicas sobre los diferentes tejidos, excediendo los límites fisiológicos: Tendinitis, Tenosinovitis, Bursitis, Miositis, Artritis, etc.

Todo el personal que labora en un consultorio odontológico es propenso a sufrir estas lesiones músculo esqueléticas señaladas anteriormente, debido a que

durante el ejercicio clínico están presentes elementos tales como: flexión o rotación del cuello, abducción o flexión de hombro, elevación de hombro, flexión de codo, extensión o flexión de muñeca, extensión o flexión de dedos, movimientos altamente repetitivos, movimientos con un componente de fuerza, además de posturas inadecuadas.

La postura del odontólogo durante su trabajo constituye un elemento primordial, ya que las malas posturas son productoras de lesiones músculo esqueléticas. Anteriormente el odontólogo trabajaba de pie, reposando todo el cuerpo sobre una pierna, mientras que con la otra accionaba el pedal del torno, esto trae un desequilibrio para la columna vertebral y para la pierna de apoyo, con la aparición del torno eléctrico se comenzó a trabajar sentado, en la actualidad el odontólogo sigue trabajando de pie, de esta posición se derivan problemas en la esfera de:

Raquis: Dolor por contracturas musculares, distensiones de ligamentos, compresión de los discos o desgaste de los bordes de los cuerpos vertebrales, artrosis cervical, cifosis y escoliosis. En las manos se produce calambres y fatiga. En las piernas y pies se produce dificultad en el retorno venoso, fatiga y várices.

El trabajo muscular del odontólogo la mayor parte del tiempo, es estático y requiere una contracción muscular sostenida, creándose un desequilibrio entre la actividad y el aporte sanguíneo, que, al disminuir, priva a los músculos de oxígeno y de glucosa, lo que obliga a utilizar las reservas de glucógeno e impide que se retiren los metabolitos consumidos, causando fatiga muscular, dolor agudo y tetanización. Esto se incrementa si el odontólogo usa ropas y guantes ajustados. A nivel de los miembros inferiores el trabajar de pie y la costumbre de cruzar las piernas, o el mal diseño de la silla de trabajo, dificultan el retorno venoso, produciendo varices y edemas. Si trabaja de pie, todo el peso descansa sobre los pies, aumentando la carga a los músculos de la espalda y al ser una posición estática, ocasiona retardo circulatorio. Esta posición solo es aceptable para los trabajos cortos, que requieran gran esfuerzo (exodoncias), al trabajar sentado se reparte el peso del cuerpo entre la columna, los muslos, los brazos y los pies. La espalda debe estar recta y los brazos apoyados, con un apoyo para la mano de

trabajo a fin de realizar movimientos precisos, mientras los pies se apoyan planos en el suelo. El paciente debe colocarse en una posición adecuada, para evitar que el odontólogo adopte posiciones inadecuadas, el campo de trabajo debe situarse a la altura de la vista, para prevenir que el profesional realice movimientos de la cabeza innecesarios.

Lesiones Músculo Esqueléticas más frecuentes en el Odontólogo

A) Lesiones de Tendones (Tendinitis, Tenosinovitis): se deben a repeticiones a gran velocidad de gestos o movimientos sin carga, la manipulación a velocidad lenta con peso excesivo o la manipulación de peso desde posiciones inadecuadas.

B) Lesiones Nerviosas y Neurovasculares: se le conoce como el Síndrome del túnel carpiano (STC), o el dedo muerto profesional.

C) Lesiones Musculares: Síndromes tensionales, repercusiones sobre discos intervertebrales, se ocasionan debido a la sobrecarga muscular por esfuerzos isométricos o repetitivos o por luxaciones o esguinces de pequeñas articulaciones y tendones de la columna vertebral. También tienen influencia los factores psicológicos.

Entre las patologías vertebrales más frecuentes en el odontólogo tenemos:

* Cervicalgias.- Es un síndrome de torcedura y estiramiento cervical. Ocasiona dolor a los movimientos del cuello referidos a miembros superiores.

* Síndrome del Trapecio.- Es un dolor miofacial y ligamentoso, por contractura persistente del músculo trapecio. Las posturas de flexión cervical anterior prolongada y fija, así como las lesiones cervicales preexistentes pueden condicionar la aparición de una contractura muscular persistente y la distensión o

tracción ligamentosa de las inserciones del trapecio, con el desencadenamiento de dolor.

* Dolor Bajo de Espalda (DBE).- Se debe a diversos factores ocupacionales tales como: trabajos pesados, trabajos monótonos, repetitivos no satisfactorios, escoliosis, cifosis.

* Defectos Articulares.- Osteoartrosis cervical, de rodillas, pericapsulitis de hombro. sociados a desgastes articulares fisiológicos y a las alteraciones de la arquitectura ósea.

* Síndrome de Contusión del Hombro: Este trastorno explica la mayoría de los dolores de hombro que aparecen relacionados con tensión laboral, es común en el odontólogo, aparece luego de una utilización repetida o sobrecarga repentina del hombro, la patología comienza como una bursitis y puede progresar a una irritación del tendón o tendinitis, conforme progresa se produce ulceración del tendón, la cual origina discontinuidad en su grosor total o ruptura del manguito rotador, por lo cual también se le denomina Síndrome del Manguito Rotador.

Otras lesiones:

Epicondilitis Humeral Lateral.- Recibe el nombre de "codo de tenista" porque es una molestia común entre estos deportistas, también es muy frecuente en los odontólogos, la lesión ocurre con cualquier tipo de actividad con dorsiflexión repetida de la muñeca, tal como asir fuertemente con el puño.

Tenosinovitis de De Quervain.-Afecta el primer compartimiento de la muñeca. Su inicio se relaciona con el uso excesivo del pulgar, como sucede con el empuñamiento repetido. El revestimiento tenosinovial presenta inflamación leve.

En general, e puede señalar que el personal odontológico se encuentra expuesto a un elevado riesgo de contraer problemas de cuello, espalda, hombros, codos y manos, debido al espacio limitado que tiene para realizar su trabajo, y la escasa visión que tiene para observar la cavidad bucal. Estas restricciones laborales con frecuencia hacen que el odontólogo deba asumir posiciones

corporales estresantes a fin de lograr un acceso y una visibilidad óptima dentro de la cavidad bucal. Además de que los procedimientos dentales son prolongados, y exigen una gran concentración durante la labor.

3.9 INVESTIGACIONES ACERCA DE BURNOUT EN ODONTOLOGÍA EN DIVERSOS PAÍSES

La odontología esta clasificada como una de las profesiones más estresantes, los factores principales para que sea considerada de esta manera se refieren a las relaciones interpersonales, el ambiente laboral y las condiciones sociales vinculadas con esta profesión. A continuación serán expuestas varias investigaciones realizadas en los últimos años acerca de la profesión de Odontología y el síndrome de Burnout.

Naidu, Adams, Simeon y Persad (citado por Albanesi y Tifner, 2005) realizaron un trabajo donde se muestra la relación que existe entre el estrés de los años de estudio, además de que señalaron las implicaciones que tiene el cambio de tipo de práctica preclínica y clínica en estudiantes de la carrera de odontología. Se encontró que los cambios fueron más estresantes para las mujeres pero la severidad de los síntomas fue mayor en los estudiantes de sexo masculino.

Rajab (citado por Albanesi y Tifner, 2005) realizó una investigación en estudiantes de odontología, encontrándose que para ellos los agentes principales que les producen estrés son: los exámenes, los días cargados de trabajo y la falta de tiempo para descansar. En los años clínicos, el bienestar de los pacientes, el no cumplir con los turnos asignados en la clínica y el cumplimiento de requisitos académicos fueron los factores primordiales que producían estrés en los estudiantes; el autor señaló que existen diferencias significativas en cuanto la relación del estrés y los años clínicos y/o teóricos, menciona que el grado de estrés es mayor en los estudiantes que primariamente se presentaron a medicina

que a odontología; además de que considera que otros factores que influyen son el medio ambiente educacional y los aspectos culturales o personales.

Newbury y colaboradores (2002) investigan acerca de la incidencia del consumo de alcohol, cigarrillos, drogas ilícitas, estrés, ansiedad y depresión durante el segundo y quinto año de estudio de la carrera de odontología y a un año del ejercicio profesional. Los resultados fueron comparados con estudiantes de medicina. El consumo de alcohol pasó de 47% en segundo año a 25% en último año y a 41% durante el ejercicio profesional. En estudiantes de medicina el incremento es constante desde el 33% hasta el 54%. Se observó que en cuanto al consumo de alcohol los estudiantes de odontología bebían cantidades mayores en comparación con los médicos. El uso de drogas ilícitas fue similar entre todos los estudiantes, 47% en segundo año, 67% en las etapas finales de la carrera y 16% en odontólogos que sufrían de alguna ansiedad patológica. El porcentaje de estudiantes con estrés decrece del 72% en el año final hasta un 19% como profesionales. En los médicos la ansiedad se incrementa al pasar de 32% a 39%.

Basado en la premisa de que el estrés tiene implicaciones sobre el desempeño académico Sanders (citado por Albanesi y Tifner, 2005) expuso que hay 4 factores que lo generan los cuales son: autoeficacia, la facultad y su administración, sobrecarga de trabajo y presión para el desempeño. Sanders encontró que existía poca correlación entre el desempeño académico y su relación con el estrés, pero que la facultad y la administración hacen que los estudiantes muestren menor competencia clínica y entendimiento contextual. No se encontraron diferencias en cuanto las variables de género, etnia y etapa del curso.

En relación a los estudiantes de odontología Humphris, Blinkhom, Freeman, Gorter, Hoad-Reddick, Murtomas, O`Sullivan y Splieth (citado por Albanesi y Tifner, 2005) realizaron una investigación en siete facultades de Europa que impartían esta profesión. El 36% de los encuestados reportó estrés psicológico significativo expresado en alguna enfermedad; el 22% mostró sobrecarga

emocional. La diferencia de estrés no fue significativa al realizar una comparación entre las diversas facultades, además de que se encontró evidencia de que el contacto con pacientes y el nivel de apoyo brindado por el hogar pueden ayudar en el proceso. También cabe señalar que los niveles de carga emocional encontrados entre los estudiantes de primer año de odontología fueron mayores de lo esperado por estos investigadores.

Leggat, Chowanadisal, Kedjarune, Kukiattrakoon y Haiphong (citado por Albanesi y Tifner, 2005) investigaron el estilo de vida de los odontólogos y mostraron que el 36.7% de los odontólogos entre 22 y 54 años de edad hacen ejercicio con regularidad, el 19.1% consume alcohol una vez por semana, el 2.4% reportó fumar, el 96.1% reportó estrés asociado con la práctica de su profesión, el 71% presentó problemas de salud sistémicos desde su graduación y el 59% no presenta problemas de salud en el presente. Los autores demuestran una alta prevalencia de estrés, una moderada prevalencia de problemas relacionados con el trabajo que afectan la satisfacción laboral y una moderada prevalencia de casos de enfermedad sistémica.

En muchas ocasiones se le relaciona muy estrechamente a la odontología con el arte, lo que lleva a formar una actitud de perfeccionismo en los profesionales odontólogos, referente a esto Hamilton y Schweitzer (citado por Albanesi y Tifner, 2005) realizan una investigación para conocer la relación existente entre la idea del perfeccionismo y el suicidio en estudiantes del tercer año de odontología, descubriendo que la idea del suicidio se asociaba con altos puntajes de perfeccionismo, no se encontró alguna relación con el género o la edad. Mencionan que el perfeccionismo es un gran atributo para alcanzar logros, pero los hallazgos indican que en altos grados se asocia con la vulnerabilidad al suicidio.

Alexander (2001) halla que en algunas facultades los alumnos reciben capacitación sobre el manejo del estrés, pero dicha situación no resguarda o protege a los estudiantes de higiene y de postgrado. Aunque algunos odontólogos

han llegado a recurrir al suicidio o a cambiar de ejercicio laboral en búsqueda de otras recompensas, los datos no son concluyentes sobre la incidencia del estrés sobre ello. El autor señala que lo importante radica en identificar las causas que desencadenan el estrés para proporcionar asistencia a la población afectada por él.

En relación a los estudiantes de odontología Newton (citado por Albanesi y Tifner, 2005) publica los resultados de su estudio en donde describe y compara los niveles de estrés reportados por diferentes especialidades odontológicas, concluyendo que no existen diferencias entre ellas, aunque cabe destacar que encontró que los odontopediatras muestran mayores porcentajes de estrés en comparación con las demás especialidades odontológicas.

En otra investigación Newton junto con Gibbons (citado por Albanesi y Tifner, 2005) encontraron diferencias significativas al estudiar la satisfacción entre los odontólogos, higienistas y terapeutas dentales. Estos autores pudieron averiguar que los profesionistas odontólogos mostraron el más bajo nivel de satisfacción laboral en comparación con los grupos de higienistas y terapeutas dentales, en el caso de estos dos últimos se encontró que los más jóvenes mostraron niveles de satisfacción más bajos.

Se realiza por Gorter, Eijkman y Brake (citado por Albanesi y Tifner, 2005) una investigación referente a los factores estresantes en el trabajo odontológico; encontraron que además de la relación paciente-odontólogo hay otros aspectos estresantes, tales como la interferencia del gobierno y entidades aseguradoras entre otras. Mencionan que los profesionales odontólogos masculinos sienten presión por la pérdida de perspectiva profesional y el mantenimiento del consultorio, mientras que los profesionales odontólogos de sexo femenino sienten mayor presión por la incertidumbre de situaciones profesionales.

Nedic y colaboradores (2002) hallaron que el estrés laboral es un gran problema en países desarrollados pero en algunos casos es sumamente mayor

por las crisis económicas de cada país. Los servicios de salud y los trabajadores de la salud están en condiciones difíciles debido al estrés laboral que se le asocia con una alta responsabilidad y frecuentes jornadas largas de trabajo. Esta situación produce ausentismo, reducción de la productividad en el trabajo, causa altos costos de tratamiento médico, rehabilitación y reentrenamiento del equipo clínico. Concluyeron que en los profesionales de la salud el alto sentido de responsabilidad es la principal causa de estrés en el trabajo.

Rutter y colaboradores (2002) estudiaron la relación que existe entre la docencia y la práctica clínica debido a que hay evidencia sobre los niveles de estrés en médicos, odontólogos, docentes y conferencistas. Se encontraron que los factores implicados en este comportamiento son la baja autonomía, la sobrecarga de trabajo y la pérdida de congruencia entre poder y responsabilidad. Se halló que el nivel de estrés se incrementa al combinar la práctica clínica con la docencia, aunque también cabe destacar que existe evidencia de que la combinación de estas dos puede reducirlo.

Gorter (2001) muestra la relación entre el estrés laboral y la frustración, los cuales son considerados como los riesgos más serios en el ámbito profesional de la odontología. Menciona que el ejercicio de la odontología se caracteriza por la comparación social y profesional, lo cual provoca bajos niveles de satisfacción en quien la ejerce. Los profesionales que no se manifiestan tan interesados en este tema muestran altos niveles de satisfacción y desarrollo profesional. Menciona que un estilo de vida basado en la imitación puede explicar diferencias en los niveles de satisfacción en un alto grado. El autor destaca la importancia sobre la necesidad de retroalimentación del estilo de vida y la importancia de la actitud profesional hacia el plan de carrera que quiere desempeñar.

Moore y Brodsgaard (2001) muestran que el 60% de los odontólogos encuestados perciben su carrera como más estresante en comparación con otras profesiones. Los factores más estresantes de la práctica odontológica fueron: cumplir con las citas, el dolor del paciente, sobrecarga de trabajo, incumplimiento y

ansiedad del paciente. En cuanto a las causas percibidas de ansiedad por parte del paciente fueron sentir dolor, trauma durante el tratamiento, problemas psicológicos hacia la odontología, sensación de su condición dental y causas económicas. Los odontólogos con más de 18 años de ejercer su profesión exponen que el mayor factor de ansiedad se relaciona con problemas psicológicos de los pacientes hacia los tratamientos. Concluyeron que los aspectos psicológicos de la práctica dental tienen gran significado y se requieren de más herramientas para aprender a manejar el estrés laboral y la ansiedad sufrida tanto por el paciente como por el mismo odontólogo.

Albanesi y Tifner (2005) realizaron una investigación entre odontólogos y estudiantes del último año de la carrera de odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Señalaron que los factores que causan estrés en los estudiantes son: exámenes, sobrecarga de trabajo, falta de descanso, bienestar del paciente, incumplimiento del paciente y el cumplimiento con los requisitos académicos; cabe señalar que los estudiantes donde se extrajo esta muestra cuentan con un pequeño banco de pacientes para que realicen sus prácticas, pero no se alcanza a cubrir las necesidades de los estudiantes, por lo que ellos tienen que buscar sus propios pacientes, lo que les provoca estrés. En cuanto a los profesionales odontólogos los factores que desencadenan estrés son: cumplimiento de turnos, dolor del paciente, sobrecarga de trabajo, incumplimiento del paciente, ansiedad del paciente y la posibilidad de contagio de enfermedades. Los resultados mostraron que los estudiantes presentaron puntuaciones más elevadas en los factores de cansancio emocional y despersonalización de dicho cuestionario. En los odontólogos profesionales se detectó mayor realización personal en su trabajo. Los sujetos entre 24 y 40 años de edad mostraron mayor puntuación en las variables de cansancio emocional y despersonalización, los sujetos entre 41 y 55 años mostraron alta puntuación en la variable de realización personal. Se detectó que las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en la variable de despersonalización. Por último en cuanto al estado civil se encontró que los solteros presentaron puntuaciones más elevadas que los casados en la realización personal.

Cesarini, Pagani, Rodríguez y Wainszelbaum (2001) realizaron una investigación en 4 hospitales de Argentina aplicando un cuestionario para conocer aspectos de la situación laboral del personal de salud de los hospitales y detectar la existencia de factores que eventualmente pudieran ser determinantes de enfermedad laboral. Dicho cuestionario fue respondido por 61 médicos, 40 odontólogos y 59 enfermeros. En su mayoría los tres grupos de profesionales respondieron no sentirse protegidos por la institución. El porcentaje de odontólogos que contestó que realiza alguna actividad formativa resultó alta, en comparación con el sector de enfermería. La exigencia del trabajo resultó alta en todos los grupos de profesionales y sumamente alta en enfermería, y el factor emocional aparece muy visible superando otro tipo de exigencia en los tres grupos. Se encontró que se le concede poca relevancia a la exigencia intelectual en las respuestas obtenidas, los autores proponen una educación continua permanente para el personal que labora en dichos hospitales. Los síntomas mencionados en relación a la actividad laboral fueron los relacionados al estrés, tales como la ansiedad y la tensión. En general se puede decir que la actividad hospitalaria repercute negativamente en la vida personal y familiar de los encuestados, escapando de los límites físicos y temporales del trabajo. La atención a los pacientes resultó estimulante especialmente para los médicos, y en menor medida para los enfermeros. La pregunta que alude a la relación con el paciente tiene un “no contesta” notablemente alto en odontólogos y enfermeros, en comparación con los médicos, los autores sugieren profundizar el tema de la relación médico-paciente con esos grupos. Resulta importante destacar que los autores se dieron cuenta del alto promedio de edad en los tres grupos de profesionales encuestados, eso quiere decir que existe una falta de incorporación de personal nuevo que permita el normal crecimiento y desarrollo de la institución hospitalaria.

3.9.1 BURNOUT EN ODONTÓLOGOS DE LA REPUBLICA MEXICANA

Los estados psicológicos negativos son estados no deseados que se reflejan en la eficiencia y en los estados de ánimo del trabajador, se manifiestan durante y

después del trabajo y se expresan en diferentes niveles funcionales del hombre, pudiéndose presentar instantáneos, a corto, mediano y largo plazo; el Síndrome de Burnout es uno de los efectos negativos más estudiado en diferentes países incluido México.

El Síndrome de Burnout en odontólogos no sólo provoca riesgo delimitante e incapacitante, sino también invalidez psicológica y fisiológica, además de manifestaciones que pueden provocar desequilibrio afectando el bienestar personal y la productividad. Numerosos estudios realizados sugieren que los odontólogos son sometidos a niveles más altos de tensión que muchos otros profesionales, esto aunado a varios factores pueden desencadenar un alto grado de desgaste emocional.

Se han realizado diversos estudios acerca de este síndrome en varias partes del país, esta información es utilizada para saber cuál es el grado de manifestación que tiene el Burnout y ayudar a que se creen métodos preventivos para poder disminuir esta tasa de prevalencia.

Muestra de ello es el estudio realizado por Díaz Romero et al. (2006) para determinar la frecuencia del Burnout en un grupo de odontólogos de la ciudad de México. La población estuvo constituida por 156 odontólogos en nueve de las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal. El instrumento utilizado para medir el Burnout fue el cuestionario de Maslach, el cuál mide la intensidad de desgaste desde bajo, medio y alto. Los resultados arrojados muestran que el 26.92% calificó como nivel bajo, el 48.72% nivel medio y el 24.36% alto.

Este estudio no muestra diferencias estadísticamente significativas de desgaste entre hombres y mujeres ni otro dato relevante.

Otro estudio realizado por Cabrera et al. (2006), menciona la prevalencia del síndrome de Burnout en Odontólogos y Médicos que se dedican a la práctica privada y a la docencia en la FES-IZTACALA. Ese estudio estuvo compuesto por 50 odontólogos y 50 médicos de la FES; el instrumento de evaluación fue el cuestionario de Maslach que cuenta con 32 preguntas. Los resultados que se

obtuvieron muestran que el Agotamiento severo en médicos con un 84% es mayor en comparación al de los odontólogos con un 16%, o sea agotamiento leve.

Con respecto a la despersonalización en el área odontológica se encontró un grado severo 96% y en el área médica 92%, es decir que los odontólogos tienen mayor desgaste psicológico y tendencia a la soledad. Por último en la realización personal se encontró que fue mayor en los odontólogos 98% y con los médicos fue de 84%.

Hernández de la Cruz, et al. (2007) realizaron un estudio comparativo de los síntomas del Síndrome de Burnout entre odontólogos de práctica general y especialistas del Distrito Federal y Área Metropolitana. Se aplicaron 110 cuestionarios M.B.I. a odontólogos de la Ciudad de México y área Metropolitana con más de un año de práctica. De los 110 cuestionarios se observó que el 10.90% del total de los participantes presentó el Síndrome de Burnout, de los cuales se percibió mayor incidencia hacia el síntoma de baja realización personal manifestándose un 75%, seguido por un 16.6% de agotamiento emocional y sólo un 8.3% presentó el síntoma de la despersonalización.

Los resultados obtenidos en las investigaciones son importantes, no sólo para el conocimiento del estado emocional de los odontólogos, sino también por la necesidad de las modificaciones en la dinámica de la organización de los departamentos de los Servicios de Salud.

Como se puede observar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los Odontólogos de la Ciudad de México existe y son pocas las investigaciones que se encuentran con respecto a esta profesión. Un detalle importante que se debe mencionar es que todos estos estudios fueron realizados con el Maslach Burnout Inventory ya que es el cuestionario más utilizado para medir el Burnout; de aquí la importancia de tener una evaluación creada para y por mexicanos la cuál se adapte a los estándares y características específicas de la población a la que va dirigida y así obtener datos más específicos.

La utilización de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional sería una buena opción para esta situación.

CONCLUSIONES

La odontología es una profesión muy compleja y poco valorada al no ser estudiada de manera más amplia. Esta disciplina como profesión no ha obtenido hasta la fecha el reconocimiento y respeto que mereciera a pesar de que al igual que la carrera de Psicología, buscó su independencia de Medicina, pero siguen íntimamente ligadas. Algunas personas consideran un lujo innecesario acudir con el odontólogo, esto se debe a que le restan importancia a su salud bucal confundiéndola con vanidad.

El cuidado de los dientes y la preservación de la salud bucal, ha sido de gran importancia en algunas culturas durante toda la historia de la humanidad. Por estas razones se fueron desarrollando y perfeccionando diversos instrumentos, medicinas, técnicas y cuidados para lograr este fin. Es importante señalar la relación de la odontología con el arte, esto se puede deber a que los dentistas tratan a la dentadura como una obra que a veces es necesaria corregir y esculpir hasta llegara a una sonrisa perfecta y estética. La especialidad de la odontología que se relaciona más con el arte es la Ortodoncia que es la encargada de lograr estos objetivos a través de diferentes técnicas, tratamientos y aparatos. También se debe esta relación con el arte debido a la colocación de dientes postizos del tamaño y color ideal para cada persona, amalgamas imperceptibles y la correcta alineación de los dientes.

El profesional de odontología esta constantemente expuesto a actividades que ponen en riesgo su salud y que van desde el lugar donde labora, los instrumentos y sustancias que maneja, las posturas que debe de adoptar para realizar las diversas técnicas, el trato diario y continuo que tiene con los pacientes. Esto estresores van haciendo más vulnerable a esta profesión a caer en diversos trastornos psicológicos. Las normas de Bioseguridad son las pautas que están

encaminadas a lograr actitudes y conductas para disminuir el riesgo del trabajador de la salud y no adquirir infecciones en el medio laboral; incluyen barreras protectoras (guantes, lentes, cubre bocas, utilización de bata con mangas largas y puños), como manejar el material de desecho, las posturas que se deben de adoptar para realizar sus labores, el proceso de esterilización, el uso adecuado de anestésicos y antisépticos, etc.

Un buen odontólogo debe de saber tolerar la frustración, la agresión, manejar la respuesta al dolor, la demora de los pacientes y los resultados esperados. Además de que debe de reconocer sus propias limitaciones dentro del campo en el que se especializó y debe de tener gusto por las interacciones sociales.

Se ha realizado varias investigaciones tanto en México como en otros países acerca de la relación de Burnout y la Odontología encontrándose varios factores que pudieran hacer esta profesión vulnerable a dicho síndrome, tales como sobrecarga de trabajo, desconocimiento de técnicas para cierta afección o enfermedad bucal, no recibir las gratificaciones esperadas, superposición del trabajo, conflicto de roles o con la institución, entre otros. Cabe destacar que no sólo los Odontólogos en activo sufren Burnout o estrés debido al ejercicio de su profesión, también son propensos a sufrirlo los estudiantes de esta disciplina debido a que además de atender pacientes deben de cumplir con las labores escolares como exámenes, trabajos, asistencia a clases, etcétera.

Por lo dicho anteriormente es importante estudiar este problema y saber como prevenirlo y controlarlo para que desde la escuela se erradiquen los síntomas que mayormente están presentando los estudiantes de Odontología.

CAPITULO IV

METODO

CAPÍTULO IV

MÉTODO

MÉTODO

Justificación

La necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout, viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral cuando se evalúa la eficacia de una determinada organización. La calidad de vida laboral y el estado de salud físico y mental tienen repercusiones sobre la organización, ausentismo, disminución de productividad, disminución de calidad, entre otros aspectos. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Los instrumentos existentes para medir Desgaste Ocupacional presentan deficiencias, entre ellas están las normas, puntuaciones y criterios, la causa principal es que estas varían de acuerdo a las profesiones y cultura del país. (Schute, et al. 2000).

Según la O.M.S. en su informe sobre la salud en el mundo, pone énfasis en la salud de los trabajadores, ya que son el recurso mas importante de las organizaciones (O.M.S., 2000). Para poder preservar la salud de los trabajadores se requiere un instrumento creado por mexicanos basado en los criterios culturales de los trabajadores mexicanos.

En México se han realizado pocos estudios referentes a la relación del Síndrome de Burnout y Odontólogos, es por ello que queremos ampliarlo, y conocer la igualdad y diferencia en aquellos que laboran en la Ciudad de México.

Objetivos

Conocer la relación entre la Profesión de Odontología impartida en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, el Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas, mediante los resultados obtenidos de la Escala

Mexicana de Desgaste Ocupacional en su versión adaptada a Odontólogos (EMEDO).

Hipótesis

H₁.- Existe relación estadísticamente significativa entre Burnout y el trabajo de los Odontólogos.

H₀.- No existe relación estadísticamente significativa entre Burnout y el trabajo de los Odontólogos.

H₂.- Existe relación estadísticamente significativa entre Burnout y las características sociodemográficas de los Odontólogos.

H₀.- No existe relación estadísticamente significativa entre Burnout y las características sociodemográficas de los Odontólogos.

Variables

Variable Independiente.-

- Profesión de Odontología.
- Características sociodemográficas.

Variable Dependiente.-

- Síndrome de Burnout.

Definición conceptual de variables

Variable Independiente:

- Profesión de Odontología.- Persona que desempeña la carrera de Odontología ocupando el esfuerzo corporal y/o mental en esta actividad. Persona especializada en el estudio y tratamiento de los dientes.

- Características sociodemográficas.- Datos personales, característicos y personales de los individuos que participan en un estudio o encuesta; por ejemplo: edad, sexo, estado civil, escolaridad, etcétera. En la mayoría de los casos estos datos se usan de manera estadística.

Variable Dependiente:

- Síndrome de Burnout.- Es el síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal que aparece en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o “Insatisfacción laboral” (Maslach y otros, 2001).

Definición operacional de las variables

Variable Independiente:

- Estudiantes de Odontología de la Ciudad de México (FES Iztacala) que mantengan una relación constante y directa con pacientes.
- Características sociodemográficas de los estudiantes de Odontología que se obtendrán a través del apartado para recabar dichos datos en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Variable Dependiente.-

- Síndrome de Burnout medido a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), en sus diferentes subescalas.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 250 sujetos de ambos sexos que estudian y ejercen la Profesión de Odontología en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de los cuales 153 pertenecen a la clínica Ecatepec, 50 a la Clínica Cuautitlán Izcalli y los 47 restantes pertenecen a la Clínica Acatlán. La media de

edad de los participantes fue de 21 años, 30.8% (77) fueron de sexo masculino, 69.2% (173) femenino, el 44% (110) reporto tener pareja, mientras que el 56% (140) reporto no tenerla.

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por cuotas hasta cubrir el total de sujetos representativos de la muestra, de acuerdo a las características requeridas en la presente investigación.

Tipo de estudio

Se trató de un estudio de campo, correlacional y transeccional.

Tipo de investigación

El diseño que se utilizó en este estudio fue de tipo cuasiexperimental, debido a que la estabilidad de las variables permitió conclusiones sobre los datos obtenidos en un solo momento y sólo serán aplicables a esta investigación.

Instrumento

- Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

El instrumento fue creado por Uribe-Prado, consta de 30 reactivos que miden Burnout (Desgaste Ocupacional cuyas fases son Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción Laboral) y 40 reactivos que miden trastornos de tipo psicosomático, además de que serán tomadas en cuenta características sociodemográficas. La cantidad de reactivos que mide cada uno de los trastornos psicosomáticos son:

- De sueño: 11 reactivos
- Psicosexuales: 10 reactivos
- Gastrointestinales: 6 reactivos
- Psiconeuróticos: 6 reactivos
- Del dolor: 5 reactivos

- De ansiedad: 1 reactivo
- De depresión: 1 reactivo

Procedimiento

Se solicitó la autorización de las instancias en donde estudian y ejercen los sujetos a los cuales se les aplicó la escala Mexicana de Desgaste Ocupacional en su versión adaptada a Odontólogos.

Se les entregó el EMEDO a los participantes para que lo respondieran siguiendo las instrucciones especificadas en éste, al término de la aplicación se les recogieron los cuestionarios y se les dio las gracias por su colaboración. Después se procedió a calificar los cuestionarios y los datos obtenidos, los cuales se tabularon en el programa SPSS versión 15 para Windows para ser tratados estadísticamente y obtener resultados tanto inferencial como descriptivamente. Se realizó un análisis factorial de consistencia interna utilizando el Alfa de Cronbach para darle una confiabilidad a cada una de las fases que miden el Burnout y una confiabilidad general a nuestra investigación. Con la finalidad de dar validez se realizaron análisis de Anova de una vía y correlaciones Producto- momento de Pearson, entre Desgaste Ocupacional, variables sociodemográficas, trastornos psicosomáticos y fases Leiter.

Con el propósito de dar validez al instrumento se realizó una clasificación de los tres factores de Desgaste Ocupacional considerando a partir de la media de cada factor dos grupos: de uno a la media se considero “bajo” y de la media al valor superior se considero “alto”. (Tabla 3).

Tabla 3

Valores mínimos y máximos de los Factores de Desgaste Ocupacional en base al modelo de Leiter y Maslach (1988).

Factor	Valor mínimo	Valor máximo	Media
Agotamiento	1	5.89	3.4849
Despersonalización	1	5.11	2.0418
Insatisfacción	1	5.58	2.0527

CAPITULO V

RESULTADOS

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Estadística descriptiva

Análisis de Consistencia interna

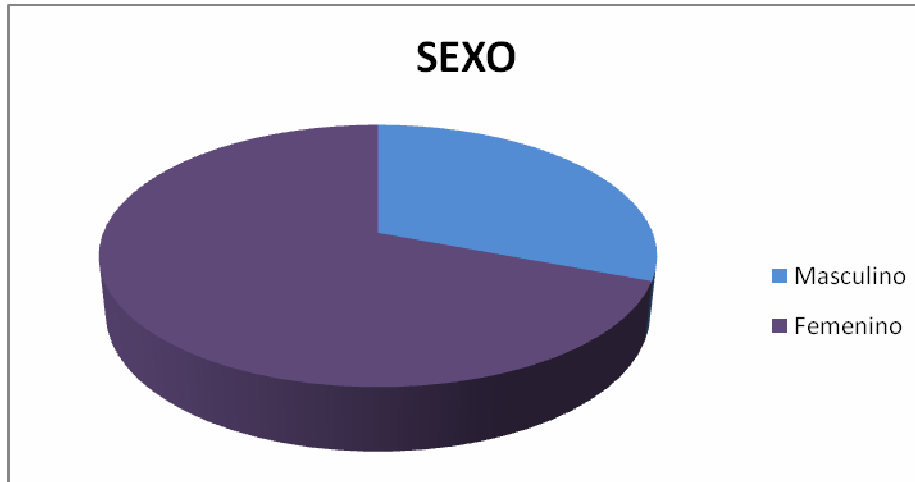
Se utilizó un alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna del instrumento, la confiabilidad general fue de 0.8642 con tres factores de Desgaste Ocupacional. (Tabla 4).

Tabla 4

Análisis de la Consistencia Interna de los 30 reactivos que miden Burnout del Alfa de Cronbach en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional

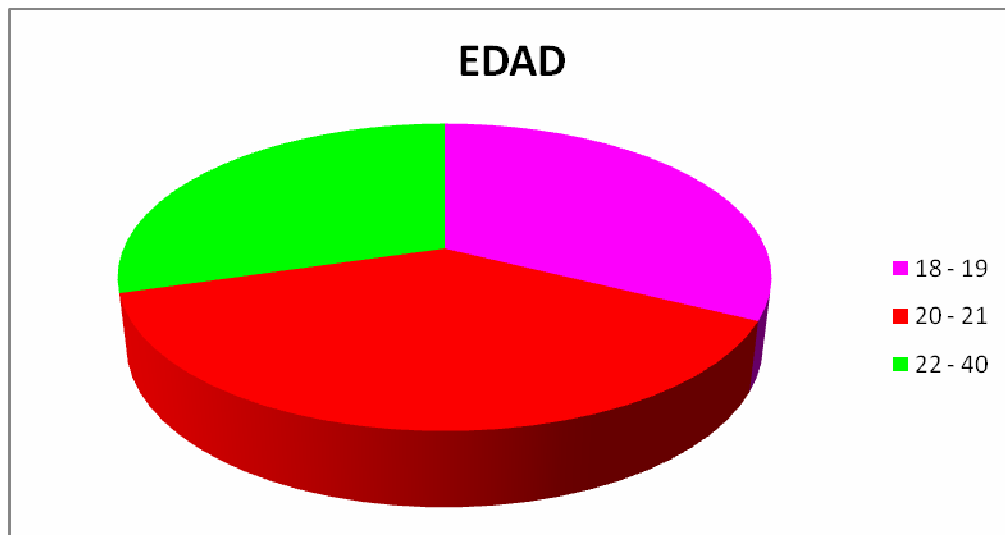
Factor	Alfa	Reactivos
Agotamiento	.7828	9
Despersonalización	.6336	9
Insatisfacción	.8878	12
Total	.8642	30

GRAFICA 1



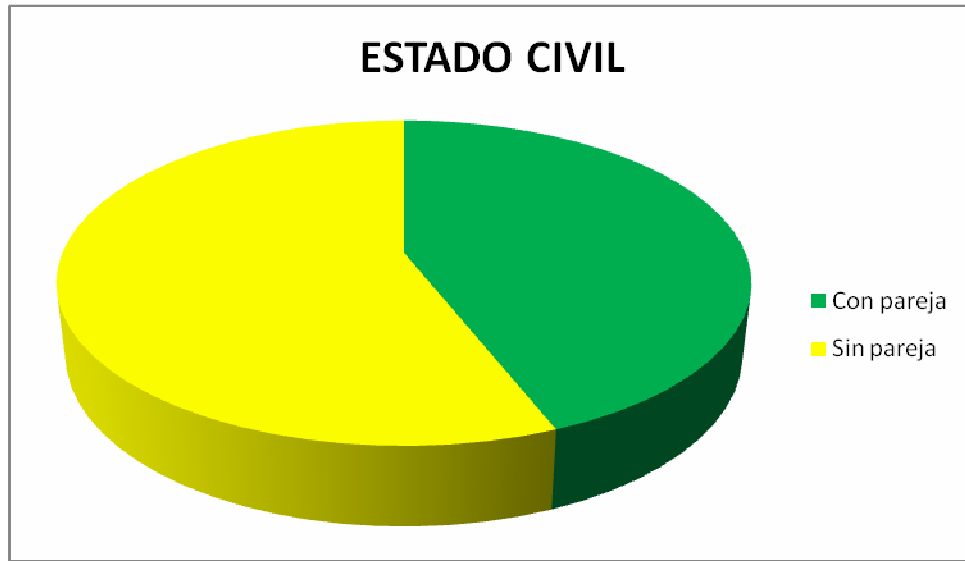
La población de la muestra estuvo constituida por 250 sujetos, de los cuales el 30.8% (77) fueron de sexo masculino y el 69.2% (173) fueron del sexo femenino. (Grafica 1).

GRAFICA 2



La edad de la población iba de los 18 a los 40 años de edad, la cual se dividió en tres grupos: de 18 a 19 años la cual representa el 32.4 % (81), de 20 a 21 años 38% (95) y de 22 a 40 años 29.6% (74).

GRAFICA 3



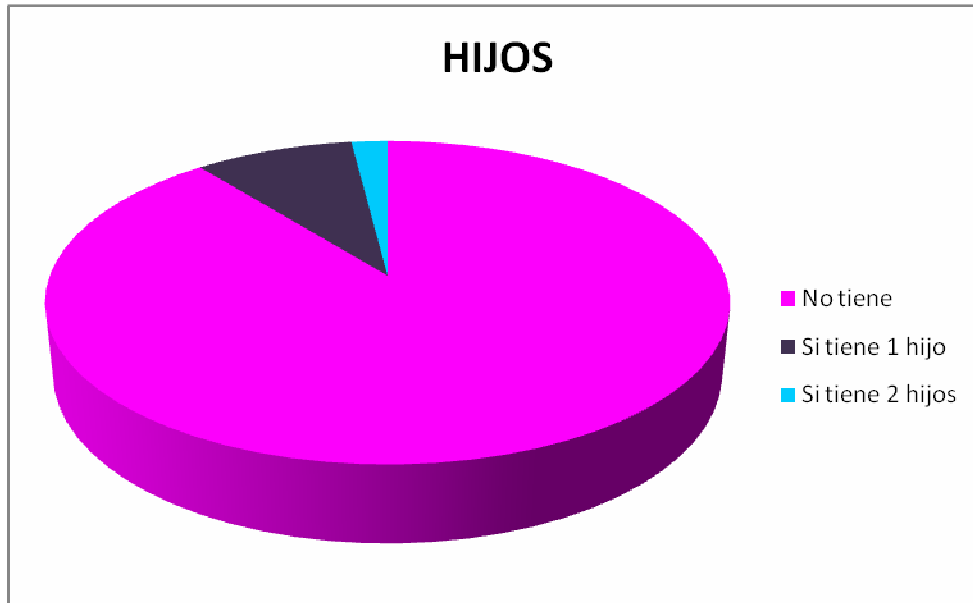
En cuanto al Estado Civil el 44% (110) contaban con pareja y el 56% (140) no tenía pareja. (Gráfica 3).

GRAFICA 4



La población que reporto tener pareja indicó tener desde dos meses hasta trece años de relación con su pareja y fue dividida en los siguientes rangos dependiendo de el tiempo que llevaban con ella: de 0 a 1 año 15.2% (38), de 1 a 2 años 11.6% (29), de 2 a 3 años 5.2% (13) y mas de 3 años 12% (30). (Grafica 4).

GRAFICA 5



La población usada para la muestra reportó que el 89.2% (223) no tiene hijos, el 10.8% (27) si tienes hijos del cual el 8.8% (22) tiene un hijo y el 2% (5) tiene dos hijos. (Grafica 5).

GRAFICA 6



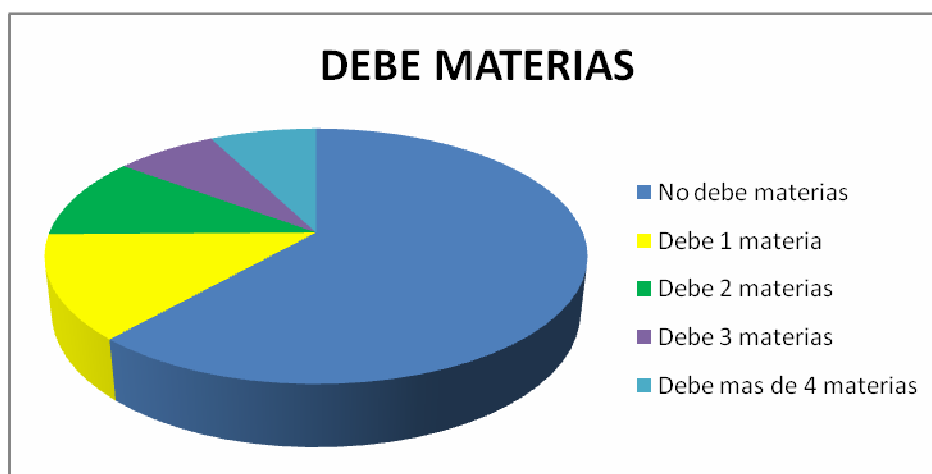
En la muestra se reportó que el 82.8% (207) son estudiantes solamente, el 1.2% (3) son Pasantes, el 3.6% (9) son Profesionistas en activo, el 0.8% (2) son Pasantes y Profesionistas en Activos, el 1.6% (4) son Estudiantes y Pasantes y el 10% (25) Estudiantes y Profesionistas en activo. (Gráfica 6).

GRAFICA 7



De la muestra utilizada el 9.6% (24) son estudiantes de Primer año, el 43.6% (109) son de Segundo año, el 14.8 % (37) son de Tercer año, el 26.8% (67) son de Cuarto año y el 5.2% (13) son estudiantes de Diplomado. (Grafica 7).

GRAFICA 8



De los 250 sujetos de la muestra, el 61.6% (154) no debe alguna materia escolar, el 13.2% (33) debe una materia, el 10.4% (26) debe dos materias, el 7.2% (18) debe tres materias y el 7.6% (19) debe cuatro o más materias. La cantidad máxima de materias que debían reportado fue de 8 materias. (Gráfica 8).

GRAFICA 9



La mayoría de la población de nuestra muestra piensa tomar alguna especialidad que representa el 97.6% (244), el 1.6% (4) no piensa tomar alguna especialidad y el 0.8% (2) ya cuenta con una especialidad. (Gráfica 9).

GRAFICA 10



De la población que si piensa tomar alguna especialidad, el 20.8% (52) mostró preferencia hacia la Cirugía Oral y Maxilofacial, el 5.2% (13) a Endodoncia, el 14.4% (36) a Odontopediatría, el 0.8% (2) a Patología Bucal, el 6.4% (16) a Periodoncia e Implantología, el 1.2% (3) a Prótesis Maxilofacial, el 0.4% (1) a Salud Pública bucal, el 1.2% (3) a Estomatología del niño y el paciente, el 0.4% (1) a la Atención Primaria a la

Salud, el 20.8% (52) a Ortodoncia, el 6.8% (17) piensa tomar alguna otra especialidad y el 20% (50) piensa tomar más de una especialidad. (Gráfica 10).

GRAFICA 11



Al momento en que decidieron estudiar la carrera de Odontología, el 58.4% (146) si conocía las implicaciones que tiene la Odontología como profesión y el 41.6% (104) no las conocía. (Gráfica 11).

GRAFICA 12



El 67.2% (168) considera estresante su profesión, mientras que el 32.8% (82) no la considera estresante. (Gráfica 12).

GRAFICA 13



De la población utilizada en la muestra, sólo el 13.2% (33) ejercen la profesión fuera del ámbito escolar y el 86.8% (217) sólo la ejerce cuando está en la clínica escolar. (Gráfica 13).

GRAFICA 14



Dentro del 13.2% (33) de los sujetos que ejercen la profesión, el tiempo de ejercerla vario de un año hasta los doce años, los resultados obtenidos mostraron que: el 5.2% (13) la ejerce desde hace menos de dos años, el 3.6% (9) la ejerce desde hace tres o cuatro años y el 4.4% (11) la ejerce desde hace más de cinco años. (Gráfica 14).

GRAFICA 15



De las personas que reportaron no ejercer la profesión se encontró que el 73.2% (183) actualmente sólo se encuentran estudiando, el 4.4% (11) labora de Asistente Dental, el 1.6% (4) son Comerciantes, el 0.4% (1) trabaja en la Docencia, 0.8% (2) labora en el Área contable y administrativa, el 1.6% (4) cuentan con un Negocio propio, el 4% (10) son Empleados y el 0.8% (2) laboran en Actividades artísticas y culturales. (Gráfica 15).

GRAFICA 16



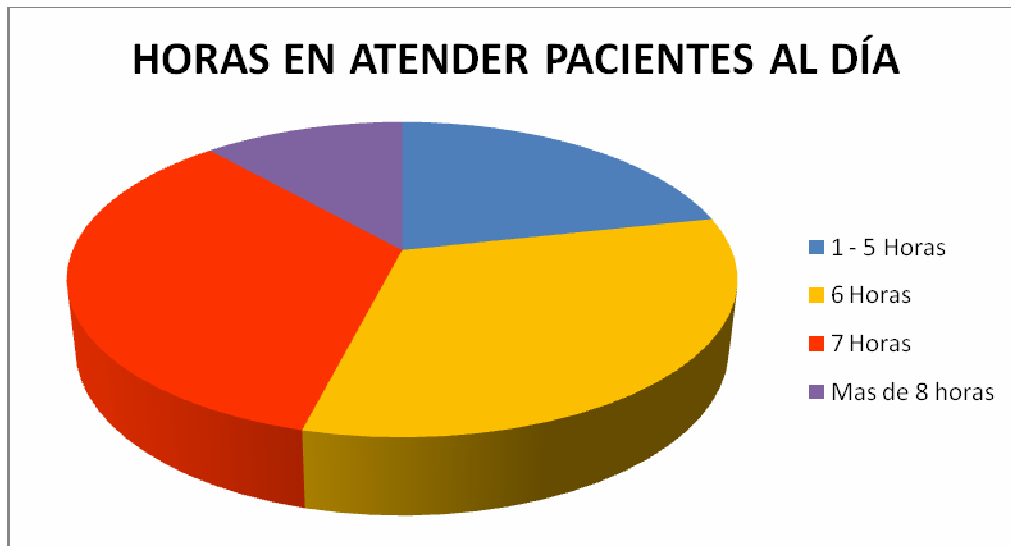
Del 13.2% (33) de los sujetos que ejercen la profesión, el 6.4% (16) cuenta con un consultorio propio y el 6.8% (17) no tiene consultorio. (Gráfica 16).

GRAFICA 17



Del total de la población utilizada para la muestra, el 6.4% (16) ejerce la profesión y tiene consultorio propio, del cual el 3.6% (9) trabaja con una o dos personas en el consultorio y el 1.6% (4) trabaja con tres o hasta diez personas en el consultorio. (Gráfica 17).

GRAFICA 18



En cuanto a el tiempo invertido en atender pacientes en la clínica escolar y/o en el consultorio, se manifestó que el tiempo va desde 1 hasta 18 horas; los resultados muestran que el 21.6% (54) invierte de 1 a 5 horas diarias, el 32.4% (81) invierte 6 horas diarias, el 34.4% (86) invierte 7 horas diarias y el 11.6% (29) invierte mas de 8 horas diarias en atender pacientes. (Gráfica 18).

GRAFICA 19



El numero de pacientes que atienden al día abarca de 1 a 14 pacientes por día, el 14.4%(36) atiende 1 paciente al día, el 25.2%(63) atiende 2 pacientes, el 32.8% (82) atiende 3 pacientes, el 20% (50) atiende 4 pacientes y el 7.6%(19) atiende a mas de 5 pacientes por día. (Grafica 19).

GRAFICA 20



En lo referente a la cantidad de horas de descanso los resultados variaron desde 1 a 78 horas por semana, el 29.6% (74), reportó tener de 1 a 10 horas, el 10.8% (27) de 11 a 20 horas, el 10.4% (26) de de 21 a 23 horas, el 23.6% (59) reportó tener 24 horas, el 12.4% (31) de 25 a 40 horas y el 13.2% (33) reporto tener de 41 a 78 horas de descanso a la semana.(Grafica 20).

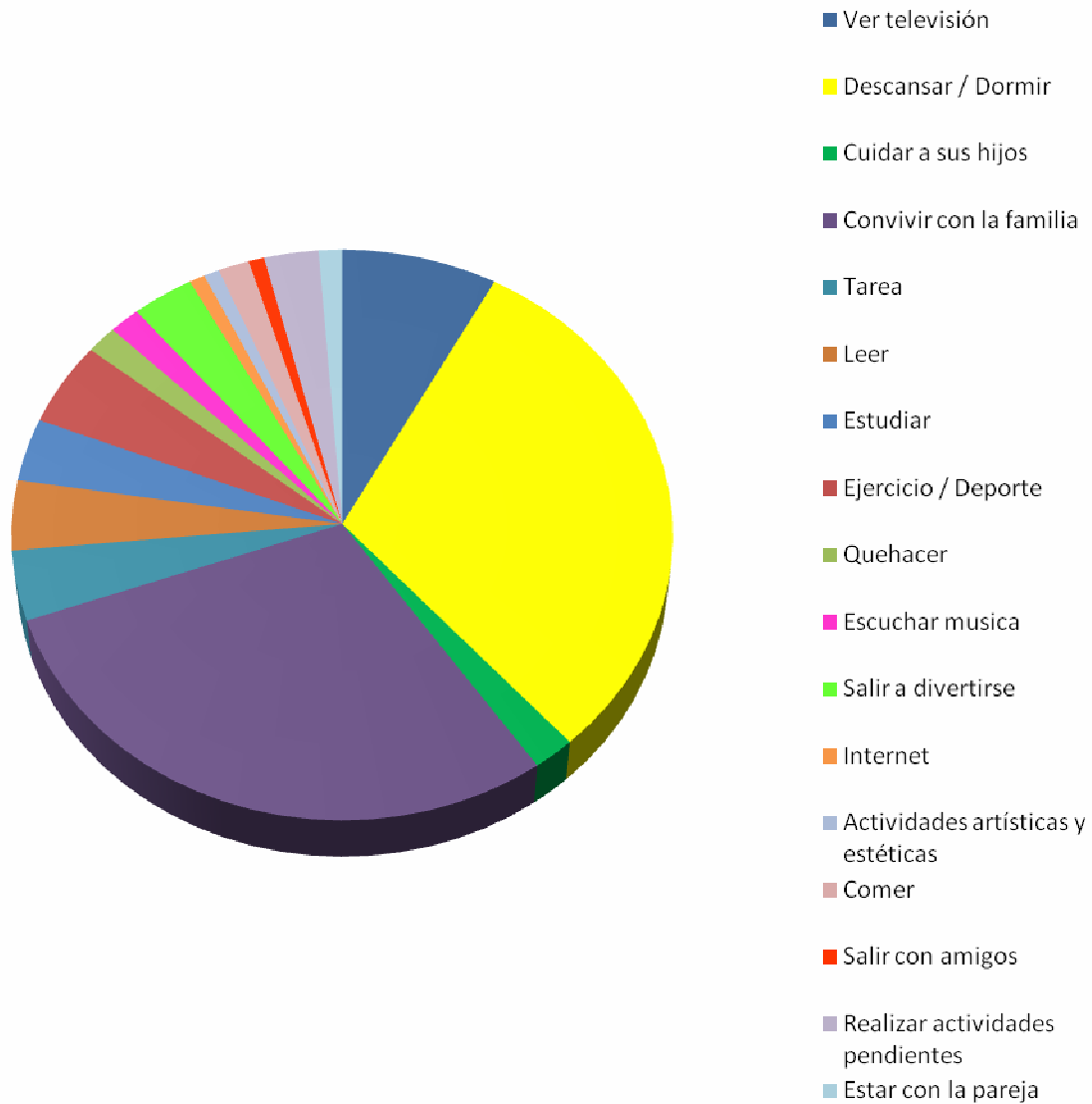
GRAFICA 21



La población utilizada en esta muestra reportó que un 77.6% (194) dedica mayor tiempo a estudiar, el 9.6% (24), a trabajar con pacientes, el 0.4% (1) impartir clases y el 12.4% (31) le dedican mas tiempo a otras actividades. (Gráfica 21).

GRAFICA 22

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO DE DESCANSO



Dentro de las horas de descanso las actividades mas mencionadas y sus frecuencias fueron las siguientes: Ver la televisión 8% (20), descansar o dormir 30.8% (77), cuidar a sus hijos 2% (5), convivir con la familia 2.8% (7), hacer tarea 29.6% (74), leer 4% (10), estudiar 3.6% (9), ejercicio o deporte 4.8% (12), quehacer 1.6% (4), escuchar música 1.6% (4), salir a divertirse 3.2% (8), usar internet 0.8% (2), estar con su pareja 1.2% (3), realizar actividades artísticas o estéticas 0.8% (2), comer 1.6% (4), salir con amigos 0.8% (2) y realizar actividades pendientes 2.8% (7). (Grafica 22).

GRÁFICA 23



El tiempo que la población encuestada hace a la escuela o trabajo vario desde los cinco minutos hasta las cuatro horas, los resultados obtenidos están distribuidos de la siguiente manera: de 0 a 25 minutos 17.6% (44), de 26 a 30 minutos 32.7% (93) de 31 a 60 minutos 26% (65), y de 61 a 240 minutos 19.2% (48). (Grafica 23).

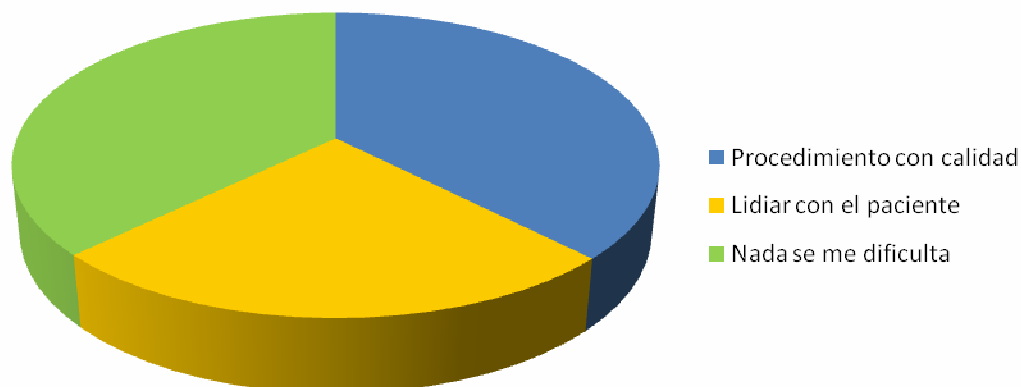
GRAFICA 24



El tipo de población que se atienden mayormente fue jóvenes y adultos con un 86.8% (217), le siguen niños y jóvenes con 12.4% (31) y por último ancianos con un 0.8% (2). Por otra parte el tipo de asistencia o consulta que dan es de tratamiento con un 92% (230) y de urgencia con 8 % (20). (Gráfica 24).

GRAFICA 25

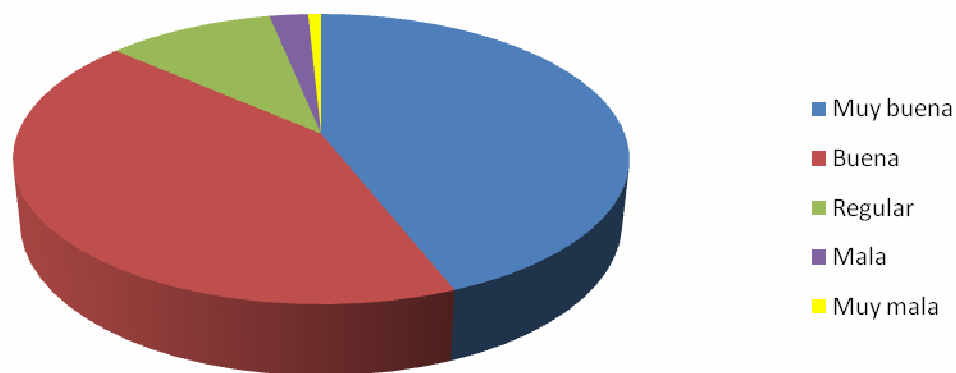
DIFICULTADES CON LOS PACIENTES



Referente a las dificultades que enfrentan con el paciente el 37.6% (94) contestó que su mayor dificultad es realizar un procedimiento con calidad, el 25.2% (63) reportó que lidiar con el paciente y el 37.2% (93) contestó que nada se le dificulta. Respecto a la actitud de los pacientes contestaron que el 93.6 % (234) eran pacientes cooperadores y el 6.4% (16) consideran que sus pacientes son no cooperadores. (Gráfica 25).

GRÁFICA 26

COMO CONSIDERAN SU RELACIÓN FAMILIAR



De la población encuestada el 44% (110) considera que su relación familiar es muy buena, el 42.4% (106) la considera buena, el 10.4% (26) regular, el 2.4% (6) mala y el 0.8% (2) muy mala. (Gráfica 25).

GRAFICA 27



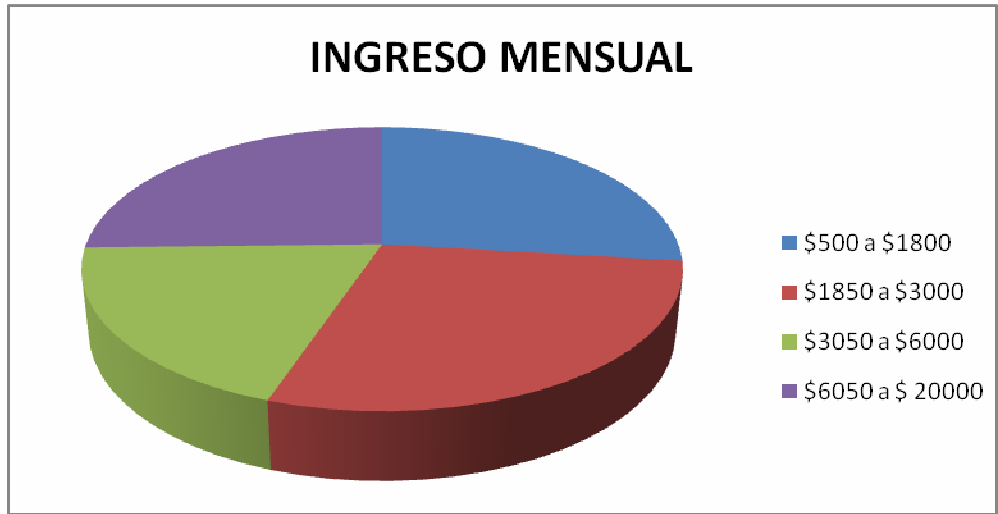
Las actividades que consideran realizar en un día varían de una hasta quince actividades por día, los resultados obtenidos fueron: 29.2% (73) realizan de 1 a 2 actividades al día, el 42.8% (107) realizan 3 actividades diarias y el 28% (70) realizan mas de 4 actividades al día. (Gráfica 27).

GRAFICA 28



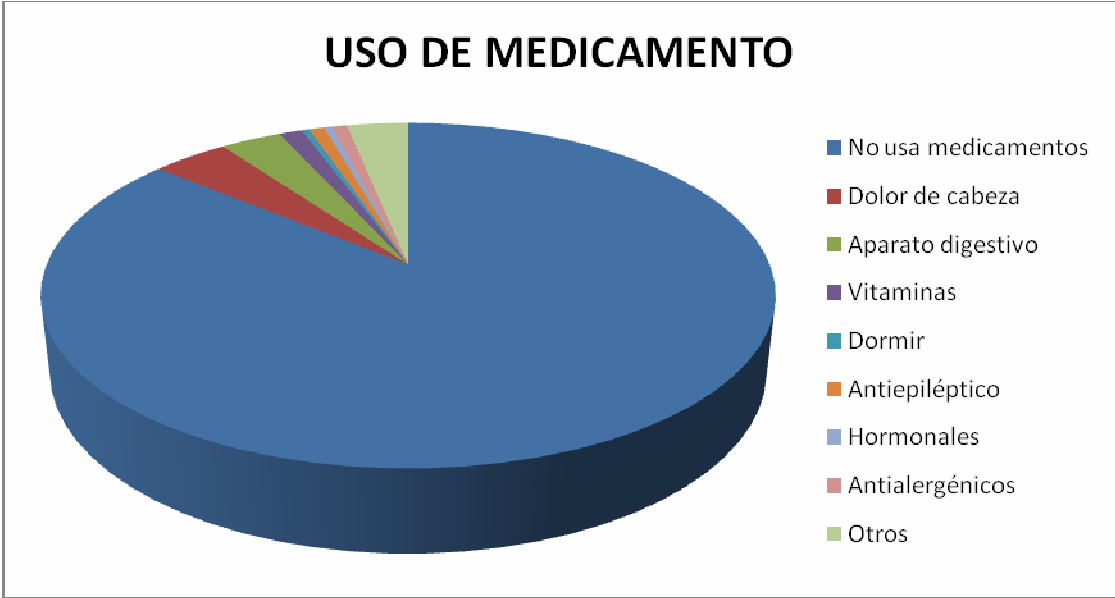
La cantidad de años trabajados en total en la vida de los encuestados iba de 1 a 20 años, los resultados obtenidos fueron: el 21.6% (54) ha trabajado 1 año, el 25.2% (63) de 2 a 3 años, el 23.2% (58) de 4 a 6 años y el 10.8% (27) ha laborado más de 7 años. (Gráfica 28).

GRÁFICA 29



El 26.8 % de la población encuestada actualmente labora, de este porcentaje el 7.2% (18) tiene de ingreso mensual entre \$500 y \$1800 pesos, el 7.6% (19) de \$1850 a \$3000, el 5.7 % (13) de \$3050 a \$6000 y el 6. 8% (17) de \$6050 a \$20000. (Gráfica 29).

GRAFICA 30



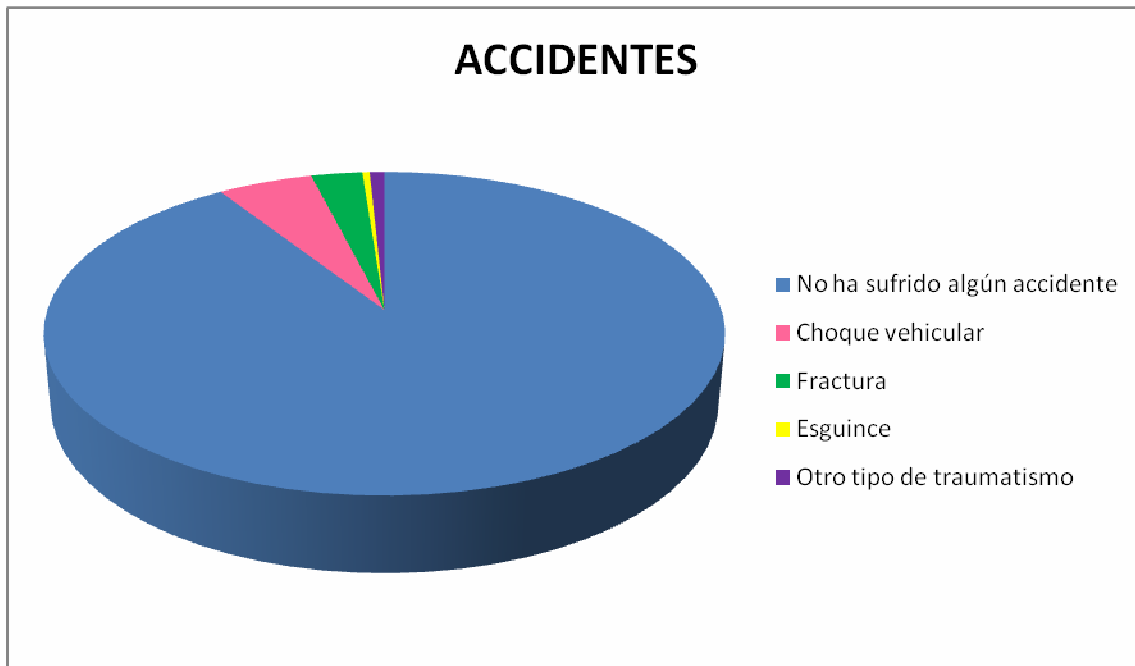
De los 250 sujetos que conforman la población el 86% (215) indicó que no utiliza ningún tipo de medicamento en forma frecuente, el 4% (10) utiliza medicamentos para el dolor de cabeza, el 3.2% (8) para problemas relacionados con el aparato digestivo, el 1.2% (3) consume vitaminas, el 0.4% (1) ocupa medicamentos para dormir, el 0.8% (2) medicamentos antiepilépticos, el 0.4% (1) hormonales, el 0.8% (2) antialergénicos y el 3.2% (8) algún otro tipo de medicamento. (Gráfica 30).

GRÁFICA 31



Del 14% de la población encuestada que contestó que si usa algún tipo de medicamento en forma frecuente, el 4.8% (12) dijo usarlo hace menos de un año, el 3.6% (9) los utiliza desde hace mas de un año a dos y el 5.6% (14) lo utiliza hace mas de dos años. (Gráfica 31).

GRÁFICA 32



El 90.8% (227) reportó no haber tenido ningún accidente importante en su vida, el 5.2% (13) sufrió choque vehicular, el 2.8% (7) tuvo una fractura en alguna parte de su cuerpo, el 0.4% (1) sufrió de una esguince y el 0.8% (2) tuvo algún otro tipo de traumatismo. (Gráfica 32).

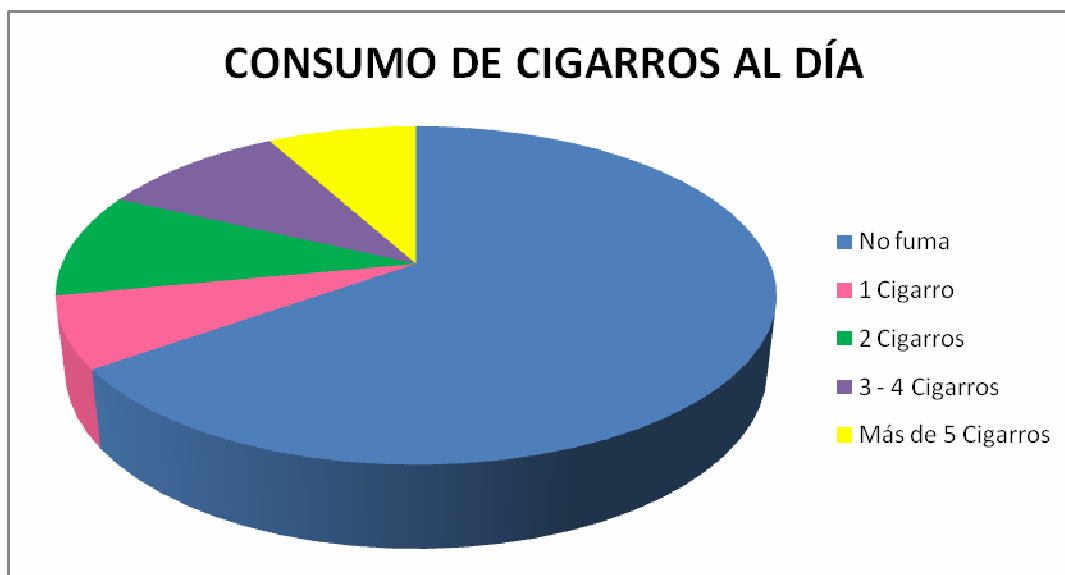
GRAFICA 33

INTERVENCIÓN QUIRURGICA



En cuanto a las intervenciones quirúrgicas el 78% (195) de la población mencionó que no ha tenido alguna intervención quirúrgica, el 2.8% (7) tuvo extracción de terceros molares, el 2% (5) cesárea, el 2.4% (6) extracción de quistes, el 2.8% (7) amigdalectomía, el 4% (10) apendicectomía, el 0.8% (2) laparoscopia, el 2% (5) operación por fractura, el 2% (5) cirugía estética, 0.4% (1) hemioplastia, 0.4% (1) estrabismo, 0.4% (1) operación láser de los ojos, el 0.4% (1) implantes de tejido y el 1.6% (4) cirugía ortopédica. (Gráfica 33).

GRAFICA 34



Del total de la población el 65.2% (163) no fuma y el 34.8% acostumbra consumir cigarros. De la población que si consume cigarros la frecuencia variaba de 1 a 9 cigarros diarios, los resultados obtenidos fueron que el 6.8% (17) fuma 1 cigarro al día, el 10% (25) consume 2 cigarros al día, el 10% (25) de 3 a 4 cigarros diarios y el 8% (20) consume mas de 5 cigarros al día. (Gráfica 34).

GRÁFICA 35



En cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol los resultados nos mostraron que el 17.2% (43) no consume alcohol, el 7.6% (19) consume alcohol una vez al año, el 19.2% (48) dos veces al año, el 30% (75) una vez al mes, el 25.6% (64) una vez a la semana y el 0.4% (1) consume alcohol todos los días. (Gráfica 35).

GRAFICA 36



La frecuencia del consumo de drogas en nuestra población quedó distribuido de la siguiente forma: el 92% (230) nunca consume drogas, el 4% (10) una vez al año, el 0.8% (2) dos veces al año, el 2.8% (7) una vez al mes y el 0.4% (1) una vez a la semana. (Gráfica 36).

GRÁFICA 37



La población reportó que el 48.4% (121) no realiza ningún tipo de ejercicio físico, la horas semanales de hacer ejercicio variaron entre 1 y 20 horas, de los cuales el 6.8% (17) hace ejercicio una hora a la semana, el 9.2% (23) le dedica 2 horas a la semana, el 6.8% (17) 3 horas a la semana, el 5.2% (13) 4 horas semanales, el 9.2% (23) 5 horas a la semana, el 7.2% (18) de 6 a 9 horas a la semana y el 7.2% (18) más de 10 horas semanales. (Gráfica 37).

5.2 Estadística descriptiva

Tabla 5
Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y
Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomáticos
Edad	18-19 años	3.53**	2.32***		
	20-21 años	3.67**	1.96***		
	22-40 años	3.19**	1.84***		
Sexo	Masculino				1.59*
	Femenino				1.70*
Hijos	Si		1.72*		
	No		2.08*		
Nivel de Estudio	Licenciatura	3.55***	2.07**		
	Otro	2.45***	1.56**		
Materias que debe	1	3.65*		1.63**	
	2	3.40*		2.31**	
	3	4.04*		2.38**	
	Mas de 4	3.29*		2.54**	
Ocupación	Estudiante	3.50***			
	Pasante	4.33***			
	Profesionista	2.26***			
	Pas. y Prof.	2.39***			
	Est. y Pas.	4.81***			
	Est. y Prof.	3.55***			
Piensas tomar alguna especialidad	Si	3.51*			
	No	3.75*			

Conocimientos de la implicación de la Carrera	Si	3.36*	1.96*	1.80***	1.60**
	No	3.65*	2.16*	2.40***	1.75**
Conocimiento de habilidades requeridas para ejercerla	Si			1.95*	
	No			2.23*	
Considera estresante la profesión	Si	3.74***	2.13**	2.18**	1.74***
	No	2.96***	1.87**	1.78**	1.98***
Ejerce la profesión	Si	3.14*			
	No	3.54*			
Años de ejercer	1-2 años	3.68*			
	3-4 años	3.11*			
	Mas de 5 años	2.54*			
Lejanía de la escuela o trabajo	Si	3.70*			
	No	3.38*			
Tiempo que hace a la escuela o trabajo	0 a 25 min.		1.79*		1.54*
	26 a 30 min.		2.15*		1.63*
	31 a 60 min.		2.04*		1.76*
	61 a 240 min.		2.07*		1.72*
Le preocupa tener instrumentos para tratamiento	Si		2.19*		
	No		1.97*		
Le preocupa realizar rápidamente el trabajo	Si	3.71**		2.23*	
	No	3.36**		1.96*	
Tener una buena relación dentista-paciente	Si			1.94**	
	No			2.30**	
Cumplir con los objetivos de la institución	Si	3.66*			1.73*
	No	3.36*			1.62*
Numero de pacientes que atiende	1 paciente	3.64**	2.30*		
	2 paciente	3.36**	1.98*		
	3 paciente	3.66**	2.12*		

	4 paciente	3.52**	1.93*		
	Mas de 5	2.73**	1.72*		
Pacientes que atiende	De urgencia	3.02*			1.49*
	De tratamiento	3.53*			1.68*
Tipo de población	Niños-adol.			2.22*	
	Jóvenes-adult.			2.01*	
	Ancianos			3.91*	
Dificultades con el paciente	Procedimiento	3.60**	2.15*	2.17***	
	Lidiar paciente	3.70**	2.14*	2.36***	
	Nada	3.22**	1.87*	1.73***	
Frecuencia de convivencia con la familia	Muy frecuente	3.32**		1.79***	1.60**
	Frecuente	3.41**		2.03***	1.65**
	Rara vez	3.73**		2.07***	1.69**
	Casi nunca	4.03**		2.91***	2.00**
	Nunca	4.17**		3.88***	1.88**
Consideración de la relación familiar	Muy buena	3.22**	1.89**	1.77***	1.51***
	Buena	3.61**	2.12**	2.09***	1.73***
	Regular	4.00**	2.26**	2.55***	1.94***
	Mala	3.78**	2.24**	3.74***	2.02***
	Muy mala	3.89**	2.56**	4.13***	2.15***
Consideración del ambiente laboral	Muy bueno		1.70*	1.98*	1.57*
	Bueno		1.99*	1.97*	1.63*
	Regular		2.24*	2.74*	1.93*
	Malo		3.11*	4.58*	2.33*

* $\leq .05$ ** $\leq .01$ *** $\leq .001$

Los resultados presentados en la tabla 5 muestran valores estadísticamente significativos para las variables edad, sexo, hijos, nivel de estudio, materias que debe, ocupación, piensa tomar alguna especialidad, conocimientos de las implicaciones de la carrera, conocimientos de las habilidades requeridas para ejercerla, considera estresante la profesión, ejerce la profesión, años de ejercer, lejanía de la escuela o trabajo, tiempo que hace a la escuela o trabajo, le preocupa

tener instrumentos para el tratamiento, le preocupa realizar rápidamente el trabajo, le preocupa tener una buena relación dentista-paciente, le preocupa cumplir con los objetivos e la institución, número de pacientes que atiende, tipo de pacientes que atiende, tipo de población, dificultades con el paciente, frecuencia de convivencia con la familia y amigos, consideración de la relación familiar. Para el factor de Agotamiento F1, la edad (p. .009), nivel de estudio (p. .000), materias que debe (p. .045), ocupación (p. .000), piensa tomar alguna especialidad (p. .023), conocimientos de la implicación de la carrera (p. .026), considera estresante la profesión (p. .000), ejerce la profesión (p. .037), lejanía de la escuela o trabajo (p. .022), le preocupa realizar rápidamente el trabajo (p. .009), le preocupa cumplir con los objetivos de la institución (p. .019), número de pacientes que atiende (p. .034), dificultades que enfrenta con el paciente (p. .006), frecuencia de convivencia con la familia (p. .024) y como consideración de la relación familiar (p. .022), mostraron una tendencia en la que el factor de agotamiento es mayor cuando las personas tienen de 20-21 años, tienen un nivel de licenciatura, deben 3 materias, son estudiantes y pasantes, no piensan tomar alguna especialidad, no tienen conocimiento de las implicaciones de la carrera, si considera estresante su profesión, no la ejercen la profesión o tiene de 1-2 años de ejercerla, les queda lejos la escuela o trabajo, les preocupa realizar rápidamente el trabajo, les preocupa cumplir con los objetivos de la institución, atiende tres paciente al día, sus pacientes son de tratamiento, se les dificulta lidiar con los pacientes, nunca conviven con su familia y consideran su relación familiar como regular. La despersonalización es mayor cuando las personas tienen de 18-19 años (p. .000), no tiene hijos (p. .014), su nivel de estudios es licenciatura (p. .009), no conocen las implicaciones de la carrera (p. .030), si consideran estresante su profesión (p. .008), el tiempo que hacen a la escuela o trabajo es de 26 a 30 minutos (p. .047), les preocupa tener instrumentos para el tratamiento (p. .019), atienden un paciente al día (p. .029), se les dificulta tener un procedimiento de calidad con el paciente (p. .011), consideran su relación familiar como muy mala (p. .032) y consideran su ambiente laboral malo (p. .036). Presentan mayor insatisfacción las personas que deben más de 4 materias (p. .004), no tienen conocimientos de las implicaciones de la carrera (p. .000), no tienen conocimiento de las habilidades requeridas para ejercerla (p. .037), consideran estresante su profesión (p. .002), les preocupa realizar rápidamente el trabajo (p. .041), el tipo de población que atienden son ancianos (p. .017), se les dificulta lidiar con el paciente (p. .000), nunca conviven con su familia (p. .000), consideran su relación familiar muy mala (p. .000), y consideran su ambiente laboral malo (p. .019). Por último podemos decir que en cuanto a los trastornos psicossomáticos son más propensas las mujeres (p. .030), que no conocen las implicaciones de la carrera (p. .003), que no consideran estresante su profesión (p. .000), que hacen de 31 a 60 minutos a su escuela o trabajo (p. .014), que les preocupa cumplir con los objetivos de la institución (p.

.025), que los pacientes que atienden son de tratamiento (p. .029), que casi nunca conviven con su familia (p. .004), que consideran su relación familiar muy mala (p. .000) y consideran su ambiente laboral como malo (p. .036).

Tabla 6
Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y
Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F1 Agot.	F2 Desperso.	F3 Insatis.	F4 Psicosom.
Toma medicamentos con frecuencia	Si				1.95***
	No				1.62***
Tipo de accidente	Choque vehicular				1.84**
	Fractura				1.57**
	Esguince				1.93**
	Otro tipo				1.06**
Intervenciones quirúrgicas	Si		1.71*		
	No		1.65*		
Fuman	Si				1.74*
	No				1.62*
Frecuencia de consumo de alcohol	Nunca				1.56*
	Una vez al año				1.46*
	Dos veces al año				1.69*
	Una vez al mes				1.70*
	Una vez a la sem.				1.74*
	Todos los días				1.40*
	Nunca		2.00*		1.65*

Frecuencia en el consumo de drogas	Una vez al año		2.51*		1.91*
	Dos veces al año		2.39*		2.18*
	Una vez al mes		2.60*		1.85*
	Una vez a la sem.		2.78*		1.38*
Horas de ejercicio	1				1.83*
	2				1.60*
	3				1.80*
	4				1.54*
	5				1.71*
	6-9				1.69*
	Más de 10 horas				1.40*

* $\leq .05$ ** $\leq .01$ *** $\leq .001$

En la tabla 6 presenta valores estadísticamente significativos para las variables: toma medicamentos con frecuencia, tipo de accidente, intervenciones quirúrgicas, fuman, frecuencia en el consumo de alcohol, frecuencia en el consumo de drogas y horas de ejercicio. La despersonalización (F2) es mayor en personas que si han tenido intervenciones quirúrgicas (p. .012) y quienes consumen drogas una vez a la semana (p. .023). Con respecto al Factor 4 de trastornos psicossomáticos presentan mayor grado aquellas personas que toman medicamentos con frecuencia (p. .000), que han tenido esguince (p. .010), que si fuman (p. .022), que consumen alcohol una vez al mes (p. .031), consumen drogas dos veces al año (p. .035) y que hacen ejercicio una hora a la semana (p. .035). en cuanto a los factores F1 agotamiento y F3 insatisfacción no hubo resultados estadísticamente significativos.

Tabla 7

Análisis de Varianza entre Trastornos Psicósomáticos
y Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F4A	F4B	F4C	F4D	F4E	F4F	F4G
		T. Sueño	T. Psicosex.	T. Gastrointest.	T. Psiconeu.	T. Dolor	T. Ansiedad	T. Depresión
Sexo	Masculino		.86***			2.07**		
	Femenino		1.33***			2.32**		
Edo. Civil	Con pareja		1.27**					
	Sin pareja		1.12**					
Ocupación	Estudiante			1.47*				
	Pasante			2.28*				
	Prof. Act.			1.69*				
	Pas. y Prof.			1.92*				
	Est. y Pas.			1.46*				
	Est. Y Prof.			1.45*				
Dificultad para comprar material	Si			1.54*	1.56*	2.35**		
	No			1.43*	1.44*	2.13**		
Debe materias	Si	1.93*						3.04*
	No	1.79*						2.71*
Piensa tomar especialidad	Si			1.47*				
	No			2.08*				
Tiempo que hace a la escuela o trabajo	0-25 min.		1.11*					2.43*
	26-30 min.		1.11*					2.82*
	31-60 min.		1.32*					2.95*
	61-240 min		1.21*					3.08*
Conocían las implicaciones de la carrera	Si	1.79*			1.43**	2.13**	2.37**	2.66**
	No	1.93*			1.60**	2.39**	2.83**	3.09**
Considera estresante la carrera	Si	1.94***	1.23*		1.56***	2.35***	2.76***	2.96*
	No	1.65***	1.08*		1.37***	2.00***	2.15***	2.59*

Tiene consultorio	Si				1.29*			
	No				1.63*			
Le preocupa realizar rápidamente el trabajo	Si						2.82*	
	No						2.42*	
Le preocupa tener una buena relación dentista-paciente	Si				1.46*			
	No				1.59*			
Le preocupa cumplir con los objetivos de la institución	Si		1.27**			2.34*		
	No		1.11**			2.17*		
Le preocupa obtener remuneración económica	Si	1.99*					2.94*	3.19**
	No	1.81*					2.46*	2.74**
Tipo de paciente	Urgencia					1.81**		
	Tratamiento					2.28**		
Tipo de población	Niño y adol.			1.66***				
	Jov. y adul.			1.49***				
	Ancianos			2.67***				
Dificultades con el paciente	Proc. de calidad					2.34**	2.78*	
	Lidiar con el paciente					3.33**	2.67*	
	Nada					2.08**	2.27*	
Posee mas pacientes de los que puede atender	Si	1.98*						
	No	1.81*						
Frecuencia de convivencia con la familia	Muy frec.	1.75***			1.44*	2.10**	2.28*	2.49**
	Frecuente	1.80***			1.48*	2.25**	2.63*	2.92**
	Rara vez	1.94***			1.55*	2.22**	2.42*	2.82**
	Casi nunca	2.28***			1.66*	2.81**	3.38*	3.69**
	Nunca	2.20***			2.04*	2.05**	3.25*	3.00**
Consideración de la relación	Muy buena	1.67***	1.09**	1.35***	1.37***	2.04***	2.26***	2.44***

familiar	Buena	1.93***	1.23**	1.55***	1.53***	2.33***	2.61***	2.98***
	Regular	2.02***	1.42**	1.72***	1.80***	2.60***	3.27***	3.62***
	Mala	2.56***	1.22**	1.53***	2.06***	2.37***	3.33***	3.50***
	Muy mala	2.73***	.90**	2.08***	1.67***	3.00***	4.50***	5.00***
Tipo de organización laboral	Const. en Ins. Priv.			1.07*		1.77*		
	Const. en Inst. Pub.			1.63*		2.27*		
	Const. Prop.			1.58*		2.34*		
Consideración del ambiente laboral	Muy bueno	1.70*			1.39*			2.62**
	Bueno	1.85*			1.43*			2.53**
	Regular	2.27*			1.83*			3.71**
	Malo	2.55*			2.33*			5.00**
Toma algún medicamento	Si	2.11***	1.35*	1.90***	1.78***	2.58***	2.97*	3.26*
	No	1.80***	1.16*	1.42***	1.45***	2.19***	2.49*	2.77*
Tiempo de tomar el medicamento	Menos de 1	1.89*					2.25*	
	1-2 años	1.94*					3.67*	
	Más de 2	2.40*					3.14*	
Tipo de accidente	Choque aut.			1.86*				
	Fractura			1.14*				
	Esguince			1.67*				
	Otro tipo			1.00*				
Intervenciones quirúrgicas	Si	1.97*						
	No	1.81*						
Fuma	Si							3.11**
	No							2.69**
Frecuencia de consumo de alcohol	Nunca	1.64**					2.28**	2.53*
	1 vez al año	1.65**					1.89**	2.37*
	2 al año	1.81**					2.35**	2.73*
	1 al mes	1.94**					2.72**	3.13*
	1 a la sem.	1.96**					2.92**	2.92*

	Diario	1.45**					2.00**	2.00*
Frecuencia de consumo de drogas	Nunca			1.45**				
	1 vez al año			1.82**				
	2 al año			2.00**				
	1 al mes			1.93**				
	1 a la sem			1.17**				
Horas de ejercicio	1 hora		1.22**			2.61*		
	2 horas		1.03**			2.12*		
	3 horas		1.44**			2.29*		
	4 horas		1.19**			1.88*		
	5 horas		1.29**			2.27*		
	6-9 horas		1.24**			2.23*		
	Más de 10 h.		.81**			1.89*		

*≤.05 **≤ .01 ***≤ .001

Los resultados presentados en la tabla 7 muestran que el Trastorno de sueño (F4A) es mayor cuando las personas deben materias (p. .027), consideran estresante la carrera (p. .000), les preocupa obtener remuneración económica (p. .019), poseen más pacientes de los que pueden atender (p. .031), la convivencia con la familia y amigos es casi nunca (p. .001), consideran la relación familiar muy mala (p. .000), consideran el ambiente laboral malo (p. .041), toman algún medicamento (p. .001), llevan más de dos años de tomar el medicamento (p. .050), han tenido alguna intervención quirúrgica (p. .041) y consumen alcohol una vez a la semana (p. .003). Las personas que tienen mayor probabilidad de tener un trastorno psicosexual (F4B) son mujeres (p. .000), tienen pareja (p. .008), hacen de 30 a 60 minutos a la escuela o trabajo (p. .027), consideran estresante la carrera (p. .013), les preocupa cumplir con los objetivos de la institución (p. .006), consideran su relación familiar regular (p. .008), toman algún medicamento (p. .021) y hacen tres horas de ejercicio a la semana (p. .005). Los trastornos gastrointestinales (F4C) son mayores en personas con nivel de pasante (p. .034), que tienen dificultad para comprar el material (p. .050), que no piensan tomar especialidad (p. .039), la población que atienden son ancianos (p. .000), consideran su relación familiar muy mala (p. .000), tienen consultorio en una institución pública (p. .023), toman algún medicamento (p. .000), han tenido algún choque automovilístico (p. .014) y consumen drogas dos veces al año (p. .005). Los trastornos psiconeuróticos (F4D)

aparecen en mayores niveles en las personas a las que se les dificulta comprar el material (p. .039), no conocen las implicaciones de la carrera (p. .004), consideran estresante la carrera (p. .001), no tienen consultorio (p. .041), no les preocupa tener una buena relación dentista-paciente (p. .023), nunca conviven con su familia (p. .048), consideran la relación familiar mala (p. .000), consideran el ambiente laboral malo (p. .014) y toman algún medicamento (p. .000). A su vez el trastorno de dolor (F4E) es mayor cuando las personas son del sexo femenino (p. .006), tienen dificultad para comprar el material (p. .009), no conocen las implicaciones de la carrera (p. .002), consideran estresante la carrera (p. .000), les preocupa cumplir con los objetivos de la institución (p. .037), el tipo de paciente que atienden es de tratamiento (p. .002), se les dificulta lidiar con el paciente (p. .009), casi nunca conviven con la familia (p. .004), consideran la relación familiar muy mala (p. .000), tienen consultorio propio (p. .042), toman algún medicamento (p. .001), y hacen una hora de ejercicio a la semana (p. .028). Las personas que tienen mayor riesgo de padecer trastorno de ansiedad (F4F) son aquellas que conocen las implicaciones de la carrera (p. .004), consideran estresante la carrera (p. .000), les preocupa realizar rápidamente el trabajo (p. .016), les preocupa tener remuneración económica (p. .011), se les dificulta realizar un procedimiento de calidad (p. .015), casi nunca conviven con la familia (p. .013), consideran su relación familiar muy mala (p. .000), toman algún medicamento (p. .035), el tiempo que llevan tomando el medicamento es de uno a dos años (p. .041) y consumen alcohol una vez a la semana (p. .007). Por último las personas que presentan más trastornos de depresión (F4G) son las que deben materias (p. .023), hacen de 61 a 240 minutos en llegar a la escuela o trabajo (p. .034), no conocen las implicaciones de la carrera (p. .003), consideran estresante la carrera (p. .014), les preocupa obtener remuneración económica (p. .010), nunca conviven con la familia o amigos (p. .002), consideran la relación familiar muy mala (p. .000), consideran el ambiente laboral malo (p. .005), toman algún medicamento (p. .018), fuman (p. .004) y consumen alcohol una vez al mes (p. .024).

Tabla 8

Correlación Producto-momento de Pearson entre la Sumatoria de Leiter y Trastornos Psicosomáticos

Trastornos	Sumatoria Leiter
De Sueño	.451**
Psicosexuales	.119
Gastrointestinales	.246**
Psiconeuróticos	.281**
Del dolor	.333**
De ansiedad	.333**
De depresión	.362**

**≤ .01

En la tabla 8 los resultados mostrados presentan valores estadísticamente significativos para seis de los siete trastornos que integran el Factor cuatro que se refiere a los Trastornos Psicosomáticos, los cuales fueron los referentes de sueño, gastrointestinales, psiconeuróticos, del dolor, de ansiedad y de depresión. El trastorno psicosexual no obtuvo valor estadísticamente significativo.

Tabla 9

Correlación Producto-momento de Pearson entre la Sumatoria de Leiter y
Variables Sociodemográficas

Variables	Sumatoria Leiter
Edad	-.219**
Años con la pareja	-.196*
Tiene hijos	.151*
Conocía las implicaciones de la profesión	.201**
Nivel de estudios	-.217**
Considera estresante la profesión	-.370**
Lejanía de la escuela o trabajo	-.152*
Le preocupa realizar rápidamente el trabajo	-.133*
Le preocupa cumplir con los objetivos de la institución	-.134*
Dificultades con el paciente	-.196**
Frecuencia con la que convive con la familia y amigos	.224**
Consideración de la relación familiar	.282**
Años de su vida trabajando	-.138*
Numero de personas a su cargo	.506*
Frecuencia con la que consume drogas	.156*

* $\leq .05$ ** $\leq .01$

En la tabla 9 se presenta una correlación positiva entre la sumatoria de Leiter y las variables tiene hijos, conocimiento de las implicaciones de la profesión, frecuencia de convivencia con la familia y amigos, consideración de la relación familiar, número de personas a su cargo y frecuencia de consumo de drogas. Por otra parte, se presenta una correlación negativa con las variables edad, años con la pareja, nivel de estudios, considera estresante la profesión, lejanía de la escuela o trabajo, le preocupa realizar rápidamente el trabajo, le preocupa cumplir con los

objetivos de la institución, dificultades presentadas con el paciente y años de su vida trabajando.

Tabla 10

Correlación Producto-momento de Pearson entre la Desgaste Ocupacional-
Trastornos Psicossomáticos y Variables Sociodemográficas

Variables	F1 Agot.	F2 Despers.	F3 Instas.	F4 Psico.
Edad	-.256**	-.227**		
Sexo				.137*
Tiene hijos		.156*		
Nivel de estudios	-.248**	-.164**		
Dificultad para comprar material	-.205**			-.160*
Año escolar	.136*			
Numero de materias que debe			.329**	
Piensa tomar alguna especialidad	-.172**			
Conocía las implicaciones de la carrera	.140*	.137*	.287**	.188**
Habilidades requeridas para la carrera			.132*	
Considera estresante la profesión	-.360**	-.168**	-.191**	-.282**
Ejerce la profesión actualmente	.132*			
Tiempo de ejercer la profesión	-.548**			
Ejerce otros trabajos aparte de la profesión	-1.000**			
Numero de pacientes que atiende	-.156*	-.177**		
Lejanía de la escuela o trabajo	-.147*			
Tiempo de lejanía a la escuela o trabajo				.135*
Le preocupa realizar rápidamente el trabajo	-.166**		-.129*	
Le preocupa tener una buena relación dentista-paciente			.164**	

Le preocupa cumplir con los objetivos que le marca la institución	-.148*			-.142*
Tipo de pacientes que atiende	.134*			.138*
Mayor dificultad con los pacientes	-.160*	-.173**	-.189**	-.130*
Frecuencia con la que convive con la familia y amigos	.200**		.300**	.211**
Consideración de la relación familiar	.241**	.196**	.382**	.402**
Número de años trabajando	-.159*			
Numero de ascensos que ha tenido en su vida	.169*			
Numero de personas a su cargo				.473*
Consideración del ambiente laboral		.340**	.263*	.304*
Toma medicamentos con frecuencia				-.292**
Tiempo de tomar el medicamento	.447**			.428*
Tipo de accidente				-.537**
Intervención quirúrgica		.159*		
Fuma				-.145*
Frecuencia de consumo de alcohol	.141*			.182**
Frecuencia del consumo de drogas		.195**		.125*
Horas de ejercicio				-.201*

* $\leq .05$ ** $\leq .01$

Se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas, se muestran en la tabla 10. Como se puede apreciar en la tabla, el Factor 1 (agotamiento) expone una correlación negativa con las variables edad, nivel de estudios, dificultad para comprar el material, piensa tomar alguna especialidad, considera estresante su profesión, tiempo de ejercer su profesión, ejerce otros trabajos, número de pacientes que atiende, lejanía de su escuela o trabajo, le preocupa realizar rápidamente el trabajo, le preocupa cumplir con los objetivos que le marca la institución, las dificultades que enfrenta con el paciente y número de años trabajando; por otro lado presenta correlación positiva con las variables año escolar, conocimiento de

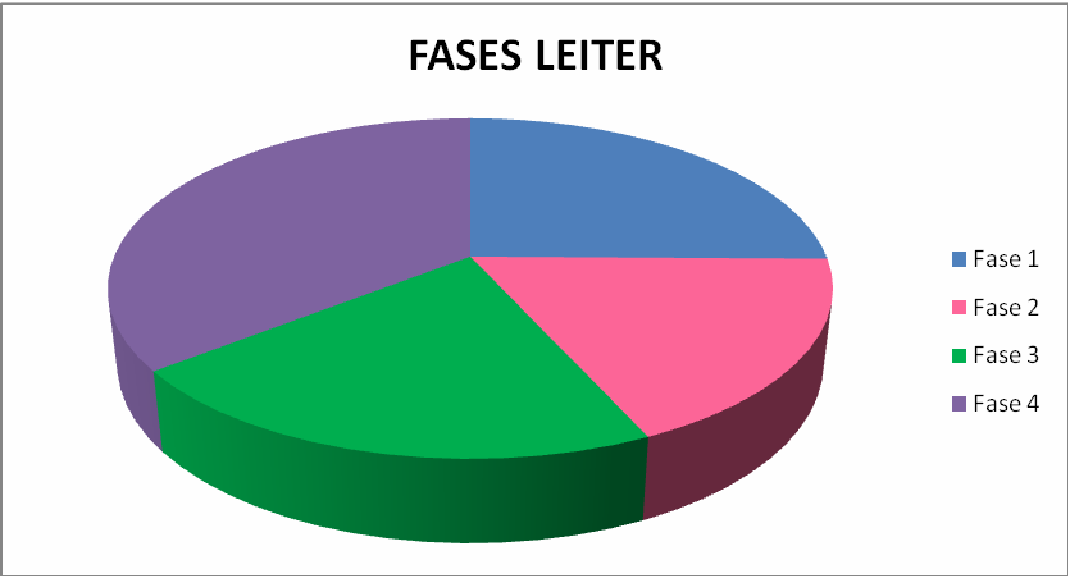
las implicaciones de la profesión, si actualmente ejerce su profesión, tipo de paciente que atiende, frecuencia con la que convive con sus amigos y familia, consideración de la relación familiar, cantidad de ascensos en su vida, tiempo de tomar el medicamento y frecuencia con la que ingiere bebidas alcohólicas. Con respecto al Factor 2 (despersonalización) muestra una correlación negativa con las variables edad, nivel de estudios, considera estresante la profesión, número de pacientes que atiende al día, dificultades que enfrenta con el paciente; tiene correlaciones positivas con las variables tiene hijos, conocimiento de las implicaciones de la profesión, consideración de la relación familiar, consideración del ambiente laboral, ha tenido intervenciones quirúrgicas y frecuencia del consumo de drogas. Por otro lado, el Factor 3 (Insatisfacción) muestra correlación negativa con las variables considera estresante la profesión, le preocupa realizar rápidamente el trabajo, le preocupa tener una buena relación dentista-paciente, frecuencia con la que convive con sus amigos y familia, consideración de la relación familiar y consideración del ambiente laboral; en cuanto a las correlaciones positivas están las variables número de materias que debe, conocimiento de las implicaciones de la profesión y consideración de las habilidades requeridas para ejercerla. Por último el Factor 4 (Trastornos psicósomáticos) expone una correlación negativa con las variables dificultad para comprar el material, considera estresante la profesión, le preocupa cumplir con los objetivos que marca la institución, dificultades que enfrenta con el paciente, toma algún medicamento, tipo de accidente que ha tenido y horas semanales en que hace ejercicio; por otra parte tiene correlaciones positivas con las variables sexo, conocimiento de las implicaciones de la profesión, tiempo al que le queda su escuela o trabajo, tipo de pacientes que atiende, frecuencia con la que convive con amigos y familia, consideración de la relación familiar, cuantas personas tiene a su cargo, consideración del ambiente laboral, tiempo de tomar el medicamento, frecuencia con la que ingiere bebidas alcohólicas y frecuencia de consumo de drogas.

Correlación Producto-momento de Pearson entre la Desgaste Ocupacional y
Trastornos Psicosomáticos

Trastornos	F1 Agot.	F2 Despers.	F3 Insatis.
De sueño	.469**	.171**	.333**
Psicosexuales	.126*		.165**
Gastrointestinales	.214**	.161*	.265**
Psiconeuróticos	.265**	.147*	.314**
Del dolor	.405**		.213**
De ansiedad	.347**	.224**	.355**
De depresión	.364**	.215**	.327**

* $\leq .05$ ** $\leq .01$

En la tabla 11 se muestra que los factores Agotamiento e Insatisfacción presentan una fuerte correlación positiva con todos los trastornos que integran el Factor 4 designado Psicosomático. Por otro lado, el factor 2 Despersonalización tiene una fuerte correlación positiva con los trastornos de sueño, gastrointestinales, psiconeuróticos, de ansiedad y de depresión, pero no mostro una correlación estadísticamente significativa ante los trastornos psicosexuales y del dolor.



En cuanto a las Fases Leiter el 25.2%(63) de los sujetos de la muestra se encuentran en la Fase 1 en cuanto al Desgaste Ocupacional, el 18% (45) se localiza en la Fase 2, el 21.2% (53) en la Fase 3 y por último el 35.6% (89) se localiza en la Fase 4. (Gráfica 38).

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la presente investigación concluimos que el Cuestionario de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional adaptado para odontólogos resultó ser un instrumento confiable para detectar el síndrome de Burnout, así como sus cuatro subescalas: Agotamiento emocional, Despersonalización, Insatisfacción laboral y Trastornos Psicosomáticos.

Analizando los resultados obtenidos concluimos que las hipótesis H_1 y H_2 resultaron afirmativas, es decir, que si existe una relación entre el Burnout y el trabajo de los odontólogos, así como las características sociodemográficas de los mismos influyen en el padecimiento de este síndrome.

En la actualidad, la sociedad trabajadora de las grandes ciudades ha sufrido un incremento paulatino de estrés; en las empresas no existen las herramientas necesarias para conocer que tan afectados se encuentran los trabajadores que en ella laboran o la capacitación necesaria para poder reconocer sus síntomas, prevenirlo o tratarlo a tiempo.

Las exigencias y responsabilidades que se imponen en el ámbito laboral, así como la falta de gratificación, el ambiente laboral inadecuado o las aspiraciones irreales, son factores que favorecen y crean una situación constante de ansiedad, mal humor y cambios importantes en la conducta, aunado a la insatisfacción con el puesto y la falta de comunicación entre compañeros o con el paciente desatan el Síndrome de Burnout.

Este estudio se realizó con una muestra de estudiantes de Odontología de la FES Iztacala con el propósito de conocer si existía Burnout en esta población. Como menciona Rajab (citado por Albanesi y Tifner, 2005) que para los estudiantes los agentes principales que les producen estrés son: los exámenes,

los días cargados de trabajo y la falta de tiempo para descansar, además de que considera que otros factores que influyen son el medio ambiente educacional y los aspectos culturales o personales.

Se encontró que los estudiantes de odontología si presentan el síndrome de Burnout en niveles diferentes de acuerdo a sus características sociodemográficas. Encontrándose 25% en la Fase 1 (Leve), el 18% en la Fase 2 (Moderado), el 21% en la Fase 3 (Grave) y por último el 35% en la Fase 4 (Extremo). Retomando lo que menciona Bosqued 2005, el Burnout va evolucionando a través de distintos grados a lo largo de su desarrollo sin que ello quiera decir que todas las personas que lo experimentan lleguen a las fases mas graves.

Además se analizó la relación de las diferentes subescalas con las variables sociodemográficas encontrándose lo siguiente:

Agotamiento emocional: En esta investigación no resultó significativo el género como factor de riesgo para el desarrollo del agotamiento emocional, a pesar de que Maslach (2001) señala que la mujer tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente, con lo cual corre mayor riesgo de padecer este síntoma. Por otra parte Cordes y Dougherty (1993) señala que no hay diferencias significativas en cuanto a género o se encuentran muy entremezclados con características sociales y culturales.

Este factor fue estadísticamente significativo en personas que tienen entre 20 y 21 años de edad, corroborando lo dicho por Cordes y Dougherty (1993) respecto a que la edad influyen en cuanto a que las personas mas jóvenes tienen más probabilidades de sufrir Burnout.

En cuanto a las variables que se refieren al conocimiento de las implicaciones de la carrera, actividad que se les dificulta más, si considera estresante su profesión y si les preocupa cumplir con los objetivos de la institución, donde contestaron desconocer las implicaciones, considerar estresante su profesión, si tratan de cumplir con los objetivos de la institución y reportan tener dificultad para lidiar con los pacientes; se obtuvo un resultado significativo en esta subescala

debido a que se enfrentaron con sentimientos de frustración y tensión al desconocer previamente las actividades que realizan los odontólogos y técnicas para lidiar con los pacientes y el trabajo como lo mencionan Cordes y Dougherty (1993). Referente a esto Maslach (2001), dice que este factor puede minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de las personas que atienden. Drutman (2001) menciona que el desconocimiento, la carencia de técnicas, procedimientos y conocimientos para resolver con calidad y seguridad los problemas que se le presentan en la práctica diaria son situaciones que predisponen a situaciones estresantes en el ejercicio de la profesión de odontología. Por otra parte Moore y Brodsgaard (2001) en su investigación realizada señalan que los odontólogos encuestados perciben su carrera como más estresante en comparación con otras profesiones; los factores más estresantes de la práctica odontológica mencionados por dichos autores fueron: cumplir con las citas, el dolor del paciente, sobrecarga de trabajo, incumplimiento y ansiedad del paciente.

Salió estadísticamente significativa la consideración de la relación familiar como regular y que no conviven con su familia, como menciona Maslach (2001) el agotamiento emocional se caracteriza por un distanciamiento cognitivo y emocional del trabajo debido a que no se cuentan con los recursos o energías suficientes y hay manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio. Por otra parte no cuentan con los recursos necesarios para sentirse apoyados por las personas cercanas a ellos, debido al concepto poco favorecedor que tienen acerca de su relación familiar.

Despersonalización: Los resultados obtenidos nos indican que las personas que tienen entre 18 y 19 años de edad muestran un mayor índice a obtener una puntuación alta en esta subescala, como ya lo mencionamos anteriormente Cordes y Dougherty (1993) nos indican que las personas más jóvenes tienen más probabilidades de sufrir Burnout.

También se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en cuanto a que las personas que no tienen hijos son más propensas a sufrir despersonalización debido a que no tienen con quien compararse o reflejarse.

Maslach y Leiter (1997) agregan que la despersonalización se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión; por estas razones es que en nuestra investigación salió significativo las respuestas de que si consideran desgastante su profesión y el desconocimiento de las implicaciones de su carrera.

El mismo autor se refiere a la “deshumanización del individuo”, este se torna cínico a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además de que comienza a tratar a las personas como objetos, actuando de forma distante e impersonal; por eso mismo se le dificulta tener un procedimiento de calidad con el paciente como resultó en nuestra muestra.

Por otra parte, se obtuvo un resultado significativo en la respuesta de que consideran su relación familiar como muy mala, a esto Cordes y Dougherty (1993) mencionan que el estilo del trato despersonalizado hacia las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante.

Kalimo (2003), menciona que cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar Burnout; lo que podemos comparar con nuestro resultado que muestra que cuando se considera un ambiente laboral malo se puede desarrollar despersonalización.

Por último se obtuvo un puntaje alto de despersonalización en las personas que reportaron consumir drogas una vez a la semana. Newbury y colaboradores (2002) en un estudio realizado comprobó que el uso de drogas ilícitas por parte de

estudiantes de Odontología es moderado en los primeros años de la carrera y se va incrementando en las etapas finales de ésta.

Insatisfacción laboral: Los resultados obtenidos en esta subescala nos muestran que las personas no encuentran satisfacciones en el ámbito escolar o con el paciente, ya que no conocían las implicaciones y habilidades requeridas por su carrera, por esas razones es que la mayoría de las personas que se encuentran insatisfechos laboralmente deben más de cuatro materias y se les dificulta lidiar con el paciente. Como mencionan Cordes y Dougherty (1993) si el rol a desempeñar es ambiguo, pero hay gran de certeza y predictibilidad y las personas no cuentan con la información y claridad suficiente en los procedimientos para desempeñar en su trabajo se estaría en una situación más vulnerable para presentar Insatisfacción laboral.

De la misma forma mencionan que cuando las personas que prestan servicios y sienten que tiene una sobrecarga de responsabilidades, experimentan sensación de que no son lo suficientemente rápidos para terminar con las tareas, estas personas estarían en riesgo de desarrollar Insatisfacción. Por tales razones las personas que contestaron que les preocupaba realizar rápidamente el trabajo presentaron un mayor puntaje de insatisfacción.

Resultó estadísticamente significativo la concepción de estrés en su profesión, debido a que tienen dificultades en su desempeño, tienen tendencia a autoevaluarse negativamente, tienen sensación de falta de progreso y los proyectos nuevos son sentidos como abrumadores (Maslach y otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004; Shiron y Shmuel, 2002).

Por otro lado, resultó significativo la atención a los ancianos, podemos suponer que como lo mencionan Cordes y Dougherty (1993) los cargo que se caracterizan por interacciones con el cliente que son más directas, frecuentes y largas o con clientes que tiene problemas crónicos son asociados con niveles altos de Burnout; esto puede ser debido a que los ancianos requieren de mayor cuidado y atención

además de que su trato debe de ser especial debido a sus ideas arraigadas y son difíciles de convencer.

Como ya mencionamos anteriormente el hecho de que no cuentan con el apoyo familiar y de los compañeros de trabajo, ya sea por que ellos se aíslan o por otras razones diferentes, influye en su satisfacción en general y repercute en el ámbito laboral produciéndoles insatisfacción y el concepto de que su ambiente laboral es malo.

Trastornos Psicosomáticos: Los resultados obtenidos en esta subescala nos muestran que las mujeres tienden a tener más problemas en los que se refiere a trastornos, este resultado puede deberse a que la muestra no es equitativa ya que el porcentaje de mujeres es de 69.2 y de hombres es de 30.8 lo que nos lleva a sugerir la realización de un estudio con una muestra más objetiva.

Un dato importante que se obtuvo en esta escala es que las personas contestaron que no conocían las implicaciones de su carrera y por lo mismo no les parece estresante su profesión, lo cuál es un tanto contradictorio porque tal vez nos les parece estresante su profesión pero son los que más puntaje obtuvieron en lo referente a trastornos psicosomáticos. Esto también puede deberse a que su ámbito familiar no es muy favorecedor debido a que casi nunca conviven con ellos y consideran su relación familiar muy mala.

El sentir su ambiente laboral malo y tratar de cumplir con los objetivos de la institución les ocasiona ciertos trastornos debido a que tal vez no pueden cambiar de clínica donde brindan su servicio y tratan de cumplir tanto con sus pacientes como con sus labores escolares.

También resultaron significativas las respuestas de consumo de alcohol una vez al mes, frecuencia de toma de medicamentos, personas que han tenido esguinces, personas que si fuman, consumo de drogas dos veces al año y por último personas que hacen ejercicio una hora a la semana. Estos datos se pueden contrastar con la investigación realizada por Leggat y otros (citado por Albanesi y Tifner, 2005) donde se quiso conocer el estilo de vida de los odontólogos entre 22

y 54 años y se encontró que el 36.7% hace ejercicio con regularidad, el 19.1% consume alcohol una vez a la semana, el 96.1% reportó estrés asociado con la práctica de su profesión, el 2.4 % reportó fumar. El consumo de todas estas sustancias (alcohol, drogas, cigarros y medicamentos) se puede deber a que las personas buscan un “escape” al estrés al que están sometidos y al estar bajo sus efectos sufren accidentes que se representan en este caso en mayor índice de esguinces, con menor grado podrían ser fracturas, choque vehicular o algún otro tipo de accidente.

Los Trastornos Psicossomáticos que se midieron fueron: trastorno de sueño, trastorno psicosexual, trastorno gastrointestinal, trastorno psiconeurótico, trastorno del dolor, trastorno de ansiedad y trastorno de depresión.

Las variables estadísticamente significativas más importantes que se obtuvieron en relación con los trastornos psicossomáticos fueron: sexo, considera estresante la carrera, tipo de población que atiende, frecuencia de convivencia con la familia, consideración de la relación familiar, toma algún medicamento.

De los cuales resultó que las personas que si consideran estresante la carrera, que casi nunca conviven con su familia, consideran su relación familiar como muy mala sufren de mayores trastornos de sueño (insomnio, hipersomnia, sonambulismo, etc.) ya que no saben separar sus problemas del momento adecuado de descanso.

En cuanto a los trastornos psicosexuales (falta o aumento de apetito sexual, anorgasmia, frigidez, vaginismo, eyaculación precoz, falta de erección, etc.) las mujeres presentaron mayor tendencia a padecerlos, como ya se mencionó anteriormente nuestra población es mayoritariamente femenina por lo que los resultados se inclinan más hacia esta población no dejando exentos a los hombres de padecer estos trastornos, cabe destacar que investigaciones hechas con anterioridad muestran que las mujeres tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente, tiene menos medios de expresión de agresividad lo cual le ocasiona una tensión permanente y crónica (Maslach, 1982, y Ramírez 1994).

En cuanto a los trastornos gastrointestinales resultó significativo el trato de pacientes ancianos, que consideran su relación familiar muy mala y que si consumen algún tipo de medicamento. Bosqued (2005) menciona que son síntomas característicos del Burnout y pueden manifestarse como gastritis, estreñimiento, diarrea, etc.

En lo que se refiere a trastornos psiconeuróticos resultó significativo el hecho de que si consideran estresante la profesión, consideran su relación familiar como mala y consuman algún medicamento debido a que tal vez necesitan la ayuda de fármacos para poder tener una vida más estable debido a que algunas veces presentan repentinos cambios de humor.

Por otra parte en cuanto a los trastornos de dolor resultó significativo el hecho de que si consideran estresante la profesión, que consideran su relación familiar como muy mala y que consumen algún tipo de medicamento. Como menciona Bosqued (2005) este trastorno se puede manifestar como cefaleas, o dolores musculoesqueléticos, siendo esto últimos característicos de la profesión de Odontología.

Además cabe señalar que resultó significativo respecto al trastorno de ansiedad el hecho de que si consideran estresante su profesión y que consideran su relación familiar como muy mala; podríamos decir que el hecho de que las personas consideren estresante la profesión e igualmente que su relación familiar al considerarla muy mala no existe un ambiente de desahogo de una hacia otra causando la presencia de este trastorno.

Por último en el trastorno de depresión el resultado significativo de que considera su relación familiar como muy mala, esto es innegable debido a que como no sienten ningún tipo de apoyo familiar y ya han agotado todas sus energías se dan por vencidos y se alejan de su familia. Brunstein (1999) considera al Burnout como “depresión relacionada con el trabajo”, este síntoma se acompaña de agresividad y rabia dando como consecuencia el distanciamiento de

las personas que rodean al afectado, confirmando irracionalmente sus creencias de que es poco querido.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo junto con las demás organizaciones que tienen que ver con la salud y con el trabajo, y que su principal motor de trabajo son las personas, deben de poner mayor atención a problemas relacionados con afecciones físicas y psicológicas, como es el caso del Síndrome de Burnout, que muchas veces es confundida su sintomatología con las de otras enfermedades y no se le da el tratamiento adecuado; recordemos que lo importante no es aliviar la enfermedad sino prevenirla.

El Síndrome de Burnout es una afección que comienza a tomar mayor importancia a nivel mundial, ya que los especialistas de la salud cada vez más están realizando investigaciones y proponiendo medidas preventivas y tratamientos para este problema que no sólo es individual ya que puede afectar directamente el desarrollo de las organizaciones.

La Odontología es una profesión que, como ya se mencionó, no se le da la importancia y el respeto que se debiera tener hacia ella, ya que las personas no están conscientes de todos los factores estresantes y riesgos a los que se enfrenta este profesional al ejercer sus labores y los beneficios que se obtienen al conservar una buena salud bucal.

Los estudios encontrados sobre este tema nos dan una visión más amplia sobre el Síndrome de Burnout al poder descubrir que es mucho más frecuente de lo que se espera y que en muchos países del mundo se da este problema, no sólo en el ámbito hospitalario sino también en el educativo y organizacional.

Esperemos que la presente investigación contribuya a la consideración de este padecimiento como factible en estudiantes mexicanos de la carrera de odontología y pueda contribuir al mejoramiento de los aspectos de bienestar y salud de la población universitaria que asiste, así como el mejoramiento de la eficacia de las instituciones donde se imparte esta disciplina.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Debido a que en la carrera de Odontología encontramos más población femenina, nuestro estudio no puede ser equiparable en cuanto a género como ya lo habíamos mencionado con anterioridad. Se recomienda realizar un estudio que contenga una muestra equivalente para ambos sexos.

Una sugerencia que podríamos mencionar sería que en las Facultades y Clínicas de Odontología se impartan cursos sobre manejo del estrés para que se actúe de manera preventiva a medida que se va cursando la carrera y se distribuyan folletos explicativos de los principales síntomas de estrés y depresión que podrían llevar hacia el Síndrome de Burnout .

Nuestra muestra estuvo formada por estudiantes de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México que es una institución pública, sería recomendable la realización de un estudio similar en universidades privadas, debido a que algunas de las características sociodemográficas difieren, como podría ser el modo como se imparte la educación, las instalaciones y su lugar de ubicación, las relaciones interpersonales y los recursos financieros con los que cuentan los estudiantes, etc.

Se recomienda que en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional en su versión adaptada para odontólogos, una distribución más uniforme en las variables que miden datos sociodemográficos, es decir, que estén juntas todas las variables que miden datos escolares y después las que miden los datos laborales; esto con el fin de que se facilite la contestación y entendimiento del cuestionario por parte de los encuestados.

Otra sugerencia sería el adaptar la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional a cada una de las especialidades de la Odontología ya que hay muchas actividades que difieren una con otra.

La difusión de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional para su utilización en las diversas investigaciones que se realicen en México, ya que es un instrumento hecho para la población mexicana y que toma en cuenta sus características psicológicas y culturales; la mayoría de las investigaciones del Síndrome de Burnout se llevan a cabo con el Inventario Maslach Burnout (MBI) que muchas veces no abarca las características propias de la población mexicana.

También sería pertinente la elaboración de un programa de personalidades que estén más propensas a desarrollar Burnout y que sirva de complemento para los inventarios, pruebas y escalas que midan este síndrome.

Una de las limitaciones a las que nos enfrentamos en la presente investigación, es que se encontró muy poca información acerca del Síndrome de Burnout enfocada a la carrera de Odontología debido a que la mayoría de las investigaciones se basa en el sector hospitalario.

El Síndrome de Burnout es una afección que comienza a tomar mayor importancia, consideramos adecuado llevar a cabo investigaciones en donde se comparen diferentes profesiones, estados de la República Mexicana, tipos de institución y diversos países; pues el estrés siempre está presente en cualquier ser humano y lo más grave es cuando éste llega a una fase crónica.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- 1.-Alexander, R. Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore?.(2001). J Am Dent Assoc.
- 2.-Barrancos, J. (1995). Operatoria Dental. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana
- 3.- Bosqued, M. (2005) "Que no te pese el trabajo". Como cambiar el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: Mobbing, estar quemado, tecnoestrés. Barcelona: Librería de la empresa.
- 4.- Brannon, L. (2001). Psicología de la Salud. España: Editorial Paraninfo.
- 5.- Cabrera Parra M. et. al. (2006) Prevalencia del Síndrome de Burnout en odontólogos y médicos que se dedican a la práctica privada y docencia en la FES-Iztacala. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. UNAM
- 6.- Cherniss, c. (1998) Professional burnout in human service organization. New York. E.U.
- 7.-Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993) A Review and Integration of research on Job Burnout: Academy of Management Review.
- 8.- Díaz de Kuri, M. V. (1997).El nacimiento de una profesión. La Odontología en el siglo XIX en México. México: Fondo de Cultura Económica UNAM.
- 9.- Dirección de comunicaciones, Programa de Comunicación Institucional. Universidad del Rosario. Argentina, Buenos Aires.
- 10.-Fernández, M. J. y Garrido, L. E. (1999). Psicopatología Laboral. Trastornos derivados del trabajo. España: Universitas Navarrensis.
- 11.-García, C.J. y De Juan, L. Y. (2006) Psiquiatría Laboral. Barcelona: EdikaMed.
- 12.- Gil Monte, P y Peiró, J (1997) Desgaste psíquico en el trabajo: el Síndrome de Burnout. España. Síntesis Psicológica.

- 13.-Gil-Monte, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 14.-Gorter, R.; Eijkman, M.; Brake, J. Job stress and health in dentists. (2001). Ned Tijdschr Tandheelkd
- 15.-Gorter, R.; Hoad-Reddick, G.; Murtooma, H.; O'Sullivan, R., Splieth, C. Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. (2002) Eur J Dent Educ
- 16.-Guerrero, B.E. (2001) Síndrome de Burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. Universidad de Extremadura.
- 17.- Hernández de la Cruz, C. et. al. (2007) Estudio comparativo de los síntomas del Síndrome de Burnout entre los odontólogos de práctica general y especialistas del Distrito Federal y Área Metropolitana. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- 18.- Hernández Vargas, C. y Dickson, M. (2006). Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. Departamento de Medicina Familiar. UNAM.
- 19.- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1990. Condiciones de Trabajo y Salud. Barcelona, INSHT.
- 20.- Leiter, M. (1998) Burnout as a function of communication patterns. Group and organization studies.
- 21.- Lerman, S. (1974) Historia de la Odontología y su ejercicio legal. Buenos Aires. Editorial Mundi.
- 22.-Luzoro, J. (1999). Psicología de la Salud. Chile: Bravo Allende
- 23.- Martínez, R. E. y Lonngi, R. R. (1989). Manual de Psicología para odontólogos. México: Editorial Ciencia y Cultura

- 24.- Martínez, S. J. (2004). Estrés laboral. Madrid: Prentice Hall.
- 25.-Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997) The Truth About Burnout: How Organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Published.
- 26.-Maslach, C. (2001) What have we learned about burnout and health? Psychology and Health Published.
- 27.- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. United States of America: American Psychologist.
- 28.- Méndez, S. (2005). Fundamentos de Economía. México: Mc Graw Hill. 4ta. edición.
- 29.-Moore, R.; Brodsgaard I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. Estados Unidos: Community Dent Oral Epidemiol.
- 30.- Morris, A. L. y Bohannon, H. M. (1974) Las especialidades odontológicas en la práctica general. Barcelona. Editorial Labor.
- 31.-Nedic,O.; Jovic, N.; Filipovic, D. Solak, Z.(2002). A sense of responsibility in health personnel as a cause of work-related stress. Estados Unidos: Med Pregl.
- 32.-Oblitas, G. L. (2002). Psicología de la Salud. México: Editorial Plaza y Valdés.
- 33.- OIT. (2000) Las Normas Internacionales del Trabajo. México Alfaomega.
- 34.- Parra, M. (2003) Conceptos básicos en la Salud laboral. Central Unitaria de trabajadores de Chile. Santiago.
- 35.-Pinelo C. N. y Salgado R. Vanessa (2002). Tesis para obtener el grado de Licenciatura. Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs medico y paramédico del C.M.N. 20 de Noviembre ISSSTE. (UNAM).

- 36.- Ring, M. E. (1989) Historia ilustrada de la Odontología. Ediciones Doyma.
- 37.-Roales, J. (2004). Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- 38.- Romero, D.R. et.al. (2006). Desgaste Ocupacional en un grupo de Odontólogos. México. Mediagraphyc. Vol. LXIII No. 6
- 39.-Sarafino, E. P. (1990). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. Nueva York: Wiley.
- 40.- Sarafino, E. P. (1990). Psicología del Desarrollo. México: Ediciones Trillas.
- 41.-Segura, E. (1990) Algunos aspectos evolutivos, etoecológicos, sistémicos y cognitivos del estrés. Boletín argentino de Psicología, Vol. III, N°6, Nov/Dic.
- 42.-Simon, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 43.-Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de Burnout. Buenos Aires: Espacio.
- 44.-Uribe-Prado, J.F. Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Un instrumento de Burnout para Mexicanos. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional.
- 45.- Zimbron, L. A. (1990) Breve historia de la Odontología en México. CRIM-UNAM.

SITIOS WEB

- 46.- <http://www.who.int/about/es/> Fecha de consulta: 26 de Noviembre del 2007
- 47.- <http://sicolog.com/?a=115> Fecha de consulta: 26 de Noviembre del 2007
- 48.-<http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm> Fecha de consulta: 27 de Noviembre del 2007

49.- http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/lang--es/index.htm Fecha de consulta : 26 de Noviembre del 2007

50.- <http://www.oit.org.mx/oit.htm> Fecha de consulta: 26 de Noviembre del 2007

51.- [www. Psicomundo.com](http://www.Psicomundo.com) Fecha de consulta: 26 de Noviembre del 2007

52.- www.psicoadactiva.com Fecha de consulta: 26 de Noviembre del 2007

53.- <http://www.patriciadangelo.com.ar/burnout.htm> Fecha de consulta: 28 de Noviembre del 2007

54.- www.medigraphic.com.adm Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008

55.- Drutman, J. Burnout o el incendio de los trabajadores de la salud. Consultado en <http://www.odontomarketing.com/articulos/art37.htm> Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008.

56.- <http://www.odontomarketing.com/odontologiahistoria.htm> Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008

57.- Albanesi de Nasetta S., Tifner S., Nasetta J. "Estrés en Odontología". Consultado en <http://www.actaodontologica.com/> Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008.

58.- <http://es.wikipedia.org/wiki/Odontolog%C3%Ada> .Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008

59.-<http://www.monografias.com/trabajos904/sentimientos-odontologica.shtml>
Fecha de consulta: 3 de Abril del 2008

60.- <http://www.ergonomia.cl/0106.html> Fecha de consulta: 30 de Enero del 2008

61.- <http://profesional.medicinatv.com/reportajes/muestras.asp?id=306> Fecha de consulta: 2 de Abril del 2008

62.- Hernández-Vargas, C. & Dickinson, M. Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. Consultado en

http://www.Uaem.mx/foroamericas_memorias/1PONENCIAS/PDF/P4%20IHernandez.pDF . Fecha de consulta: 30 de enero de 2008.

63.-<http://www.enplenitud.com/nota.asp?notaid=3889>. Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

64.- Garcés, E. Tesis sobre Burnout. Consultado en

http://www.wikilearning.com/estudios_sobre_el_burnout-wkccp-16390-1.htm fecha de consulta: 30 de enero de 2008.

65.- Díaz R. R., Pérez R. E. y Lartigue B. M. "Desgaste ocupacional en un grupo de odontólogos" consultado en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2006/e-od06-6/em-od066e.htm>. Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

66.- <http://www.espacioblog.com/dequincit/categoria/-burn-out> Fecha de consulta: 20 de Enero del 2008

67.- <http://html.rincondelvago.com/sindrome-burnout.html> Fecha de consulta: 27 de noviembre del 2007

68.-http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/estres_odontologia.asp

Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

69.<http://www.medicosmunicipales.org.ar/bc0601.htm#LA%20COMUNIDAD%20COMO%20RECURSO%20HUMANO%20Y%20EL%20ROL%20DEL%20HOSPITAL%20PUBLICO> Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

70.<http://www.gacetadental.com/articulos.asp?aseccion=ciencia&aid=5&avol=200509> Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

71.-<http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n1-ejercicio/ejercicio.htm>. Fecha de consulta: 3 de Abril del 2008

72.-<http://www.monografias.com/trabajos17/bioseguridadodontologia/bioseguridadodontologia.shtml> Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008

73.-www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst05106.pdf - Páginas similares Fecha de consulta: 3 de Abril del 2008

74.-www.odontomarketing.com/nota03sep2005.htm - 37k - En caché - Páginas similares Fecha de consulta: 6 de Abril del 2008

75.-<http://www.odontomarketing.com/art206sep2005.htm> Fecha de consulta: 6 de Abril del 2008

76.- www.universomedico.com Fecha de consulta: 18 de Abril del 2008

77.- www.implantedental.com Fecha de consulta: 18 de Abril del 2008

78.-www.odontología.iztacala.unam.mx Fecha de consulta: 25 de Enero del 2008

80.- Andía J. "Psicología de la Salud. Consultado en

www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml Fecha de consulta: 4 de Abril del 2008.

ANEXOS

Cuestionario

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

BN30 SIN CLAVES

INSTRUCCIONES

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

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

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

Ejemplo Tipo 1):

1. Considero que es importante asistir a fiestas

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

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

Ejemplo Tipo 2):

¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

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

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

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS

Sus respuestas son anónimas y confidenciales

Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO

¡GRACIAS!

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

BN 30

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

24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los pacientes/alumnos de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

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

50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

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

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Tienes hijos?
76. ¿Cuántos?
77. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

78. Actualmente eres: (puedes elegir más de una opción)
79. Si eres estudiante, ¿en qué semestre o año escolar vas? (especifica si es año o semestre)
80. En caso de ser estudiante, ¿Se te dificulta comprar el material que te pide la institución?
81. En caso de ser estudiante ¿Debes materias?
82. En caso de deber materias, ¿Cuántas debes?
83. ¿Piensas tomar alguna especialidad?
84. ¿Qué especialidad piensas tomar?
85. En caso de tener una especialidad ¿Con que especialidad cuentas?
86. ¿Cuál es tu maestría? (si la tienes)
87. ¿Cuál es tu doctorado? (si lo tienes)
88. ¿Al momento de decidir estudiar Odontología, conocías sobre las implicaciones que tiene la Odontología como profesión?
89. ¿Al momento de ingresar a la carrera te considerabas con las habilidades requeridas para ejercerla?
90. ¿Se te hace estresante tu profesión?
91. ¿Tienes algún familiar que se encuentre ejerciendo la carrera de odontología?
92. ¿Actualmente ejerces tu profesión?
93. Si no ejerces tu profesión ¿Desde hace cuánto no la ejerces?
94. Si no ejerces tu profesión ¿En qué trabajas?
95. Si ejerces tu profesión ¿Desde hace cuánto lo haces?
96. Si ejerces tu profesión, además del trabajo de tu carrera, ¿Tienes otro(s) trabajo(s)?
97. Si tienes otro(s) trabajo(s) ¿Cuál es (o cuales son)?
98. Si ejerces tu profesión, ¿Tienes consultorio?
99. En caso de tener consultorio, ¿Trabajan otras personas contigo (secretaría, auxiliares dentales, otros odontólogos, etc.)?
100. En caso se que trabajen otras personas contigo, ¿Cuántas son las que trabajan?
101. ¿Si tienes consultorio, se te dificulta su administración?
102. ¿Cuantas horas al día inviertes en atender pacientes (considerando las horas en la escuela y/o consultorio)?
103. Si das clases ¿Cuántas horas al día inviertes en impartir clases?
104. ¿Cuántos pacientes atiendes (aproximadamente) al día?
105. En caso de tener alumnos ¿Cuántos alumnos tienes (aproximadamente)?

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

136. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
137. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
138. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
139. ¿Haces ejercicio físico?
140. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?