

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**DESGASTE OCUPACIONAL Y CARACTERÍSTICAS  
DEMOGRÁFICAS EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE  
HOSPITALES PÚBLICOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO(A)  
EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N**

**MATA FÉRNÁNDEZ CLAUDIA SELENE  
VÁZQUEZ MUÑOZ YEKENE KEN**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO**

**REVISOR DE TESIS: LIC. GABRIEL JARILLO ENRÍQUEZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F. 2010**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirnos estudiar en esta Institución, de igual forma agradecemos a la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria por otorgarnos la oportunidad de concluir nuestro desarrollo profesional.

A nuestro Director de Tesis, Dr. Jesús Felipe Uribe Prado por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza y afecto fundamentales para la concreción de este trabajo.

Al profesor Lic. Gabriel Jarillo Enríquez, por su asesoría, dirección, sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo

A nuestros sinodales Mtro. Lucio Cárdenas Rodríguez, Mtra. María Isabel del Sordo López y Lic. Adriana Guadalupe Martínez Pérez que revisaron con paciencia este trabajo, por sus comentarios, sugerencias y opiniones.

Al Dr. Federico Bonilla Marin por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo.

Al Lic. Marcos Verdejo por su amistad, su confianza, tiempo, paciencia y su apoyo en la parte estadística de este trabajo.

---

---

### ***Agradecimientos Especiales*** ***Claudia Selene***

A mis padres Claudia y Enrique, por su amor, cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Por guiarme sobre el camino de la educación, por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos. Por enseñarme desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mis papis Lucy y Ramón (en paz descansen), porque gracias a su ejemplo de superación incansable, su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales, que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida. Con amor y respeto.

A mi hermana Ireri, por el apoyo incondicional que me diste a lo largo de la carrera. Además de ser la mejor amiga, eres la mejor compañía para compartir el mismo techo.

A Yekene, por haber sido la mejor pareja de tesis, por su continuo y afectuoso aliento, que durante bastante tiempo tuvo la paciencia suficiente para apoyarme profundamente y darme su comprensión.

A Abril por su cariño, comprensión, constante estímulo y motivación con sus notitas "No te rindas" y "Sé fuerte" ¡Gracias!

---

---

### ***Agradecimientos Especiales Yekene***

Gracias a mi Padres [Fidel y Laura], los amo y los admiro, por que siempre han estado conmigo, por su amor a mí, por el apoyo y comprensión inagotable que me han dado, sé que siempre estarán allí en los errores y éxitos que tendré, sé que estarán para levantarme o mantenerme arriba. Por hacer de los momentos difíciles menos dantescos y sobrellevar conmigo la gravosa carga. []

A mi familia siempre imprescindible, en especial mis tíos [Nico y Ely] sin su apoyo y ayuda no hubiera conseguido lo necesario para este proyecto.

A Yuki gracias por totalmente todo, te amo y te admiro.

A ti Ariadna... ¿existe algo que no te haya dicho ya?... has escuchado todo de mí...acciones [?] inacabadas simil de las palabras... cuando lo necesito eres la única que me hace sentir más alto que tú... ¿Cuánto hace desde nuestra última despedida?...por ti y para ti...

A mi muñequita Selene Glz., son escasas las personas que admiro [dejando a un lado las ya mencionadas] y sabes que te particularizo de esa manera, gracias por atender mis palabras... aunque en ocasiones parezcan fútiles, por entender lo que realmente significa, sé que lo apreciarías y lo harías mejor que yo... para tí... te quiero mucho, eres muy especial para mí.

A mi príncipa Jessy gracias por estar siempre allí, te quiero, me importas mucho y eres especial para mí.

A mi hermano Enrique por todo tu apoyo, por tu amistad y tus palabras, y sobre todo por comprender lo que es importante y lo que no lo es tanto para mí.

A ti Karla por tu confianza, tu apoyo, tu ánimo y tu risa, y por tanto más, te quiero en exceso XD.

A Gina por tu guía, tu amistad, por cuidarme y por tu escucha.

A ustedes Jorge, Ameyalli, Monse, por regalarme apoyo, confianza, amistad, por sujetarme cuando decaigo y mucho más.

A Susy por ayudarme con este trabajo, sin tu ayuda hubiera estado perdido al hacer esto, gracias por confiar en mi y estar cuando renecesitaba.

A mi padre Brian Molko Farrel, a Stef Olsdal y Steve Hewitt, y a Dave Gahan, mis maestros en la música y las artes.

A Selene después de las materias, los horarios, las desveladas, el esfuerzo y todo lo demás que sucedió durante todo este tiempo ... al final hemos terminamos.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMEN</b>  | 1  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | 2  |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO I - PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SALUD OCUPACIONAL</b>                          | 4  |
| <b>¿Qué es salud?</b>   | 4  |
| Creencias y explicaciones sobre la enfermedad   | 6  |
| Surgimiento de la Psicología de la Salud  | 8  |
| Definición de Psicología de la Salud  | 9  |
| Psicología de la Salud, Psicología Médica y Medicina Psicosomática                      | 12 |
| Implicaciones para la concepción de la salud y la organización de los sistemas de salud | 13 |
| Actividades de los Psicólogos   | 14 |
| Importancia de la formación de los Psicólogos   | 15 |
| Líneas de Investigación   | 17 |
| Escenarios  | 18 |
| <b>Salud Ocupacional -¿Qué es el trabajo?</b>   | 18 |
| El papel de la Salud en el desarrollo y el concepto de salud                            | 19 |
| La dinámica de la Salud   | 19 |
| La salud y el trabajo   | 21 |
| Campo de la Salud Ocupacional   | 22 |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO II - ESTRÉS</b>   | 24 |
| Antecedentes históricos del estrés  | 24 |
| Estrés, ansiedad y miedo  | 26 |
| Definición de estrés  | 27 |
| El estrés como estímulo y respuesta   | 29 |
| Fuentes de Estrés   | 30 |
| Estresores Físicos y Sociales   | 31 |
| El Estrés del Mundo Laboral   | 32 |
| Fuentes de Estrés Laboral   | 34 |

|  |           |
|--|-----------|
| Estrés Laboral en Enfermería   | 34        |
| Medición del Estrés  | 37        |
| <b>CAPÍTULO III - “BURNOUT” EL SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO</b> | <b>39</b> |
| Características generales (antecedentes históricos)  | 39        |
| Definición del Síndrome de Burnout   | 40        |
| Dimensiones del Burnout  | 42        |
| Modelos de Burnout   | 44        |
| Causas del Síndrome de Burnout   | 45        |
| Síntomas del Síndrome de Burnout   | 46        |
| Consecuencias del Síndrome de Burnout  | 48        |
| Medición del Síndrome de Burnout   | 49        |
| <b>CAPÍTULO IV - ANTECEDENTES DEL ENTORNO SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN</b>                      | <b>52</b> |
| <b>CAPÍTULO V - METODO</b>   | <b>57</b> |
| Planteamiento del problema   | 57        |
| Justificación  | 58        |
| Objetivo   | 58        |
| Hipótesis  | 58        |
| Variables  | 59        |
| Tipo de investigación  | 60        |
| Muestra  | 60        |
| Procedimiento  | 60        |
| Instrumento  | 61        |
| Análisis de datos  | 62        |
| <b>CAPÍTULO VI - RESULTADOS</b>  | <b>63</b> |
| Enfermería   | 63        |
| Variables de Información Personal de la muestra  | 63        |
| Variables de Historia Laboral de la muestra  | 65        |

|   |            |
|---|------------|
| VARIABLES DE ESTILO DE VIDA DE LA MUESTRA           | 68         |
| Análisis estadístico                                | 73         |
| Médicos   | 80         |
| VARIABLES INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MUESTRA        | 80         |
| VARIABLES DE HISTORIA LABORAL DE LA MUESTRA         | 81         |
| VARIABLES DE ESTILO DE VIDA DE LA MUESTRA           | 85         |
| Análisis estadístico                                | 89         |
| Análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach) | 95         |
| <b>CAPÍTULO VII – CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN</b>        | <b>96</b>  |
| <b>ANEXOS</b>                                       | <b>105</b> |
| <b>REFERENCIAS</b>                                  | <b>111</b> |

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como punto central determinar la relación y diferencias entre Burnout (desgaste ocupacional) y las variables demográficas en médicos y enfermeras de dos hospitales públicos.

La muestra estuvo conformada por 200 sujetos de los cuales 100 fueron del área de enfermería y 100 del área médica. Los 200 sujetos trabajaban en el momento del estudio. Las organizaciones donde se recolectaron los datos de los sujetos fueron de dos instituciones diferentes, dos hospitales públicos ubicados en la zona centro del Distrito Federal.

Se les aplicó el instrumento de Uribe-Prado y col. Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional EMEDO. Dicho Instrumento tiene una confiabilidad del 89% (Alfa de Cronbach) y consta de 105 reactivos, de los cuales 35 reactivos están divididos en los 3 factores del síndrome agotamiento, despersonalización e insatisfacción del logro. También existe un cuarto factor llamado trastornos psicosomáticos el cual incluye 40 reactivos más, que a su vez están divididos en 7 subfactores o trastornos. Los últimos 35 reactivos se refieren a variables relacionadas con la calidad de vida.

Cuando se terminó de recolectar los datos, se llevó a cabo el análisis estadístico. Se realizó un análisis de confiabilidad, al igual que correlaciones para determinar la relación existente y análisis de varianza para obtener las diferencias significativas.

Se concluyó que en el personal de enfermería de sexo masculino hay mayor despersonalización, mientras que en el personal de medicina se muestran mayor agotamiento y trastornos psicosomáticos en las mujeres. Se aceptó la hipótesis alterna. Finalmente la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional obtuvo un Alfa de Cronbach general de .878, lo cual indica gran consistencia interna entre los elementos de la escala.

## INTRODUCCIÓN

El punto central del primer capítulo será hablar de la psicología de la salud y de la salud ocupacional para exponer conceptos primordiales y que son la base para comprender el tema de Burnout, como lo es la salud y la enfermedad. En este capítulo se describirá el papel y la importancia que desempeñan los psicólogos de la salud en la investigación y en la mejora de los servicios de salud, hospitales y clínicas, su papel en la sociedad para ayudar a mejorar las condiciones de vida, entre otras características. También se explicará el surgimiento de la salud ocupacional y su desarrollo.

En el capítulo II se explicarán los antecedentes históricos del estrés, así como también se definirán conceptos que suelen confundirse y asociarse al estrés como la ansiedad y el miedo. Se definirá el concepto de estrés y se describirán los estímulos estresores más comunes, asimismo se presentarán perspectivas de cómo es el estrés del mundo laboral y las fuentes que lo provocan.

En el capítulo III se expondrán las características generales y los antecedentes históricos del Síndrome de Burnout, así como también se dará la definición de este síndrome tomando como principales conceptos los mencionados por Gil-monte, Maslach y Jackson. Del mismo modo se hablará de los síntomas y las consecuencias derivadas del Burnout y de las principales formas de medición de dicho síndrome.

En el capítulo IV se expondrán los antecedentes del entorno social de la organización, enfocados a las investigaciones realizadas en médicos y enfermeras para dar un panorama en base a los intereses de este proyecto.

En el capítulo V se explicará la metodología, es decir, se expondrá el planteamiento del problema y la justificación del mismo, así como también los objetivos, las hipótesis y las variables tomadas en consideración, se especificará el tipo de investigación, la muestra, el procedimiento, el

instrumento para la recolección de datos y el análisis estadístico para obtener la información de los datos recolectados.

En el capítulo VI se mostrarán los resultados apoyado por gráficas que exhiban de manera expresiva los datos obtenidos, al igual que se encontrarán tablas que apoyen del mismo modo el análisis estadístico llevado a cabo.

En el capítulo VII se encontrarán las conclusiones, las limitaciones a lo largo de este proyecto, (anexos) en donde se agregará el instrumento EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional) y las referencias bibliográficas que apoyaron el tema de Burnout en la presente investigación.

**CAPÍTULO I**  
**PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SALUD OCUPACIONAL**  
**¿Qué es Salud?**

De acuerdo a Marks (2008) conseguir y conservar la salud es primordial en la existencia humana. En su sentido más amplio, el bienestar es una preocupación común para cualquier ser humano, grupo o sociedad. El concepto de salud se describe y explica en varios discursos socialmente contruidos. Los conceptos de “salud”, “mente” y “cuerpo” varían a través del tiempo y el espacio, pero para todas las culturas y cosmologías desempeñan un papel fundamental en la experiencia del ser humano.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición en 1946 y de acuerdo a ésta, la salud es el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de enfermedad.

Asimismo la manera en cómo definamos la enfermedad tiene implicaciones para la teoría, la práctica, las políticas y la promoción de la salud. El término “promoción de salud” fue acuñado por primera vez en 1974 por el Secretario Canadiense de Salud y Bienestar Nacional, Marc Lalonde (1974), quien afirmaba que la salud y la enfermedad no depende sólo de condiciones médicas sino también de condiciones ambientales y de vida. La OMS (1986) definió la promoción de la salud como el proceso mediante el cual la gente aumenta el control sobre su salud y a la vez la mejora. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el entorno.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente se puede observar que la salud no sólo abarca la parte física del ser humano, sino que también involucra otros aspectos que hacen que el individuo pueda catalogarse como una persona sana, es decir, la salud es un estado completo de bienestar tanto físico, social, espiritual y psicológico.

El “enfoque de promoción de la salud” proporciona un concepto uniforme para quienes enfatizan *la necesidad de realizar cambios en las formas y condiciones de vida con el fin de mejorar la salud*. Los profesionales de la salud son más que proveedores de servicios, son *agentes de cambio*, quienes facilitan el empoderamiento de los individuos y las comunidades para incrementar el control sobre la salud y mejorar ésta (Marks, 1999 citado en Marks, 2008).

Los psicólogos de la salud pueden desempeñar varios papeles: como proporcionar y mejorar los servicios de salud, hospitales y clínicas; llevar a cabo la promoción de la salud en comunidades; trabajando de forma activa en el cambio de las políticas de la salud y la sociedad para ayudar a mejorar las condiciones de vida, de tal modo que la gente pueda actuar en sus propios términos (Marks, 2008). Por esta razón se hace indispensable la colaboración multidisciplinaria, y en particular de los psicólogos de la salud, dentro de las instituciones que brindan servicios de salud.

De acuerdo con Oblitas (2004), la salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo

Así también este autor menciona que desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

Según Brenner y Weubel (1989, citado en Oblitas, 2004), el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

De acuerdo con Dubos (1975, citado en Oblitas, 2004) sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y las capacidades de funcionar en

las mejores condiciones de ese medio". En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, citado en Oblitas, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983 citado en Oblitas 2004) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario:

- Promover la responsabilidad individual por medio del fenómeno de la autonomía personal.
- Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.
- Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas (Oblitas, 2004).

Para poder conservar o desarrollar la salud, en los individuos y en caso particular en los trabajadores dentro de una institución, que brinda servicios de salud como lo son los hospitales o clínicas, es necesario la colaboración conjunta de varias disciplinas de profesionales, en específico, los psicólogos de la salud estarían encargados, como se menciona, de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos en las personas y a su vez proporcionar y mejorar los servicios de salud hospitales y clínicas.

### **Creencias y explicaciones sobre la enfermedad**

Los psicólogos han utilizado una diversa variedad de perspectivas teóricas para investigar las creencias populares sobre la enfermedad. Dos enfoques principales han sido empleados: la perspectiva cognitiva, la cual analiza el modo como las personas piensan sobre la salud y la enfermedad en

términos de procesos y la otra es la perspectiva social, la cual incluye enfoques discursivos, narrativos y de representación social (Marks, 2008).

De acuerdo a Marks (2008) los enfoques cognitivos han consistido en pedir a los pacientes que clasifiquen aspectos de la experiencia de enfermedad en escalas y que luego analicen estas clasificaciones sobre la base de factores para desarrollar dimensiones de enfermedad tales como “identidad”, “causas”, “duración”, “consecuencias” y “curación”.

Así bien la fortaleza del enfoque cognitivo radica en que las atribuciones causales pueden suponerse como base de planes de acción. El modo en el cual la persona explica un evento determina en parte cómo esa persona después enfrenta tal situación. Esto tiene muchas implicaciones para la comunicación y la provisión del cuidado de la salud.

Sin embargo, las creencias sobre la enfermedad no se ubican en las mentes de las personas como entidades estables y fijas, sino que son creaciones conjuntas, reflejando en parte la naturaleza de la relación entre persona y el entrevistador, en el contexto más amplio dentro del cual se desarrolla. También una perspectiva alternativa intenta presentar un enfoque más dinámico y social de las representaciones de la enfermedad y la salud.

Igualmente el análisis del discurso se concentra en la naturaleza de éste mismo sobre la enfermedad y el contexto dentro del cual se produce, antes que en la estructura de las creencias inferidas. Los teóricos del discurso consideran el contexto social inmediato y mediato dentro del cual se articulan las creencias. Para éstos, la naturaleza comunicativa del lenguaje es el centro de atención antes que las creencias subyacentes inferidas.

Del mismo modo los fenomenólogos se ocupan de la experiencia de enfermedad vivida. A estas experiencias se llega a través de la interpretación de los relatos discursivos de la persona enferma.

Asimismo el enfoque narrativo analiza las historias sobre la experiencia de la enfermedad. La construcción de relatos narrativos permite a las personas captar su significado y comenzar a ejercer algún control sobre ella. La teoría de la representación social se ocupa de explorar las creencias sociales más amplias sobre la salud y la enfermedad.

De esta manera se pueden observar las distintas perspectivas que se le da a la enfermedad y a la salud, para función de este proyecto se tomará en cuenta la mención de Marks (2008) respecto al enfoque biomédico tradicional el cual define la enfermedad en términos de síntomas físicos y patología física subyacente. También hay que mencionar que la enfermedad no sólo es física sino también psicológica. La salud se definiría como ausencia de dichos síntomas y patología.

### **Surgimiento de la Psicología de la Salud**

En los países en donde la Psicología se desarrolla, el origen de la Psicología de la Salud se puede rastrear a finales de la década de los setenta. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la medicina conductual y el biofeedback, que en esos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge. Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sherman fueron algunos de los asesores de los países que se iniciaron en el campo.

Asimismo los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónicas-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual.

En algunos países, la psicología de la salud inicia en las universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de los programas de formación de especialistas.

De esta manera la psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistemática e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas. Se reafirma la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien, para generar la enfermedad (Rodríguez, 1998).

La Asociación Psicológica Americana crea en 1978, la *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de esta nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Al año siguiente de su creación, publicó el primer manual: *Health Psychology. A Handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979).

### **Definición de Psicología de la Salud**

La psicología de la salud es un área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitario. Este campo de la psicología se nutre, por tanto, de aportes de muchas disciplinas, de hecho la mayor parte de los psicólogos de la salud trabajan en equipos multidisciplinarios, con médicos, demógrafos, antropólogos, enfermeros y expertos en política social (Oblitas, 2004).

En 1982, Joseph Matarazzo propuso una definición: La psicología de la salud es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad.

Esta definición ha sido adoptada por la American Psychological Association (APA) la British Psychology Society y otras organizaciones. Funciona como la definición de los psicólogos de la salud. En los últimos años, el contexto social de la salud ha recibido más reconocimiento y los psicólogos

de la salud han trabajado cada vez más con familias, lugares, por organizaciones y comunidades. El amplio rango de la psicología de la salud se está expandiendo aún más (Marks, 2008).

La psicología de la salud se ocupa de la aplicación del conocimiento y técnicas psicológicas a la salud. Su objetivo principal es entender y ayudar a mejorar el bienestar de los individuos y las comunidades (León, 2004).

De acuerdo a León, Stone la define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud, pudiéndose agrupar en torno a tres grandes núcleos las actividades de los psicólogos en este ámbito: nivel de la intervención, que cubre el amplio espectro que va desde la investigación básica en salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.

Objetivo de dichas intervenciones, que pueden centrarse 1) en el individuo concreto (paciente usuario de los servicios de salud), 2) en los sujetos relacionados con él, 3) en las personas que trabajan en el sistema de salud, 4) en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud o 5) en la totalidad del sistema de salud. Entendiendo éste como la parte del sistema social que afecta a la consecución de los valores de salud y que está compuesto por todos aquellos elementos del ambiente y del sistema social que afecta a la capacidad del individuo para vivir de forma productiva y creativa y para derivar satisfacción del mundo. En términos amplios, el sistema de salud puede ser subdividido en los siguientes elementos:

- Riesgos ambientales, sociales y mentales para la salud.
- Acciones y entidades que afectan a: la existencia y distribución de tales riesgos y de los apoyos para hacerles frente; la exposición de los individuos a los mencionados factores de riesgo para la salud y la restauración de la salud o la eliminación de los problemas de salud.

Asimismo el tipo de intervenciones desarrolladas, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biofeedback, pasando por la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta la realización de campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de población.

Éstas y muchas definiciones de idénticas características que podrían citarse reflejan el interés por sistematizar bajo una misma denominación todas las aportaciones de la Psicología al área de la salud y, en este sentido, han cubierto un objetivo histórico que era en la práctica una exigencia desde que el APA Task Force on Health Research sentenciase, en 1976, que las aportaciones de la psicología al campo de la salud se caracterizaban por su pobreza y por no haber reconocido antes que las predisposiciones de los individuos a la enfermedad no están relacionadas sólo con sus experiencias más tempranas, sino también con sus condiciones de vida, en concreto, con su estatus social y económico. Insinuándose, de este modo, la hipótesis de que había sido la psicología clínica, por su actitud acomodaticia y nada crítica al modelo biomédico, la responsable de que la Psicología no hubiera tomado antes conciencia de la importancia de las variables psicosociales como determinantes de la salud. Y por ello por una razón fácilmente contrastable a lo largo de su devenir, la psicología clínica se ha asentado de forma muy preferente sobre un modelo de hombre hedonista-mecanicista-individualista que ha podido prescindir nada menos que de la realidad exterior al individuo.

Conforme a León (2004) la psicología de la salud se entiende como la integración y no la mera suma de contribuciones que, aún ocupándose de aspectos distintos del comportamiento, comparten idénticas dimensiones del concepto salud. Entre ellas:

- Poner de manifiesto que la salud es un asunto social; es decir, depende de factores socioculturales y no es algo que cada persona pueda alcanzar al margen de su contexto social.

- Resaltar que la salud tiene una función social (cubre unas necesidades sociales) y supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de esas funciones (las instituciones sociales), es decir, se concibe el sistema sanitario como la infraestructura de los recursos que hace posible la política sanitaria. Ésta, al amparo de la filosofía del programa *Salud para todos*, se caracteriza por ser algo más que la mera provisión de servicios médicos y orientarse a la promoción de la salud.
- Señalar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades. La salud como recurso que posibilita un estilo de vida facilitador: del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, del desarrollo de su capacidad funcional y de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.

Por lo tanto, entender que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas, culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y la colectividad.

### **Psicología de la Salud, Psicología Médica y Medicina Psicosomática**

León (2004) menciona que el modelo biomédico plantea que la mente y el cuerpo tienen funciones independientes, siendo la mente incapaz de actuar sobre la materia física. Según esto, la enfermedad entendida en términos biológicos puede tener consecuencias psicológicas pero lo psicológico no puede derivar en un problema de salud física. Se establecía de este modo una distinción entre salud mental y salud física, siendo ésta última competencia exclusiva de la medicina. El papel de la psicología quedaba relegado al estudio de las secuelas psicológicas, algunas enfermedades o intervenciones médicas, la denominada Psicología Médica.

Este mismo autor plantea que las únicas enfermedades biológicas, entre comillas, que podían ser objeto de análisis psicológico eran las alteraciones

funcionales de tipo esencial; es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados por lesiones de los tejidos. En estos casos, era aceptable el análisis de la enfermedad en términos psicológicos o psicosomáticos.

Consecuentemente la Medicina Psicosomática, al sugerir que las lesiones viscerales, orgánicas o funcionales podían ser provocadas de forma total o parcial por factores psicoafectivos, representó una primera ruptura con el dualismo mente-cuerpo del modelo biomédico y, en este sentido, puede ser considerada una precursora de la actual Medicina del comportamiento, con la que no comparte ni supuestos teóricos, ni metodológicos (León, 2004).

Estas diferencias entre la Psicología de la Salud, Psicología Médica y Medicina Psicosomática, dejan en claro y amplían aún más el panorama, para entender lo que es la enfermedad y la salud desde el punto de vista de cada una de estas disciplinas.

### **Implicaciones para la concepción de la salud y la organización de los sistemas de salud.**

Desde este marco conceptual la salud es definida como ausencia de enfermedades o aflicción del cuerpo, y por consiguiente, las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. Diagnóstico y tratamiento que se orientan sólo a los aspectos físicos o biológicos, descuidando los aspectos psicosociales que de forma inevitable concurren en cualquier problema de salud.

Por lo tanto, la enfermedad y la asistencia sanitaria, entendida ésta última desde el punto de vista de la provisión de servicios para el cuidado y curación del paciente, son los ejes centrales de este paradigma, cuyo amparo se han desarrollado los actuales sistemas de atención sanitaria (León, 2004).

La salud es un asunto de vital importancia para todos. En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, pasándose a considerarla

como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar (Oblitas, 2004).

### **Actividades de los psicólogos de la salud**

Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación (Weiss, 1982 citado en Oblitas, 2004).

En primer término se encuentra la faceta de investigación que es la actividad preponderante entre los psicólogos de la salud. La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Una línea de investigación importante dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés (Labrador, 1992; Labrador y Crespo, 1995) y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud (Wallston, 1983; Wilcox, Kals y Berkman, 1994, citado en Oblitas, 2004).

De la misma manera los psicólogos de la salud también han utilizado una gama amplia de técnicas (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, bioretroalimentación, etcétera) para tratar con numerosos y variados trastornos, que van desde la obesidad a enfermedades cardiovasculares (Prokop y Bradley, 1981, citado en Oblitas, 2004).

Lo que sí está claro es que los psicólogos de la salud deben ser ampliamente entrenados en psicología junto con amplios conocimientos de las ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de los síntomas clínicos, patológicos y los fundamentos biológicos que estudian o tratan dichos profesionales. También el conocimiento de la salud pública y el sistema de

cuidado de la salud es un requisito para investigar en prevención. Estos elementos interdisciplinarios son constituyentes importantes del cuerpo de la teoría y del conocimiento de la psicología de la salud (Krantz, Grunberg y Baum, 1985, citado en Oblitas, 2004).

De acuerdo a lo anterior nos podemos dar cuenta de que la salud corre a cargo de distintas áreas profesionales, no solamente, por ejemplo de los médicos, sino también de especialistas como los psicólogos, que se encargan de la salud mental teniendo en cuenta tres puntos principales para llevarlo a cabo, que son investigación, aplicaciones y formación, y que contribuyen en gran medida al tratamiento de distintas enfermedades o padecimientos. Por eso es de gran importancia poder contar dentro de las instituciones con un personal que se dedique a atender la salud de los trabajadores y que entre las características principales, es que debe ser un personal multidisciplinario.

### **Importancia de la formación de los psicólogos**

La psicología del presente de acuerdo a Oblitas (2004) se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

Asimismo el entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobre llevar enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes, SIDA, son prioridades en salud que los psicólogos deben enfrentar en la actualidad. La forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad; qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; cómo aprender a adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de vida; cómo afrontar el envejecimiento biológico, etc., son temas propios de la psicología de la salud.

Se coincide con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000 citado en Oblitas, 2004) que la psicología de la salud es el campo de mayor futuro dentro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y aún más importante, profesional.

De acuerdo con lo mencionado, a continuación se presentan los lineamientos que caracterizarían el desarrollo y las aplicaciones de la psicología de la salud en el futuro:

- Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, con previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.
- Gran desarrollo de programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados.
- Necesidad de diferenciar el concepto de psicología de la salud de otros relacionados estrechamente con ésta, como el de medicina comportamental.
- Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial.
- Construcción de modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria (integrando conocimientos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales) considerando el contexto cultural y sanitario en el cual se da la enfermedad.
- Aplicación de procedimientos eficaces, de bajo costo.
- Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procedimientos de intervención.
- Desarrollo de la psiconeuroinmunología.
- Utilización de medios de comunicación masiva.
- El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos.
- Utilización saludable del tiempo libre.

- Contribuir a crear conciencia en la población acerca de la importancia de nuestros comportamientos para determinar procesos saludables o de enfermedad.
- Promover que agentes de gobierno, políticos, personal sanitario, docentes, periodistas, representantes de agrupaciones no gubernamentales, etc., actúen como modelos de conductas saludables.
- Incremento de la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA.
- El papel de la psicología de la salud será cada vez más importante en la planificación de acciones preventivas de salud, programas comunitarios, etc.
- Los conocimientos de la psicología de la salud deberán integrarse a otras áreas de conocimiento tales como sociología de la medicina, medicina preventiva, salud pública, antropología de la medicina, etc.
- Incremento de la investigación y las publicaciones en el campo de la psicología de la salud.
- Considerar que todo cambio a introducir en el campo de la salud debe tener en cuenta los valores sociales y significados del grupo social que afecte. Es decir, reconocer que la identificación de necesidades implica juicios de valor.
- Surgimiento de nuevos problemas éticos.
- La psicología de la salud ofrece la posibilidad de mejorar el estilo de vida de las personas así como la calidad de la atención hospitalaria y de los servicios públicos, reduciendo los costos de la salud (Moscoso y Oblitas, 1994, citado en Oblitas, 2004).

### **Líneas de investigación**

De acuerdo con Rodríguez (1998), la investigación en Psicología de la salud que se desarrolla en América Latina comprende todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y

comunitarias, así como una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos.

Algunos otros temas que también empiezan a cobrar auge son:

- La preparación y calificación de los recursos profesionales proveedores de servicios de salud incluyendo la formación de pre y posgrado de médicos, enfermeras y otros profesionales.
- La evaluación de la calidad de los servicios a través de la asesoría institucional y la satisfacción de los usuarios.
- La educación para la salud, y
- La salud ocupacional.

### **Escenarios**

Los psicólogos de la salud se ubican fundamentalmente en tres escenarios:

- Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación.
- Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación.
- Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos

Los psicólogos de la salud también se desempeñan en otros campos como empresas públicas y privadas realizando funciones asistenciales, de asesoría, investigación y capacitación en salud ocupacional (Rodríguez, 1998).

## **SALUD OCUPACIONAL**

### **¿Qué es el trabajo?**

El trabajo es, en esencia, la acción que el hombre realiza para dominar o transformar la naturaleza con el propósito de obtener satisfactores de sus necesidades, cada día más complejas y alejadas de aquellas necesidades primitivas de orden de vista trascendente.

Por otra parte, y siendo el hombre un ser social por naturaleza, el trabajo ha reflejado a través de la historia esa imagen sustancial, y bajo las más diversas formas y circunstancias ha puesto en contacto a los hombres para lograr sus fines (Ruíz, 1987).

### **El papel de la salud en el desarrollo y concepto de salud**

Ruíz (1987) menciona que la relación economía-salud fue simbolizada por el Dr. Horwitz mediante una representación esquemática, y según ésta existe un círculo vicioso cuyos polos son la enfermedad y la baja producción. La enfermedad origina energía humana de baja calidad, y ésta a su vez determina baja producción. La baja producción da lugar a salarios apenas suficientes para subsistir, registrándose en consecuencia nutrición deficiente, educación insuficiente y vivienda inadecuada. La siguiente consecuencia es más enfermedad, con lo que se cierra el círculo y comienza a formarse un espiral, ya que como consecuencia del agravamiento de este factor, la enfermedad produce inversiones cuantiosas en asistencia médica e inversiones reducidas en medicina preventiva y salud pública, produciéndose en consecuencia más enfermedad y más baja producción. El espiral se va cerrando y esta realidad explica por qué los países pobres tienden a hacerse cada día más pobres.

Así también la salud es un concepto relativo y guarda, frente a la enfermedad, la misma relación que existe entre la riqueza y la pobreza, la libertad y la esclavitud, la belleza y la fealdad. Smith y Evans anunciaron en 1944: “la prevención y la cura de la enfermedad caerán a su propio lugar como objetivos subsidiarios y no como primarios, y la medicina se convertirá en una actividad constructiva más bien que curativa o preventiva.

### **La dinámica de la salud**

De acuerdo a Ruíz (1987) aún cuando la definición de salud no lo indique expresamente, se inspira en una concepción eminentemente dinámica y positiva. La salud de acuerdo con la OMS, es la resultante de un proceso de

interacción continuo y permanente entre el ser humano y una serie de factores, algunos de los cuales provienen del propio individuo y otros del medio en que vive. Entre los primeros figuran su constitución física y psíquica, sus capacidades y limitaciones, edad, sexo, educación, etc.

Entre los del medio ambiente pueden enumerarse el hogar, la familia, el trabajo y el medio social, con todas sus variantes. Del resultado de esa interacción permanente, continua e inevitable, depende la salud del individuo. Si hay armonía, ajuste y equilibrio, habrá salud, y en la medida en que la armonía y el ajuste vayan deteriorándose, desde ese momento no habrá salud.

Por lo tanto, el equilibrio puede romperse de muy distintas maneras; asimismo los estímulos pueden ser de muy variada naturaleza: los que provienen del exterior constituirían los de orden físico, como el calor, el frío, la humedad, la electricidad, las radiaciones, etc.; de orden químico, como los tóxicos ingeridos, inhalados o absorbidos por la piel, bajo la forma de sólidos, líquidos, gases humos y vapores; los de orden biológico, como las bacterias, los virus y los parásitos; los de orden psicológico, como los derivados de las relaciones humanas en la familia, en el trabajo y en el ambiente social, etc.

Del mismo modo, las complejas funciones fisiológicas y psicológicas pueden originar estímulos que, partiendo del propio individuo, pueden comprometer el equilibrio que constituye su salud. Tal es el caso de los trastornos metabólicos, de los procesos degenerativos, las derivaciones funcionales de las glándulas endocrinas, los disfuncionamientos digestivos, los esfuerzos físicos y mentales, los conflictos emocionales, etc.

Tratando de expresar con énfasis el concepto dinámico de la salud, René Dubos la ha definido como una fuerza que capacita a los individuos para enfrentarse a las contingencias de la vida como un mínimo de sufrimiento y desajuste. Rubens Siqueiras describe la salud como la capacidad individual para disfrutar la vida en toda plenitud.

## La salud y el trabajo

De acuerdo a Ruíz (1987) la adaptación del ser humano con los elementos que componen su actividad laboral es requisito indispensable para conservar y mejorar su salud. Si esta adaptación es difícil o imposible, su salud, por ese sólo hecho, será precaria y desembocará en la enfermedad y en la incapacidad. Así queda configurado un campo específicamente definido dentro del área de la salud humana: el campo de la salud de la gente que trabaja, con características propias y específicas, o sea el campo de la salud ocupacional

Los objetivos de la salud ocupacional son:

- Asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa.
- Hacer posible la adaptación física y mental de los trabajadores y, en particular, su colocación en puestos de trabajo compatibles con sus aptitudes, vigilando que haya permanente adaptación.
- Promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

Así también este autor menciona que el primer objetivo se refiere a la prevención técnica de los riesgos profesionales y corresponde al radio de acción de la higiene y seguridad industrial. El segundo y el tercer objetivo están referidos especialmente al control de los factores humanos relacionados con la adaptación del trabajador a su ambiente laboral y a su ambiente total, y corresponden al radio de acción de la medicina del trabajo, de la psicología y de la sociología industrial, así como al de la ergonomía y al de la administración

Como hemos visto el trabajo es una actividad inherente a los seres humanos, y que va íntimamente relacionado con la salud, ya que el poseer una buena salud física y psicológica determinará su capacidad para poder desempeñarse adecuadamente en un ámbito laboral.

## **Campo de la salud ocupacional**

Ruíz (1987) menciona que la salud ocupacional no es solamente una cuestión médica, lo que es fácilmente entendible. Rebasa los linderos de la medicina, penetrando en la jurisdicción de otras disciplinas tanto humanísticas (psicología, antropología y sociología), como de disciplinas derivadas de las ciencias exactas (ingeniería en todas sus ramas, como la ingeniería de seguridad, ingeniería mecánica, ingeniería química, etc.) y todas las ciencias que tienen algo que ver con la tecnología. Penetra igualmente, como es fácil suponer, en el campo de administración de objetos y fundamentalmente como administración de personas.

Igualmente cada una de estas disciplinas ya contemplaba desde su origen el panorama del bienestar humano y hacía cuanto estaba a su alcance para lograrlo, pero sus recursos sólo les permitían obtener un resultado parcial, resolviendo solamente algunos de los problemas que afectaban el bienestar del trabajador. Y es que los problemas humanos del trabajo, aunque muy diversa índole a juzgar por sus manifestaciones, por sus afloramientos superficiales, tienen una raíz común que radica en el grado de adaptación o desadaptación del hombre que trabaja con múltiples y tan variados elementos que constituyen su ambiente laboral y su ambiente extralaboral, que son indisociables.

Así, estas disciplinas que buscaban por caminos diferentes el bienestar del trabajador, pueden unir sus esfuerzos mediante una adecuada coordinación para alcanzar los tres objetivos básicos de la salud ocupacional a los que ya se ha hecho referencia:

- Proteger a los trabajadores contra los riesgos inherentes a su labor y al ambiente en el que lo realizan.
- Hacer posible la asignación de los puestos de trabajo de acuerdo con las actitudes y las limitaciones de cada empleado y vigilar que su adaptación sea permanente.
- Promover y mantener el más elevado nivel de bienestar completo (físico, mental y social) de los trabajadores.

De igual manera este autor indica que las disciplinas científicas y técnicas que han desembocado en el campo de la salud ocupacional e integran la base de dicho campo son las siguientes:

- La Medicina del Trabajo
- La Seguridad Industrial
- La Psicología Industrial
- La Ergonomía
- La Administración

## **CAPÍTULO II**

### **ESTRÉS**

#### **Antecedentes históricos**

La palabra estrés hoy en día se utiliza en todo el mundo, muy poca gente lo hace en el mismo sentido. Así, sólo en el ámbito psicosocial, puede significar conceptos tan distintos como: ansiedad, esfuerzo, tensión emocional, sobrecarga, fatiga o frustración.

Por ejemplo, en biología, el término estrés fue introducido por Walter Cannon en 1911 para designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza, resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular (Mingote, 2003).

Cannon, en 1922, acuña el término homeostasis para denotar el mantenimiento del medio interno. En 1935 Definió también el concepto de estrés crítico o niveles críticos de estrés, (aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos) como el máximo nivel de estrés que un organismo puede neutralizar, iniciando así las bases para el estudio de los efectos patógenos del estrés (Gandará, 1998).

El término “estrés” fue incorporado al contexto de las ciencias de la salud por el médico Austriaco Hans Selye en el año de 1936 para hacer referencia a la suma de cambios generales y específicos que se producen en el organismo en respuesta a determinados estímulos externos. El significado de esta palabra proviene de la física y de la ingeniería, y se refiere a cualquier fuerza o tensión aplicada sobre una unidad que la lleva a su deformación o al rompimiento (Antoniuk, Saliba, Isper, Slaiba y Dossi, 2006; Gil y López, 2004; Mora, García, Toro y Zarco, 1997). H. Selye consideraba el estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Dicha reacción la dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista,

estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo (Oblitas, 2004).

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

Una definición más, mencionada por Gil y López es que el estrés no es algo puramente negativo, debido a que también posee un valor curativo; sin embargo su problema radica en la persistencia, ya que cuando se mantienen las condiciones de estrés, esto puede provocar una cronificación la cuál puede terminar siendo negativa para la salud.

Por tal motivo el estrés no siempre es malo por sí mismo, ni por cuenta propia, aunque éste se suele ubicar en un contexto negativo también tiene un valor positivo que significa una oportunidad cuando representa una posible ganancia, de hecho Díaz, Lartigue y Acosta (2001) mencionan que es importante que exista una cantidad adecuada de estrés para realizar eficazmente las actividades cotidianas.

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

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

## **Estrés, ansiedad y miedo.**

Todos oímos y utilizamos la palabra estrés y otros términos relacionados, como miedo, ansiedad, angustia, fatiga o depresión, pero es difícil, incluso para los científicos e investigadores, delimitar claramente de qué estamos hablando y cuál es el significado, el alcance y las consecuencias de estos conceptos.

Así, los términos de estrés, ansiedad y miedo se entremezclan en el lenguaje cotidiano e incluso en el lenguaje científico, de forma que su definición es difícil. Son conceptos polisémicos, que describen situaciones y estados psicológicos y psicobiológicos diferentes pero relacionados entre sí.

Por ejemplo, el miedo es un concepto central en el estrés y en la ansiedad, pero se reserva para nombrar una sensación de temor o aprensión anticipatorio, activación generalizada de todo el organismo, que aparece ante una situación o ante un estímulo externo real y objetivo, que puede ser identificado de forma precisa (la persona sabe que tiene miedo a algo). Se trata de una reacción emocional, en principio normal, que protege a la persona de los acontecimientos amenazantes y potencialmente dañinos a los que se ve expuesta a lo largo de su vida.

Igualmente el término ansiedad, en general, se refiere a un estado de activación o agitación exagerada que aparece en el individuo como reacción ante acontecimientos del propio individuo. La ansiedad es un tipo de miedo irracional, no justificado (Martínez, 2004).

La ansiedad normal sirve como estímulo energizante eficaz para mejorar la realización de cualquier tarea. A medida que aumenta la ansiedad, se estabiliza el resultado obtenido, y si la ansiedad continua aumentando se produce una disminución del rendimiento funcional. El *distrés* o tensión emocional sana, sirve para conseguir una mejor adaptación al medio, y se caracteriza por el predominio de la capacidad exploratoria y creativa así como por la búsqueda activa y transformadora de la realidad, en oposición a la renuncia de información y a la conducta de escape que acompañan al *distrés*.

La tensión emocional saludable se experimenta a nivel subjetivo como vivencias de satisfacción y desarrollo personal, y propicia rendimientos creativos útiles que mejoran la calidad de vida y el bienestar social. El estrés patológico propicia insatisfacción y deterioro psicosocial (Mingote, 2003).

Es importante poder definir y dejar claro cada uno de los conceptos que tienden a tomarse como sinónimos de estrés, cuando en realidad no lo son, como es el caso del miedo y la ansiedad. La definición específica de estrés ayuda a determinar e identificar cuando se presenta este padecimiento en las personas.

### **Definición de estrés**

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

Mason (citado en Gil y López, 2004) enfatizó una visión del concepto de estrés que se apoyaba en considerarlo como una respuesta específica (en contra de la idea de respuesta generalizada) y que comprendía a la reacción emocional como una de las respuestas clave en el estrés, de esta forma desde su punto de vista, el estrés se debía considerar como un ejemplo de agente patógeno capaz de afectar a la salud dependiendo del individuo.

De acuerdo con Gil y López (2004) refieren que la visión de estrés proporcionada por Lazarus y Folkman (dadas en 1966 y en 1984 respectivamente), puede ser considerada como un intento para adecuar el concepto de estrés a términos psicológicos, sin embargo éstos desvían el foco de atención de la emoción a la cognición. Ellos formularon el concepto de estrés como un proceso o experiencia psicológica, en el cual el afrontamiento tiene un significado muy especial, ya que para ellos lo psicológico es un filtro

que deja que algo sea o no estresante y que pueda afectar a la salud, sin dejar de lado lo biológico.

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

Por lo tanto, el estrés es la condición en la que un acontecimiento, o una serie de experiencias en la vida de un individuo, pueden acarrearle consecuencias negativas, fisiológicas y psicológicas, específicas y duraderas. Los cambios fisiológicos, si persisten en el tiempo porque la situación amenazante se prolonga o porque es muy intensa, provoca un trastorno en el equilibrio del organismo que éste intenta recuperar en un esfuerzo de adaptación, cambiando su conducta y poniendo en juego la actividad de múltiples sistemas biológicos para evitar consecuencias nocivas. Si el equilibrio no se restablece, la condición de estrés se vuelve crónica y el organismo puede enfermar e incluso morir (Martínez, 2004).

De acuerdo con este mismo autor el concepto de estrés incluye distintos elementos por una parte, la aparición de una estimulación perturbadora, también llamada agente estresante o “estresor”, que puede trastornar de forma permanente el comportamiento del individuo. Por otra, y como respuesta a esta estimulación, se produce un desequilibrio interno que intenta ser una adaptación al agente estresante. El aspecto más negativo del estrés es la dificultad en volver a la situación anterior o en recuperar el equilibrio interno.

El proceso que lleva al estrés se puede resumir en los pasos siguientes:

- Situación amenazante o nociva muy intensa o que persiste en el tiempo.
- Reacción del organismo que intenta recuperar el equilibrio anterior.
- Recuperación del equilibrio o persistencia del trastorno que lleva a la enfermedad psicológica o física (psicosomática).

## **El estrés como estímulo y respuesta.**

El estrés como estímulo se ha definido como una exigencia, una demanda o una tensión que el medio ambiente impone a un organismo, en el que puede provocar efectos nocivos. El resultado es que el individuo se encuentra frente a una situación amenazante y nociva ante la cual utiliza sus recursos adaptativos, psicológicos y fisiológicos, con el fin de mantener su estabilidad y su equilibrio interno para evitar un deterioro de su salud física y mental (Martínez, 2004).

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

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

La respuesta al estrés no es una reacción automática, simple o pasiva. Existe una interacción entre el organismo y el medio que depende de numerosos factores que la modulan como son las diferencias individuales, el apoyo social y el conocimiento que tiene el individuo sobre el agente estresante.

Es decir, ante una situación estresante, el individuo intenta conseguir más información sobre el estresor para reducir la incertidumbre y afrontarlo

mejor. Realizar conductas para intentar evitar la situación, prepararse para ella, controlarla, reducirla o adaptarse (Martínez, 2004).

### **Fuentes de Estrés**

Sarafino en 1990 y Brannon y Feist en 1992 (citados en Gil y López, 2004), clasificaron las fuentes de estrés de acuerdo al contexto en el que se producía. Sarafino distinguió entre fuentes de estrés propias de la persona (como enfermedades), de la familia como contexto inmediato (como los conflictos en las relaciones), y fuentes de estrés procedentes de la comunidad y la organización social (como el estrés laboral). Brannon y Feist 1992, (citados en Gil y López, 2004) distinguieron entre fuentes personales y ambientales de estrés. Para ellos el aislamiento social, el paro, el estrés laboral, la vida familiar, las relaciones de pareja y el desempeño de los roles sociales son las principales fuentes personales de estrés, y la aglomeración y contaminación ambiental son las dos principales fuentes de estrés ambiental.

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

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

De acuerdo a Martínez 2004, las fuentes de estrés pueden ser:

- Las condiciones físicas del trabajo, como la temperatura, la pureza del aire, el espacio físico, la luminosidad, el ruido o las derivadas del mobiliario o de las máquinas o instrumentos de trabajo.
- Características temporales del trabajo, como duración, su distribución a lo largo del día, el trabajo nocturno o el trabajo por turnos.
- Las derivadas de la demanda o carga de trabajo y su distribución en el tiempo, incluyendo la rutina, repetición o aburrimiento
- El nivel ocupacional, que abarca factores variados tales como la naturaleza de las tareas a realizar, los roles que se desempeñan en el trabajo y su ajuste a las capacidades del trabajador. Se incluye el desarrollo de la carrera profesional.
- Las relaciones sociales en el trabajo y el ajuste de la persona a un ambiente laboral. También se consideran en este apartado las interacciones entre la vida personal y familiar, por un lado y la vida laboral por otro.
- La estructura de la organización y su clima laboral.

### **Estresores Físicos y Sociales**

Los estresores, o agentes causantes de estrés, pueden ser físicos o psicológicos. Ejemplos de estresores físicos son el ruido intenso, las temperaturas extremas, la polución atmosférica, las barreras arquitectónicas o los cambios bruscos en el medio. A veces la ausencia de cambios también puede ser estresante, ya que existe el estrés por aburrimiento, dado que las personas toleramos muy mal el vivir o trabajar en condiciones monótonas durante prolongados periodos de tiempo. Se incluyen dentro de los estresores físicos los biológicos o aquellos derivados de condiciones del organismo como las enfermedades, intervenciones quirúrgicas, envejecimiento u otras limitaciones de sus capacidades.

Los estresores psicológicos se denominan también sociales y son los que nos encontramos habitualmente en la vida diaria. Ejemplos de estos estresores sociales son el atravesar situaciones comprometidas ante los demás, los conflictos interpersonales, los agobios económicos, las presentaciones en público o los exámenes, ya sean académicos o de otro tipo. La valoración positiva o negativa que realiza el individuo de estas situaciones sociales es muy importante. Aunque todas ellas suscitan en mayor o menor medida reacciones de miedo o ansiedad lo que concierne en estresantes es que:

- Poseen carácter reiterativo o crónico, ya que estos acontecimientos perduran o sus efectos se extienden a lo largo del tiempo.
- El organismo no se adapta a ellas y no puede recuperar el equilibrio anterior.

Hay también estresores mixtos, físicos y sociales, como por ejemplo: la fatiga, la privación de sueño, la monotonía o el hacinamiento (Martínez, 2004).

### **El Estrés del Mundo Laboral**

El ámbito laboral determina la exposición del empleado a ciertos estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual de estrés, bien sea adaptativa (aprendizaje y satisfacción) o desadaptativa (desgaste e insatisfacción). Se han descrito varias características que influyen en la salud del trabajador, como son el tamaño de la empresa, el nivel jerárquico que se ocupa, la responsabilidad que se tiene, la estabilidad en el empleo, las disfunciones de rol (sobrecarga, ambigüedad, conflictos) y la falta de participación en la toma de decisiones y en el control organizativo.

El estrés puede manifestarse por tres tipos de síntomas:

- Psicológicos, como ansiedad, hostilidad y depresión.
- Síntomas físicos, como cefaleas, úlcera gástrica o hipertensión.

- Síntomas conductuales, como absentismo, siniestrabilidad y baja productividad

De esta manera y desde la perspectiva organizacional los estresores ocupacionales más estudiados han sido el conflicto y la ambigüedad de rol y la sobrecarga de trabajo. También se ha estudiado la insuficiencia de recursos disponibles, la responsabilidad sobre terceros, la escasa participación en la toma de decisiones y la influencia del clima laboral o del soporte social en el trabajo

Otros reconocidos agentes estresantes por los profesionales sanitarios con las expectativas inadecuadas de los pacientes y de los propios sanitarios, las constantes interrupciones del trabajo, la carga de trabajo administrativo y la interferencia del trabajo con la vida familiar.

De este modo, por conflicto de trabajo se entiende la presencia de demandas opuestas e incompatibles en la realización de una tarea laboral. En el cuidado de enfermos de este conflicto puede manifestarse el tener que optar entre los principios éticos aprendidos durante el periodo de formación, la limitación de los recursos asistenciales disponibles y las restricciones económicas que condicionan la toma de decisiones en la práctica clínica habitual.

Por lo tanto, por ambigüedad de trabajo se entiende la incertidumbre acerca de las exigencias propias de las tareas, la forma en que debe ser llevada a cabo y las expectativas sobre resultados deseables. En la práctica clínica destacan el estrés, la incertidumbre diagnóstica y terapéutica, la ambigüedad entre el papel de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Mientras que por sobrecarga de trabajo se entiende el exceso de trabajo, el trabajo difícil de ejecutar por la urgencia o presión del tiempo. En todos estos casos las demandas de trabajo superan los recursos para poder dar una respuesta eficaz a las mismas, es decir, para poder ejercer control sobre las tareas que cada persona ha de realizar. Con frecuencia los

profesionales sanitarios se enfrentan a pacientes en situaciones de riesgo vital, frente a los que se sienten incapaces, inseguros y frustrados (Mingote, 2003).

### **Fuentes de Estrés Laboral**

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

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

- El contenido del trabajo
- Ritmo de la máquina
- Infrautilización de las capacidades
- Sobreutilización de las capacidades
- Sobrecarga cuantitativa
- Baja participación en las decisiones laborales
- Presión horaria
- Monotonía

### **Estrés Laboral en Enfermería**

La enfermería por sus características específicas, es una profesión cuyos componentes corren altísimo riesgo de padecer estrés laboral (Pla Femenía, 1999). Dadas las características del trabajo y el entorno en el que lo desarrolla, se ha observado que el profesional de enfermería es uno de los trabajadores que corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés (Pamplona, 1999). La razón fundamental es que estos

profesionales sanitarios, en gran proporción, realizan su trabajo administrando cuidados directos a personas con sufrimiento físico y psicológico y sobre todo los que trabajan cuidando a enfermos críticos y terminales (Pla Femenía, 1999, citado en Rodríguez, 1996). Es por ello que se encuentra con frecuencia al personal de enfermería con pérdida de motivación, descenso del rendimiento, deterioro de la calidad del trato ofrecido, junto al desarrollo de sensaciones de cansancio emocional, inadecuación y fracaso personal y profesional, todos ellos síntomas de estrés laboral crónico (Manzano, 1999).

Son tantos los estresores diarios que sufre la enfermería, todos ellos inherentes al desarrollo de su actividad, que no sólo es una de las profesiones con mayor estrés laboral, sino la profesión con mayor índice de deserción y abandono profesional (Rodríguez, 1996, citado en Cuevas, 1998).

Según los estudios realizados existen diferentes grados de estrés laboral entre las enfermeras en función del puesto, lugar y tipo de trabajo que desarrollan en los distintos niveles asistenciales. Las presiones de trabajo van a ser diferentes según la especialidad, la organización de la actividad, el tiempo de experiencia, o el tipo de contrato laboral, por citar sólo algunos de los factores intervinientes en el desarrollo del estrés (Mingote, 2003).

Las conclusiones de los análisis realizados indican que el estrés de la enfermería de atención especializada (hospitalaria) es más alto que en la enfermería de atención primaria. El profesional de enfermería que desarrolla su actividad en un hospital sufre mayor agotamiento emocional, más despersonalización y se siente menos realizado que sus colegas de atención primaria (Arteaga, 1997).

La falta de autonomía en el trabajo, la sobrecarga laboral, la turnicidad, los conflictos y la ambigüedad de rol son los factores fundamentales que influyen en la aparición de estrés laboral en la enfermera, factores que están más acentuados en la atención hospitalaria. Es importante destacar que en atención primaria el personal de enfermería está más satisfecho con su trabajo (Mingote, 2003).

La relación entre satisfacción profesional y estrés laboral ha sido también comprobada por Pérez García (1994) en un estudio realizado entre enfermeras expertas en estomaterapia (cuidados especializados de enfermería a la persona ostomizada, la persona ostomizada es aquella que es sometida a una intervención quirúrgica del intestino y/o vejiga), las cuales sentían una mayor autonomía, posibilidad de desarrollar sus capacidades, mayor autoestima, ausencia de turnicidad y un rol profesional claro y definido. Las enfermeras expertas en estomaterapia que compaginaban el cuidado al ostomizado con otro tipo de enfermos quirúrgicos sentían menor satisfacción laboral y en consecuencia mayor percepción subjetiva de estrés, más agotamiento emocional y mayor despersonalización, pero siempre con índices menores que la enfermera de una unidad de hospitalización quirúrgica (Pérez, 1994).

Fornes, Ponce y Sitjar (2001) en una de las conclusiones de su estudio “ansiedad y estrés en enfermería”, afirma que el encontrarse a gusto en su puesto de trabajo protege del estrés.

En función del tipo de enfermos atendidos y del tipo de actividades asistenciales que realizan, también existen diferentes niveles de estrés laboral, así García Sánchez (1999) afirma en su estudio que existe mayor despersonalización entre las enfermeras de unidades infantiles que entre las enfermeras de adultos. Entre las conclusiones del trabajo de Rodríguez (1996) observamos que los profesionales que realizan cuidados directos y continuados en unidades de hospitalización padecen mayores niveles de estrés que el personal de enfermería de los servicios centrales. En su estudio encontró que el 80% de los encuestados estaban dispuestos a cambiar de trabajo por otro más satisfactorio. Y por último, afirma que son los supervisores (puesto de responsabilidad de las unidades de enfermería) los que presentan más sintomatología de estrés (Rodríguez, 1996).

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

## Medición del Estrés

Para medir el estrés no existe ningún parámetro simple que refleje, de forma fiable, el grado de estrés individual, y es necesario recurrir a un conjunto de pruebas que registren los distintos índices individuales de respuestas (Mingote, 2003).

Se ha estudiado la magnitud de la respuesta de estrés a través de varios indicadores médicos, como son, la incidencia de enfermedades psicosomáticas, la presencia de molestias somáticas, el uso de los servicios médicos o los niveles de patrón de conducta tipo A. Se utilizan varios marcadores biológicos de estrés, como el nivel de catecolaminas en sangre y en orina, el cortisol plasmático, etc. Estos indicadores bioquímicos se asocian de forma estadísticamente significativa con la intensidad subjetiva del estrés percibido. Por ello se han utilizado diversas escalas psicométricas, cuya ventaja principal es la estandarización que ofrecen en la evaluación de los resultados. Así, por ejemplo, se puede utilizar el “índice de reactividad al estrés” de González de Rivera (1989), que consiste en una escala autoaplicada que mide síntomas y conductas relacionadas con el estrés en general. (González de Rivera, 1991).

El **Índice de Reactividad al Estrés (IRE)** de González Rivera permite la cuantificación válida y fiable de la respuesta individual de estrés como variable de rasgo bastante estable a lo largo del tiempo. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 32 reacciones típicas al estrés puntuable cada una con un punto. El autor considera que la puntuación de corte es 9, de tal modo que una puntuación superior indicaría un probable trastorno de estrés (Mingote, 2003).

El estrés laboral puede valorarse por el **Cuestionario Revicki, May Whitley** (1991), que consta de 18 ítems en la versión definitiva, y que fue diseñado para medir las percepciones de estrés (distrés) en el profesional sanitario. Su desarrollo, fiabilidad y validez se realizó con un total de 1,830 profesionales sanitarios norteamericanos: médicos, médicos residentes y enfermeras. Se incluyeron ítems que representaban dieciocho frases que

reflejan síntomas indicativos de estrés ocupacional, no específicos para ningún grupo particular, lo que asegura la generabilidad de los resultados en los diferentes grupos sanitarios. Se usó una escala de respuestas de cuatro puntos que se distribuye desde no es aplicable a mí, hasta se aplica a mí totalmente.

Revicki y May han validado la siguiente escala autoaplicada para medir el estrés subjetivo de los médicos, que perfectamente creemos que se puede aplicar a enfermería. Es un cuestionario de 18 ítems de fácil complementación, se diseñó para medir el estrés percibido en el ámbito sanitario. La puntuación del cuestionario se obtiene invirtiendo los valores de 6 ítems, y sumando luego los de todos los ítems, puntuaciones directas e inversas. La puntuación es superior a 44 (Reviki 1991).

**El Cuestionario de Burnout de Maslach** de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Ha sido adaptado a la población española por Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) y está incluido el apéndice para que pueda ser utilizado por el lector. Se trata de un inventario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. Las subescalas de agotamiento emocional constan de nueve ítems midiendo el cansancio emocional, la subescala de despersonalización está formada por cinco ítems y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de ocho ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

### **CAPÍTULO III**

## **SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL**

### **Características generales (antecedentes históricos)**

Este término de Burnout fue utilizado por primera vez por Fredemberguer en 1974 para referirse a los problemas de los servicios sociales (Gándara 1998).

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberger, psiquiatra que junto a otros asistentes voluntarios trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que hacia el año de empezar a trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación para el trabajo. Freudenberger describió cómo estas personas iban modificando progresivamente su conducta y se volvían insensibles, incomprensivas e incluso agresivas con los pacientes (Mingote, 2003).

La traducción literal al castellano de significa estar quemado, pero fue C. Maslach quien dio a conocer esta palabra de forma pública en 1977 dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Usó esta expresión a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos, consiste en el hecho de que después de meses o años de trabajo y dedicación acababan quemándose o agotándose. Desde hace más de 20 años, en Psicología, Psiquiatría y Medicina en general, se viene utilizando el término Burnout para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da, específicamente, en aquellas profesiones que mantienen un contacto constante y directo con las personas que son beneficiarios del propio trabajo, en concreto, personal sanitario, docente, fuerzas de orden público, servicios sociales, etc. y en las que la relación es de ayuda o servicio (Gándara 1998).

El Burnout es un problema psicosocial importante ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de los trabajadores repercute sobre la organización en la que labora. Y debido a que éste se desarrolla en los profesionales que trabajan directamente con personas (como los odontólogos,

maestros, etc.), el deterioro de su calidad de vida laboral repercute en sus clientes o pacientes y sobre la sociedad en general (Gil-Monte y Peiro, 2000). El Burnout surge por la interacción psicosocial de la persona con su entorno, debido a que el trabajador invierte demasiado esfuerzo (intenso o duradero) en relación a los resultados que percibe (Manassero, 2000).

### **Definición del Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional**

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

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

Maslach y Pines en el año de 1977 (citados en Gil-Monte, 2005) definieron al síndrome de Burnout como “un síndrome de agotamiento físico, emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparecen en los profesionales de las organizaciones de servicio” (p.45). En el mismo año, Gil-Monte y Peiró (citados en Ortega y López, 2004) lo definieron como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos

negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Mencionan que esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita a ellas” (p. 139).

Después de revisar diversas definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 Perlman y Hartman (citados en Uribe, 2008) concluyeron que el Burnout era una respuesta al estrés emocional crónico con tres dimensiones: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización.

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

Cabe mencionar que dentro de la literatura especializada, el síndrome de Burnout se puede encontrar con una gran variedad de términos, lo cual según Gil-Monte (2005) ha generado un gran desconcierto en el campo de la investigación, debido a que ha dificultado entender que es el Burnout y, en qué se diferencia de otras patologías afines o con nombres semejantes. Sin embargo Ortega y López (2004) mencionan que los términos: síndrome de quemazón, desgaste profesional, desgaste ocupacional y desgaste psíquico son términos equivalentes, mientras que: depresión, estrés e insatisfacción laboral son muy diferentes.

En cuanto a la diferencia entre depresión y Burnout, Guerrero y Vicente en el año 2001 (citados en Ortega y López, 2004) mencionaron que la depresión agrupa a un conjunto de síntomas de un estado de ánimo bajo generalizado en la persona, mientras que el Burnout es temporal y delimitado al

campo laboral. Respecto a la diferencia entre estrés y Burnout, Gil-Monte (2005) y Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili (2000) mencionan que el Burnout surge como una respuesta al estrés laboral crónico, ya que se desarrolla cuando fallan las estrategias de afrontamiento que los individuos utilizan para manejar las situaciones de estrés. Y en cuanto a la insatisfacción laboral y el Burnout Gil-Monte 2001, (citado en Ortega y López, 2004), menciona que aunque son experiencias psicológicas internas y negativas, el Burnout incluye cambios de conducta hacia las personas a las que se les ofrece el servicio, cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y un agotamiento al realizar el trabajo.

En la década de los setenta apareció por primera vez dentro de la literatura científica la distinción entre estrés laboral y Burnout, cuando Freudenberger en 1974 (citado en Uribe, 2008) escribió una serie de síntomas y comportamientos experimentados por profesionales de servicios de la salud, a los cuales denominó síndrome de Burnout. En la actualidad dentro de diversas investigaciones se ha encontrado que no sólo en aquellos oficios de servicios pueden desarrollar el síndrome de Burnout; sino que de igual forma cualquier profesional o trabajador el cual tenga una gran vocación, que se entregue a su profesión, que tenga niveles altos de idealismo profesional y que desarrolle su trabajo centrado en el trato hacia los demás, puede desarrollar este síndrome (Gil-Monte, 2005).

Por lo tanto, el Burnout surge como una respuesta al estrés laboral crónico, es decir al estrés constante o reiterativo. El Burnout tiene características particulares, lo cual lo hacen identificable cuando ciertos rasgos aparecen, una de las particularidades, es que este síndrome es exclusivo de los trabajadores, sujetos expuestos a un ambiente laboral.

### **Dimensiones del Burnout**

Al seguir a Maslach y Jackson 1981 y 1982, (citados en Uribe, 2008) y a Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), el Burnout se puede definir principalmente en las tres dimensiones siguientes:

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

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

*Falta de realización personal (insatisfacción):* son un conjunto de respuestas negativas hacia sí mismo y al trabajo. Se caracteriza por una dolorosa desilusión del sentido de la vida y de los logros profesionales, la cuál presenta sentimientos de fracaso, incompetencia y baja autoestima. Es aquella tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, esta evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden (Durán, Extremera, Montalbán y Rey, 2005; Ortega y López, 2004; citado en Uribe, 2008).

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

## Modelos de Burnout

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

### Modelo tridimensional de Maslach y Leiter (1988)

En este modelo el Burnout se concibe como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. Este modelo tiene tres componentes: la experiencia de estrés (aspecto emocional), la evaluación de los demás (aspecto actitudinal) y la evaluación de uno mismo (aspecto cognitivo), y explica que el síndrome está formado por el cansancio emocional (el cual es el componente del estrés e implica una incapacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo), la despersonalización (componente asociado a la evaluación de los otros, en el que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes, alumnos o pacientes) y una baja realización personal (componente relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). La secuencia de este modelo (ver Figura 1) inicia con el cansancio emocional, el cual se produce por el desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales que se tienen, posteriormente pasa a la despersonalización, el cual es una salida a la situación creada y termina con la falta de realización personal, la cual se desarrolla debido a la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo (Gil-Monte, 2005; Leiter y Maslach, 1988; Moriana y Herruzo, 2004).

**Figura 1**

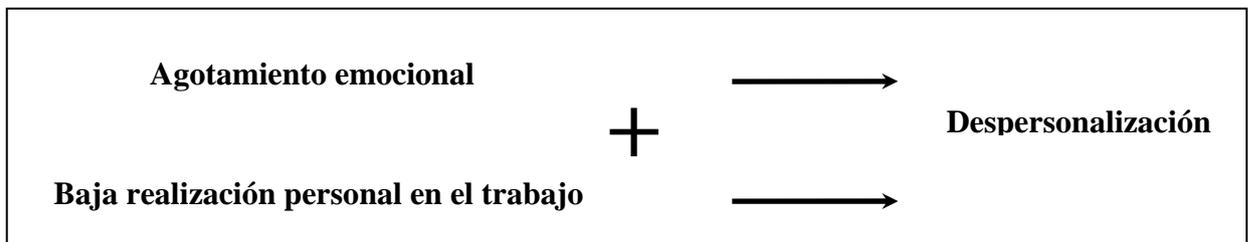
### **Proceso del modelo de Leiter y Maslach (tomado de Leiter y Maslach, 1988)**

| <b>Etapas</b>               | <b>Fase 1</b> | <b>Fase 2</b> | <b>Fase 3</b> | <b>Fase 4</b> |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Cansancio emocional</b>  | Bajo          | Bajo          | Alto          | Alto          |
| <b>Despersonalización</b>   | Baja          | Alta          | Baja          | Alta          |
| <b>Realización personal</b> | Baja          | Baja          | Baja          | Alta          |

Para Gil-Monte el Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, el cual aparece después de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral crónico no funcionan. Esta respuesta (Burnout) es una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia cuando se desarrolla una baja realización personal en el trabajo y un alto agotamiento emocional. Para Gil-Monte (2005) una baja realización personal incrementa el agotamiento emocional y la relación entre baja realización personal y despersonalización se da debido a que la percepción de bajo rendimiento y de fracaso profesional genera frustración, la cual se proyecta en forma de una respuesta agresiva hacia la fuente de frustración. La relación entre agotamiento emocional y despersonalización se debe a que el agotamiento emocional es una fuente de tensión la cual se relaciona con el estrés causado por los clientes, y la despersonalización es un estilo de afrontamiento que se fortalece después de la reevaluación cognitiva, pero para que se fortalezca la despersonalización el trabajador ha tenido que utilizar sin éxito otras estrategias (ver Figura 2).

**Figura 2**

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



### **Causas del Síndrome de Burnout**

Como se mencionó anteriormente el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico el cuál surge al fallar las técnicas de afrontamiento para manejar los estresores laborales y al no haber una correspondencia entre las exigencias de la profesión y las recompensas recibidas (Gil-Monte, 2003; Manassero et al., 2003). Pines, Aronson y Kafry (citados en Hernández, 2003) consideran que el síndrome de Burnout se causa por el cansancio ocupacional y por las consecuencias emocionales debido a las

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

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

### **Síntomas del Síndrome de Burnout**

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

*Síntomas cognitivos:* sentirse contrariado, sentimientos de vacío, sentir que no valoran un trabajo, percibirse incapaz de realizar las tareas, pensar que no se puede abarcar todo, pensar que se trabaja mal, dificultad en la concentración, falta de control, verlo todo mal, sensación de no mejorar, inseguridad, inquietud, nerviosismo, impotencia, baja autoestima, pensar que el

trabajo no vale la pena, pérdida de la autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional.

*Síntomas afectivo-emocionales:* nerviosismo, impaciencia, irritabilidad y mal humor, incapacidad de concentración, disgusto y enfado, frustración, distanciamiento afectivo, cinismo, agresividad, desencanto, aburrimiento, agobio, sentimiento de omnipotencia, tristeza y depresión, desgaste emocional, disminución de la memoria inmediata, desorientación, angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa, sentimientos de vacío, agotamiento emocional y odio.

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

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

*Síntomas físicos:* cansancio, insomnio, úlcera de estómago y otros desordenes gastrointestinales, dolores de dientes, alteraciones cardiorrespiratorias, mareos, vértigo, contracturas, taquicardia, pérdida de peso, dolor de cabeza, dolor de espalda, malestar general, fatiga e hipertensión, etc (Gil-Monte, 2005).

Gil-Monte (2005) también indica que es de suma importancia tener presente el contexto en el que surge la patología y el proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

### **Consecuencias del Síndrome de Burnout**

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

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

Es importante mencionar que en cuanto a las consecuencias para la organización se encuentran: el deterioro de la calidad asistencial, una baja satisfacción laboral, el incremento en el ausentismo laboral, la tendencia al abandono laboral, una disminución del interés y el esfuerzo por realizar las

actividades laborales, el incremento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Gil-Monte, 2005).

Por esta razón las instituciones, organizaciones o empresas de cualquier tipo, deben de tener la información necesaria, para poder detectar este Síndrome o bien para poder prevenirlo, y así evitar los inconvenientes derivados de un personal con problemas de salud como lo es el Desgaste Ocupacional.

### **Medición del Síndrome de Burnout**

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

*Maslach Burnout Inventory (MBI) de 1986:* Es el más utilizado por los investigadores; está formado por 22 reactivos, los cuales miden las tres dimensiones propuestas por ellas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiro, 2000), con respuestas tipo Likert. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y confiabilidad (entre un 0.75 y 0.90). En España ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española y de hecho Gil-Monte y Peiró (citados en Ortega y López, 2004), lo aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones, y realizando un análisis factorial de las tres escalas encontraron una adecuada validez y confiabilidad de la versión adaptada al castellano. Actualmente existen tres versiones del MBI: el *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está compuesto por 22 reactivos, los cuales están distribuidos en las tres escalas del Burnout (Gil-Monte, 2005). El *MBI Educators Survey (MBI-ES)* es la versión para profesionales de la educación (Ortega y López, 2004). El *MBI-General Survey (MBI-GS)* es una nueva versión del MBI, el cuál es más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas, pero mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo que contiene 16 reactivos (Ortega y López, 2004).

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

*La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), de Uribe:* La escala fue diseñada para medir el nivel de Burnout en la población mexicana, esta cuenta con 30 reactivos con respuestas tipo Likert de 6 puntos las cuales van de totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, esta escala mide tres factores: agotamiento (9 reactivos), despersonalización (9 reactivos) e insatisfacción al logro (12 reactivos). Además cuenta con reactivos que miden variables psicosomáticas (trastornos de sueño, trastornos de dolor, trastornos neuróticos, trastornos gástricos, trastornos de depresión, trastornos de ansiedad y trastornos psicosexuales) y demográficas (Uribe, 2008).

De todos los instrumentos de autoinforme mencionados el más utilizado en todos los países y el que ha constituido la base de los demás instrumentos es el inventario de Burnout de Maslach y Jackson elaborado en 1986 (según Ortega y López, 2004). Sin embargo, varios investigadores (como Ortega y López, 2004) mencionan que éste instrumento presenta problemas en cuanto a las clasificaciones de patología, las clasificaciones diagnósticas y los niveles de Burnout, sin embargo Uribe 2008, menciona que éstos pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura, por lo cual para nuestra población el instrumento más adecuado es el EMEDO ya que está diseñado especialmente para la población mexicana.

Todos los instrumentos citados anteriormente son una forma confiable para medir el Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional, cabe destacar, que el uso de cada instrumento debe ser elegido de acuerdo con los objetivos

de la investigación. Por esta razón y para uso particular, en este proyecto se usará y se hará mención del instrumento EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional).

## **CAPÍTULO IV**

### **ANTECEDENTES DEL ENTORNO SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN**

Como menciona Gil-Monte (2005) el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), también conocido como Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, entre otros factores, que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del cliente, y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas.

Los profesionales sanitarios (por ejemplo, de enfermería, medicina, o fisioterapia), los profesionales de la educación (por ejemplo, profesores, maestros, educadores o cuidadores), los trabajadores sociales, los funcionarios de prisiones, los de justicia, o las fuerzas de seguridad, entre otros, han sido identificados como colectivos ocupacionales proclives al desarrollo del SQT (Gil-Monte, 2005).

En el cotidiano trabajo del personal de enfermería con los pacientes se ha observado que hay enfermeras que pierden de manera progresiva la energía y tienen síntomas de ansiedad debido al trabajo que realizan, hay disminución de la capacidad de rendimiento causado por la escasa claridad de los roles que se deben desempeñar entre el personal profesional y no profesional, también existe competencia desmedida entre los compañeros por eficientar su trabajo y disminución de un clima ambiental agradable y de cooperación.

De este modo el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería está tipificado con sintomatología: fisiológica, psicológica, conductual y laboral. Desde el punto de vista fisiológico se puede presentar agotamiento, fatiga, cansancio, dolor de cuello y de espalda, infecciones respiratorias frecuentes, hipertensión, taquicardia, migrañas, cefaleas e insuficiencia venosa, problemas gastrointestinales; como colitis, diarreas, estreñimiento.

Tomando en cuenta el punto de vista conductual, se puede manifestar incremento o disminución del apetito, la ingesta de drogas como escape a la angustia (alcohol, tabaco, etc), en ocasiones pueden llorar y enojarse fácilmente, son rígidas en el trabajo, se olvidan de citas importantes y pueden no tener relaciones gratificantes con sus compañeros.

Ahora bien desde el punto de vista psicológico presentan alto nivel de estrés y en muchas ocasiones se aíslan, tienen autoestima baja, se sienten insensibles al dolor, tienen angustia, tristeza, depresión y hasta sentimientos de culpa.

Si lo vemos desde la perspectiva laboral, presentan disminución en la capacidad de trabajo, existen ausencias, solicitan cambios de servicios, tienen conflictos con sus compañeros, hay actitudes negativas hacia el trabajo y con dificultades se encuentra un personal de enfermería con buen humor (Arriaga, 2008).

Bettes y cols., encontraron en especialistas miembros del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras que la carga de trabajo y la falta de control personal influyeron directamente en la insatisfacción profesional de los especialistas que atienden partos y en comparación, los ginecólogos que no se dedicaban a atender partos registraron mayores niveles de satisfacción profesional (Bettes B.A., Chalas E, Coleman V, Schulkin J, Heavier, 2004, citado en Rodríguez, 2008).

Adicionalmente dichos autores refirieron que los médicos jóvenes especialistas en ginecología y obstetricia señalaron que experimentan la carga de trabajo como abrumadora y que ésta les quita autonomía en su carrera (Bettes B.A., Chalas E, Coleman V, Schulkin J, Heavier, 2004 citado en Rodríguez, 2008).

Parshuran y colaboradores realizaron un estudio en médicos residentes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Niño Enfermo en Toronto, Canadá, el cual reflejó que existe un metabolismo alterado en respuesta al estrés.

También encontraron alteraciones en el ritmo cardiaco y variabilidad en la frecuencia cardiaca. A partir de los resultados, los autores concluyeron que las consecuencias de este entorno pueden ser de tres clases: 1era la fatiga afecta negativamente el rendimiento e incrementa la frecuencia de errores. 2da la salud física y mental del médico, así como sus relaciones interpersonales se afectan. 3era la calidad del entrenamiento mismo puede disminuir (Parshuram CS, Dhanani S, Kish J, Cox P, 2004 citado en Rodríguez, 2008).

En la Universidad de Washington, Shanafelt y cols., realizaron un estudio sobre el Síndrome de Burnout que evaluó a médicos residentes de la especialidad de medicina interna. En este estudio de tipo transversal se encontró que el 76% de los médicos presentaron criterios para considerar que tenían “Síndrome de Agotamiento Profesional”. Mediante la realización de un análisis multivariado en el cual se tomaron en consideración diversas características demográficas, así como también los resultados de preguntas sobre depresión y abuso de sustancias. Los autores encontraron que la presencia de la dimensión de despersonalización se asoció de manera significativa con respuestas sobre una atención sub-óptima de los pacientes (Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., Back A.L, 2002 citado en Rodríguez, 2008).

En el año 2004 Valle Jiménez de la Secretaría de Salud del Distrito Federal estudió a médicos especialistas en el Área de Urgencias Médico Quirúrgicas del Hospital General Balbuena y reportó 3 médicos con “Síndrome de Burnout”, todos del sexo masculino con edades entre 30 y 60 años, reportando como factores más importantes la edad y tipo de especialidad (Valle Jiménez J.A, 2004 citado en Rodríguez, 2008). Sin embargo cabe mencionar que, de acuerdo a estudios ya mencionados el Burnout no sólo es propiciado por factores individuales si no también por situaciones del entorno laboral.

En el año 2005 Ramírez Reyes analizó 167 residentes de diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, reportando una prevalencia de “Síndrome de Burnout” de 42%, siendo más elevado en las especialidad de ginecología y obstetricia con 71%, seguida por cirugía general

con 51%, sin encontrar ningún factor asociado de manera significativa (Ramírez Reyes M.A, 2005, citado en Rodríguez, 2008).

Los cambios en las condiciones sociodemográficas dan como resultado escasez de instituciones de medios y de personal en las plantillas de trabajadores, lo cual se plasma en situaciones de sobrecarga laboral, pues el rápido aumento de las poblaciones de referencia que se consideran para dotar a las organizaciones impide la capacidad de respuesta del sistema. O bien las administraciones no consideran pertinente invertir en esos sectores.

En consecuencia, encontramos una masificación en el número de clientes que accede a los servicios exigiendo mayor calidad, falta de profesionales para atender esas exigencias por razones presupuestarias de las administraciones, o cambios en los roles por necesidades del servicio, con sus consecuentes disfunciones en forma de ambigüedad de rol y conflicto de rol.

Otra fuente de sobrecarga, vinculada a la escasez de recursos resultado de los cambios sociodemográficos, es el desequilibrio entre la actividad para que los profesionales han sido formados y la que se les pide que realicen. Este desequilibrio también origina situaciones crónicas de disfunciones en el desempeño de los roles. La sociedad les pide que realicen su trabajo manejando imperativos constitucionales de igualdad, pero a la vez no pueden ir más allá de unos límites preestablecidos que indican el reconocimiento de las desigualdades.

Los médicos son responsables de un alto porcentaje de los gastos de las organizaciones y de la asistencia sanitaria, por lo que son consultados acerca de cómo conservar esos recursos. Sin embargo, existe conflicto de intereses cuando tienen que defender simultáneamente a la sociedad en general y a los pacientes.

Mientras tanto los cambios en la normativa y en la legislación en el caso de la sanidad han cambiado, ya que los principios de la práctica médica se han visto modificados. La autonomía del paciente ha adquirido una importancia vital

en los últimos años, y el médico debe respetar ese derecho aunque a veces no sea entendido y se considere una intrusión en su labor profesional. Pero, en ocasiones, ese derecho se encuentra limitado para proteger a terceros inocentes, prevenir el suicidio, además de preservar la integridad de la profesión médica (Gil-Monte, 2005).

Existe un desacuerdo entre la población que acude a los Servicios Médicos ya que, como se menciona, la atención y el servicio a los pacientes no es el adecuado y esto se debe en gran medida al exceso de trabajo que presentan los médicos y los demás empleados de estas Instituciones, lo que propicia en ellos un elevado nivel de estrés, enfermedades, falta de motivación, en ocasiones falta de logro y éxito, baja autoestima, pérdida de interés, etc., provocando así Burnout en los empleados, debido a la casi nula consideración de las necesidades de salud física y psicológica de los mismos por parte de la institución.

Es de suma importancia para los médicos, que conozcan la existencia de este síndrome y sus manifestaciones ya que se presenta bajo síntomas específicos y éstos son habituales, las evidencias que afectan a los médicos en el inicio de la aparición de esta enfermedad, se reconocen en varias etapas.

Por otra parte los médicos no deben culpar el estado de estrés que experimentan ni a la institución, autoridades, pacientes, sobrecarga de trabajo, que si bien es cierto forman parte de la causa representan un rasgo desagradable pero inevitable, debido a la exposición crónica de diversos factores laborales de las áreas de atención social, que no se modifican con la reducción en el número de horas en las que se labora, cambiando autoridades, sino implementando diversas estrategias de intervención como sería: fomentar su salud mental, crear y fortalecer una filosofía de vida que les permita disfrutar de la satisfacción personal y profesional.

## **CAPÍTULO V**

### **MÉTODO**

#### **Planteamiento del problema**

El Síndrome de Burnout o también llamado Desgaste Ocupacional, es un problema creciente en los trabajadores y como se muestra en los capítulos anteriores, trae problemas de salud a los individuos que lo padecen y que derivan en consecuencias personales y laborales. Es de gran importancia mencionar que se presentan problemas dentro de las instituciones, organizaciones o empresas, por lo tanto, es necesario tener información acerca de este síndrome y lo que se deriva de él. Con la finalidad de tener los métodos adecuados para tratar este padecimiento y ofrecer una mejor calidad de vida a los individuos y mejores estrategias o alternativas de salud para las organizaciones.

Respecto a los factores que componen el Desgaste Ocupacional es importante dejar claro que la falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a su capacidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de energía o recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto “diario” y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

## **Justificación**

De acuerdo con Maslach (1998) y Pines advierten: el desgaste profesional puede deteriorar el nivel de calidad del cuidado o de los servicios provistos por las instituciones mediante sus trabajadores. Por tal motivo, mejorar la gestión de las personas en las organizaciones debe contribuir, no sólo a un mejor funcionamiento y aumento de la calidad del servicio, sino a disminuir los riesgos de trabajo.

Estos riesgos, a diferencia de los trabajos físicos en los profesionales de la salud y de la educación, son de carácter psicosocial y afectan la calidad de vida laboral y la calidad de los servicios ofrecidos por estas instituciones, además de manifestarse mediante las actitudes desarrolladas por estos profesionales hacia los usuarios de las organizaciones (Gil- Monte, 2000 citado en Uribe, 2008).

Por lo tanto es importante estudiar, en diferentes escenarios, cuales son los resultados obtenidos respecto a la relación entre Burnout y los profesionales que se encuentran en contacto directo con las personas, como es el caso de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras.

## **Objetivo**

Determinar la relación y/o diferencias entre el Burnout y variables demográficas en médicos y enfermeras de dos hospitales públicos.

## **Hipótesis**

Ho: No existe relación y/o diferencias estadísticamente significativas en el Burnout y las variables demográficas entre médicos y enfermeras.

H1: Existe relación y/o diferencias estadísticamente significativas en el Burnout y las variables demográficas entre médicos y enfermeras.

## Variables

### **Variable Dependiente:** Burnout (Desgaste Ocupacional)

El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (Gil-Monte, 2005).

En 1981, Maslach y Jackson dieron a conocer una de las primeras definiciones y la más aceptada del síndrome de Burnout, o sea, el síndrome derivado de un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: desgaste emocional, despersonalización en relación con los demás y una reducida realización personal (ineficacia) (Uribe, 2008).

**Variables Independientes:** En función de este trabajo las distintas variables demográficas se dividieron en tres áreas: variables de información personal, variables laborales y variables de estilo de vida.

- **Información personal:** en esta categoría se contemplaron: la edad, sexo, escolaridad, estado civil, años con la pareja, hijos y número de hijos.
- **Historia laboral:** aquí quedaron agrupados todos los aspectos concernientes a su trayectoria profesional; el tipo de puesto, trato con usuarios, actividades al día, horas de trabajo al día, antigüedad, años trabajando en la vida, ascensos en la vida, personas a cargo y número de personas a cargo.
- **Estilo de vida:** en este rubro se contemplaron, precisamente, el estilo de vida que ha llevado cada persona, algunos de los aspectos que se tomaron en consideración fueron, consumo de medicamentos, tipo de medicamentos, tiempo tomando medicamentos, accidentes, tipo de accidentes, intervención quirúrgica, tipo de intervención, consumo de tabaco, número de cigarrillos al día, ingesta de alcohol, consumo de

drogas, horas libres a la semana, ejercicio y horas de ejercicio a la semana.

### **Tipo de investigación**

Fue una investigación no experimental, transversal y descriptiva, ya que se hizo en un periodo de tiempo corto que abarcó de Marzo a Mayo del año 2010 y se recolectaron los datos con el instrumento EMEDO con el fin de elaborar un análisis descriptivo y correlacional.

### **Muestra**

Se buscaron 200 sujetos de los cuales 100 pertenecían al área de enfermería y los 100 sujetos restantes al área médica, los 200 debieron estar trabajando en el momento del estudio. Las organizaciones donde se recolectaron los datos fueron dos Hospitales Públicos diferentes ubicados en la Zona Centro del Distrito Federal.

La muestra fue no probabilística, los sujetos fueron obtenidos de subgrupos de una población y dependió de las características necesarias para la investigación.

### **Procedimiento**

Para poder aplicar el instrumento a la primera muestra, es decir enfermeras, se pidió autorización a la institución, después de obtener dicha autorización, se determinaron los horarios en los que se les aplicaría el instrumento, tomando en cuenta los tres turnos del personal (matutino, vespertino y nocturno).

Para la aplicación, se usó un cuarto con la iluminación adecuada, sin ruidos distractores, con mobiliario adecuado (sillas y mesas). Los cuadernillos con el instrumento EMEDO (ver Anexos) estaban compuestos por un cuadernillo de preguntas y un cuadernillo para las respuestas. Conforme iban

llegando los sujetos de enfermería se les iban entregando de forma individual los cuadernillos del instrumento, se les explicó de qué constaba el instrumento, se le dijo que las instrucciones estaban en la primera hoja, que las leyeran atentamente y que las respuestas a las preguntas debían ser anotadas en el cuadernillo correspondiente a las respuestas, también se dejó claro que la prueba era anónima y los datos serían utilizados con fines de investigación. Las pruebas las entregaban conforme iban terminando, o en su defecto se las entregaban a su supervisor y él a su vez nos las entregó a nosotros.

Respecto al personal de medicina, se realizaron las aplicaciones en una semana de diplomados dentro del hospital, se pidió permiso a los responsables y organizadores de los diplomados. Una vez obtenido el permiso, se acudió a aplicar el instrumento. Los cuadernillos eran repartidos durante el receso, y se les se les explicó de qué constaba el instrumento, se les dijo que las instrucciones estaban en la primera hoja, que las leyeran atentamente y que las respuestas a las preguntas debían ser anotadas en el cuadernillo correspondiente a las respuestas, también se dejó claro que la prueba era anónima y los datos serían utilizados con fines de investigación. A diferencia del personal de enfermería, a los médicos se les indicó que podían entregarlo ese mismo día a los encargados del diplomado o en su defecto al día siguiente.

### **Instrumento**

Se utilizó el instrumento de Uribe-Prado y col. Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional EMEDO, este consta de un cuadernillo de preguntas y un cuadernillo con las hojas de respuesta (Anexos). Dicho Instrumento consta de 105 reactivos y tiene una confiabilidad del 89% (Alfa de Cronbach), de los cuales 35 reactivos están divididos en los 3 factores del síndrome:

Agotamiento, consta de 9 reactivos (2, 4, 5, 6, 14, 19, 20, 26,27).

Despersonalización, consta de 9 reactivos (3, 7,9, 16,18, 21, 22,23, 29).

Insatisfacción del Logro, consta de 12 reactivos

(1,8,10,11,12,13,15,17,24,25, 28, 30).

También existe un cuarto factor llamado Psicósomático el cual incluye 40 reactivos más, que a su vez son divididos en 7 subfactores o trastornos:

- Trastornos de sueño, consta de 11 reactivos:  
(31,33,36,40,42,51,52,55,56,58,64)
- Trastornos psicosexuales, consta de 10 reactivos:  
(38,39,50,61,65,66,67,68,69, 70)
- Trastornos gastro- intestinales, consta de 6 reactivos: (35, 44, 45, 57, 60,62)
- Trastornos psiconeuróticos, consta de 6 reactivos: (37, 46, 48, 53, 54,63)
- Trastornos del dolor, consta de 5 reactivos: (34,43,47,49,59)
- Trastornos de ansiedad, consta de 1 reactivo: (41)
- Trastornos de depresión, consta de 1 reactivo: (32)

Los últimos 35 reactivos se refieren a variables relacionadas con la calidad de vida: consumo de medicamentos, tipo de medicamentos, tiempo tomando medicamentos, accidentes, tipo de accidentes, intervención quirúrgica, tipo de intervención, consumo de tabaco, número de cigarrillos al día, ingesta de alcohol, consumo de drogas, horas libres a la semana, ejercicio y horas de ejercicio a la semana.

### **Análisis de datos**

Se capturaron los datos por medio del programa SPSS 15 y se efectuó un análisis de estadística descriptiva, se realizaron ANOVAS, para poder identificar las diferencias estadísticamente significativas, posteriormente se realizaron correlaciones Producto-Momento de Pearson para identificar las relaciones entre el Burnout respecto a los médicos y enfermeras. Finalmente por medio de un Alfa de Cronbach se obtuvo la confiabilidad del instrumento EMEDO.

## CAPÍTULO VI RESULTADOS

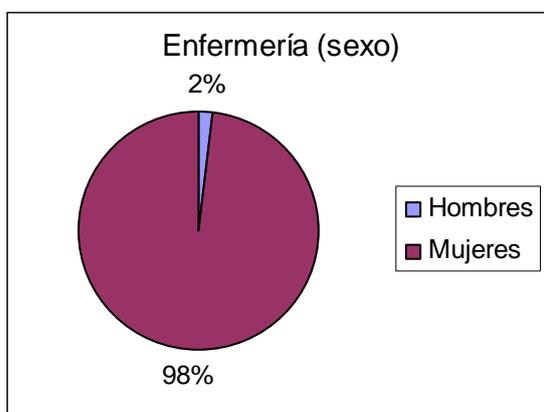
Para poder obtener una respuesta de acuerdo a los objetivos de este proyecto, que es conocer si existe Burnout en médicos y enfermeras y saber su relación con las variables demográficas, se llevó a cabo un análisis descriptivo e inferencial tanto para los sujetos de enfermería como para los médicos

La muestra estuvo formada por 200 sujetos, 100 sujetos del área de enfermería y 100 sujetos del área médica.

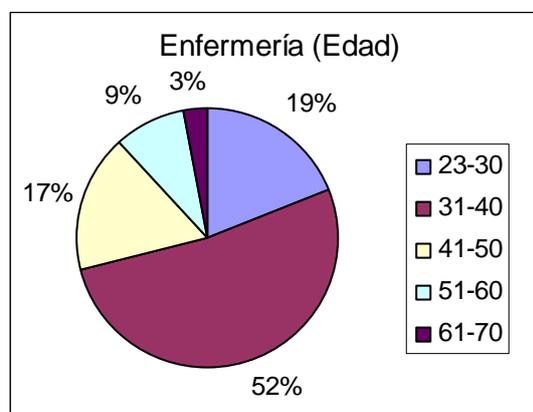
### ENFERMERÍA

#### Variables de Información Personal de la muestra

**Sexo:** Para las enfermeras se obtuvo que 2% eran de sexo masculino y 98% de sexo femenino. Esto muestra que el género femenino es representativo dentro del área de enfermería (**Gráfica 1**).



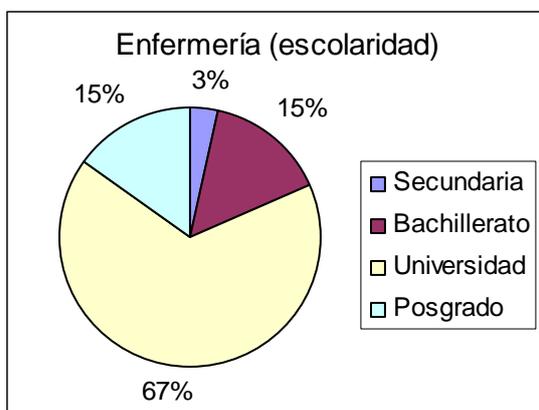
**Gráfica 1**



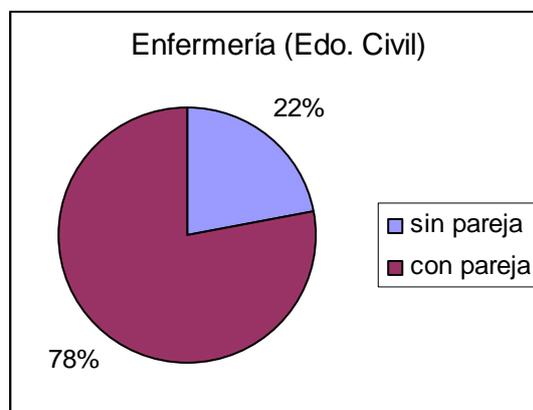
**Gráfica 2**

**Edad:** La edad de los sujetos de enfermería se ubica entre los 23 a 70 años, de los cuales en el intervalo de 23-30 fue de 19% de los sujetos, de 31-40 fue de 52% de los sujetos, de 41-50 fue de 17% de los sujetos, de 51-60 fue de 9% de los sujetos y de 61-70 fue de 3% de los sujetos, se observa que existe mayor porcentaje de sujetos que se encuentra en el rango de edad de 31 a 40 años (**Gráfica 2**).

**Escolaridad:** El personal de enfermería muestra que existen un 4% de sujetos que tienen un grado escolar de secundaria, un 18% de sujetos de bachillerato, un 80% que tienen universidad y un 18% posgrado, mostrando que hay mayor número de sujetos con escolaridad de universidad en enfermería (**Gráfica 3**).



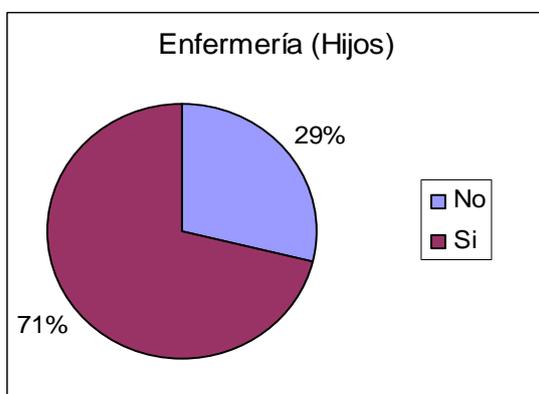
**Gráfica 3**



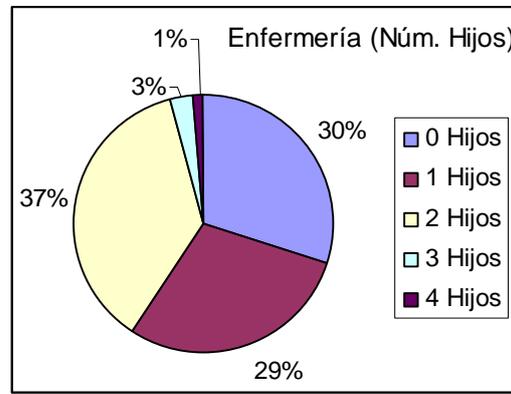
**Gráfica 4**

**Estado civil:** El 22% de los sujetos NO tiene pareja actualmente y el 78% de los sujetos SI tiene una relación de pareja (**Gráfica 4**).

**Hijos:** El 29% no tiene hijos mientras que el 71% si los tiene (**Gráfica 5**).



**Gráfica 5**

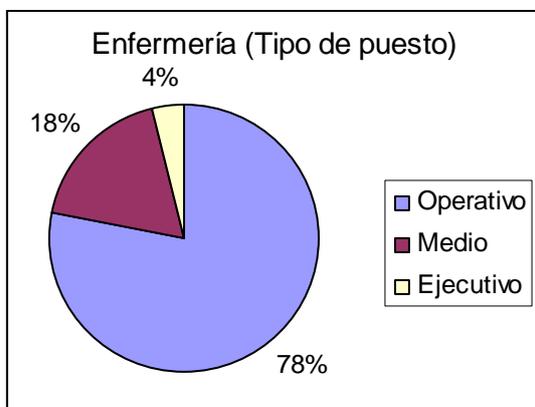


**Gráfica 6**

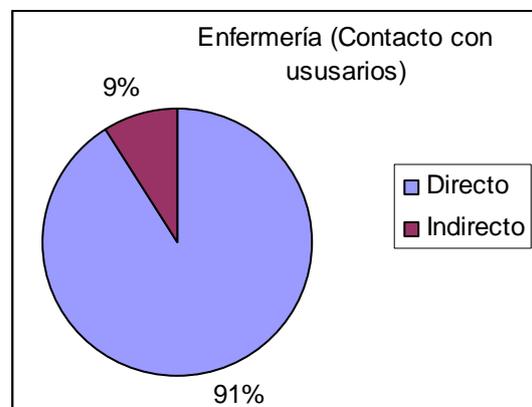
**Número de hijos:** Se obtuvo que un 29% NO tiene hijos, el 27% tiene 1 hijo, el 34% tiene 2 hijos, el 10% tiene 3 hijos y el 1% tiene 4 hijos (**Gráfica 6**).

### Variables de Historia Laboral de la muestra

**Tipo de puesto:** El 78% de sujetos tiene un puesto Operativo, el 18% se ubica en un puesto Medio y el 4% tiene un puesto Ejecutivo (**Gráfica 7**).



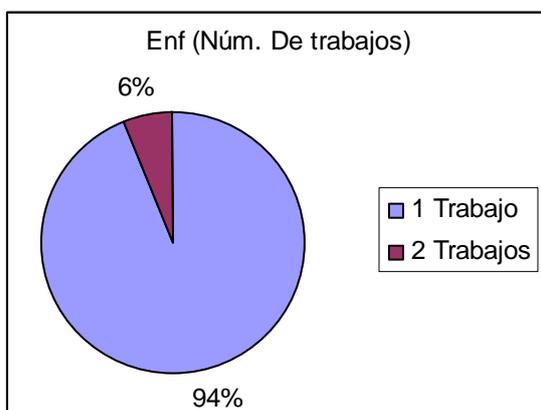
**Gráfica 7**



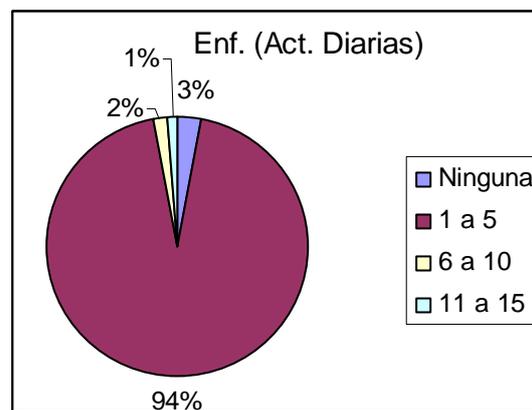
**Gráfica 8**

**Contacto con usuarios:** Se muestra que el 91% es decir 91 sujetos tienen contacto directo con los usuarios y el 9% tienen un contacto indirecto con los usuarios (**Gráfica 8**).

**Número de trabajos:** Se puede observar que un 94% del personal de enfermería solo tiene 1 trabajo, y el 6% labora en 2 trabajos actualmente (**Gráfica 9**).



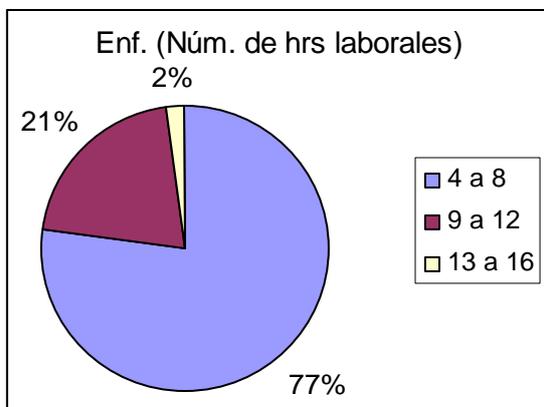
**Gráfica 9**



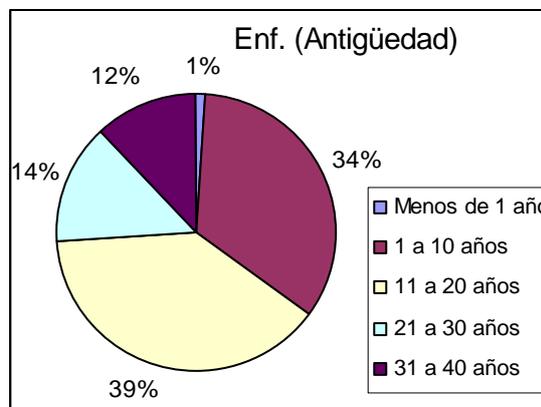
**Gráfica 10**

**Actividades diarias:** El 3% NO tiene actividades diarias, 94% tiene de 1 a 5 actividades diarias, el 2% de 6 a 10 y el 1% de 11 a 15 actividades al día (**Gráfica 10**).

**Número de horas laborales:** El 77% tiene de 4 a 8 horas diarias de trabajo, el 21% de 9 a 12 horas y el 2% de 13 a 16 horas diarias de trabajo **(Gráfica 11)**.



**Gráfica 11**

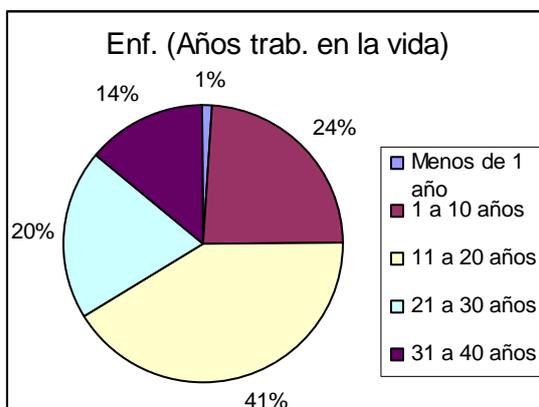


**Gráfica 12**

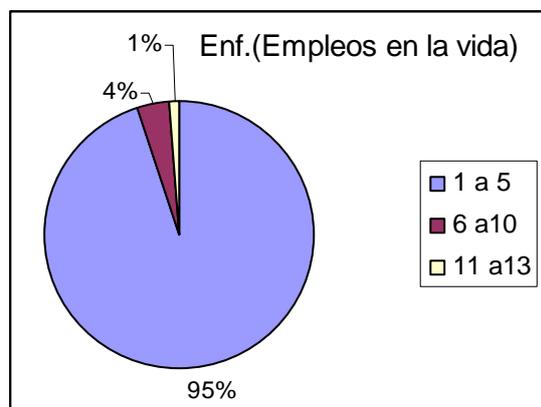
**Antigüedad laboral:** El 1% muestra tener menos de un año de antigüedad, 34% se ubica en el rango de 1-10 años de antigüedad, el 39% se ubica de 11-20 años, el 14% de 21-30 años y el 12% de 31-40 años de antigüedad en el hospital **(Gráfica 12)**.

**Años trabajando durante la vida:** El 1% de los sujetos muestran haber trabajado menos de un año durante su vida, el 24% se encuentra en el rango de 1-10 años trabajando, el 41% de 11-20 años, el 20% de 21-30 años, el 14% de 31-40 años trabajando durante su vida **(Gráfica 13)**.

**Empleos en la vida:** El 95% de los sujetos ha tenido de 1-5 empleos en la vida, el 4% de 6-10 y el 1% 11-13 **(Gráfica 14)**.



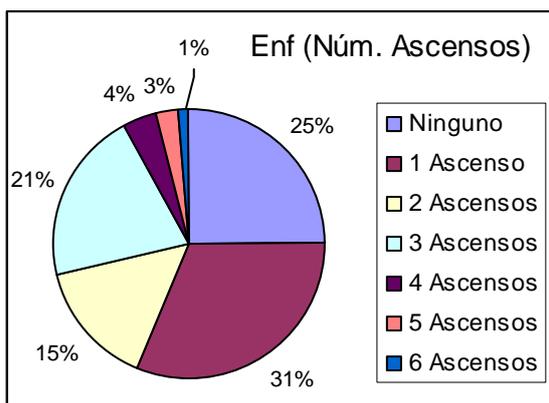
**Gráfica 13**



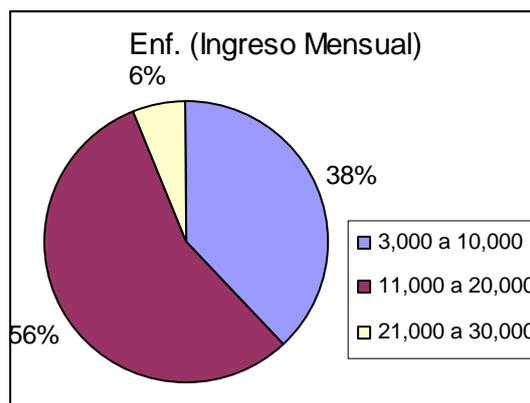
**Gráfica 14**

**Ascensos en la vida:** El 25% de los sujetos no han tenido ascensos, 31 de los sujetos han tenido 1 ascenso, 15% de los sujetos a tenido 2 ascensos, 21 de los sujetos han tenido 3 ascensos, 4%, ha tenido 4 ascensos, 3% han tenido 5 ascensos y el 1% ha tenido 6 ascensos durante su vida **(Gráfica 15)**.

**Ingreso mensual:** El 38% de los sujetos se ubican en el rango de \$3,000 a \$10,000 mensuales, el 56% se ubica entre los \$11,000 y \$20,000 y el 6% de \$21,000 a \$30,000 mensuales **(Gráfica 16)**.



**Gráfica 15**

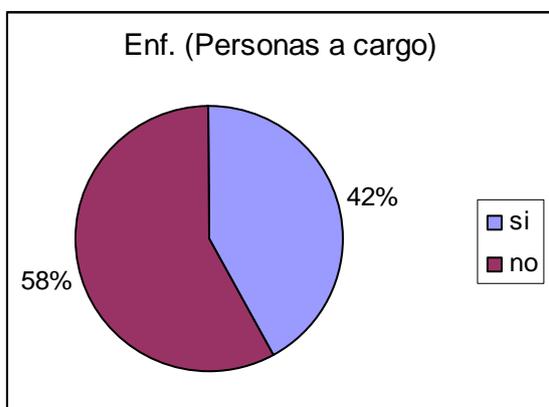


**Gráfica 16**

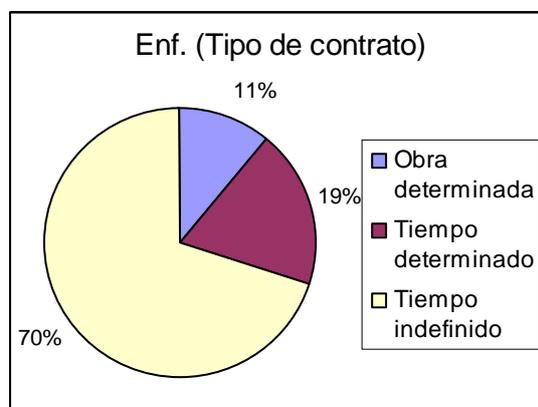
**Tipo de organización:** El 100% pertenece a una Institución Pública

**Tipo de contrato:** El 11% tienen un contrato por obra determinada, el 19% tienen un contrato de tiempo determinado y el 70% un contrato de tiempo indefinido **(Gráfica 17)**.

**Personas a cargo:** El 42% de los sujetos Si tiene personas a su cargo y 58% sujetos reporta que NO tiene personas a su cargo **(Gráfica 18)**.

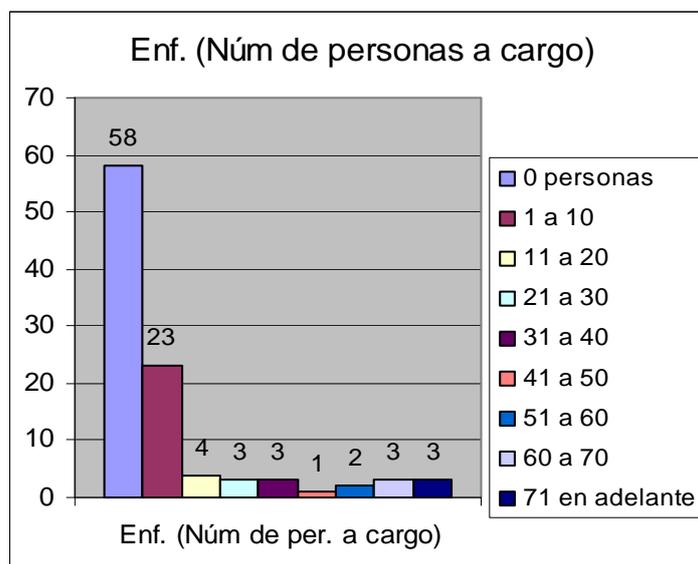


**Gráfica 17**



**Gráfica 18**

**Número de personas a cargo:** El 58% de los sujetos mencionaron no tener personas a su cargo, el 23% de los sujetos tienen de 1 a 10 personas a cargo, 4% de 11 a 20, 3% de 21 a 30 personas a cargo, 3% de 31 a 40 personas a cargo, 1% de 41 a 50 personas a cargo, el 2% de 51 a 60, 3% de 61 a 70 y el 3% de 71 personas a su cargo en adelante (**Gráfica 19**).

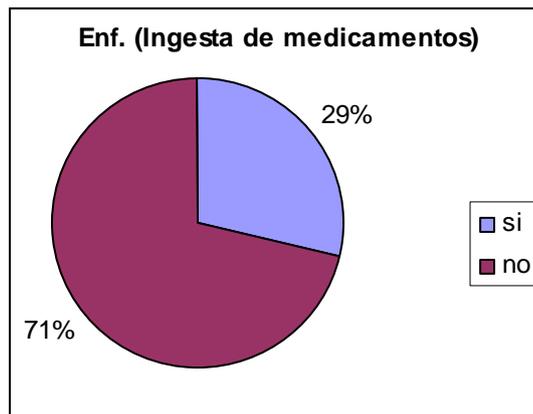


**Gráfica 19**

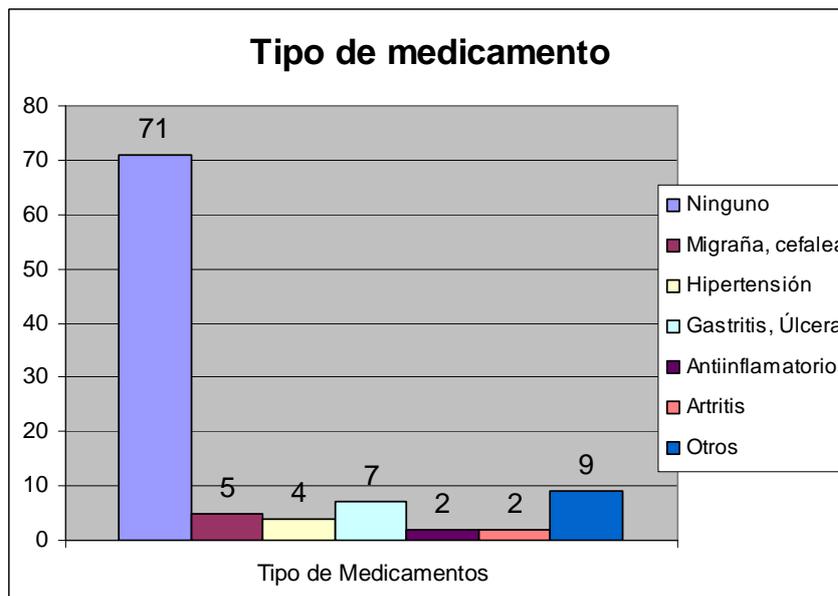
### **Variables de Estilo de Vida de la muestra**

**Ingesta de medicamentos:** El 29% de sujetos indicaron ingerir medicamentos, mientras que el 71% de sujetos indicaron NO ingerir medicamentos (**Gráfica 20**).

**Tipo de Medicamentos:** El 71% sujetos reportaron NO ingerir ningún tipo de Medicamento, el 5% menciona ingerir algún tipo de medicamento para padecimientos como: migraña, cefaleas y dolores corporales. El 4% reportó ingerir medicamentos para la hipertensión. El 7% toma medicamentos para la gastritis y/o úlceras. El 2% reportó tomar medicamentos antiinflamatorios. El 2% reportó tomar medicamentos para la artritis y el 9% restante reportó tomar medicamentos para tratar: ansiedad, climaterio, hormonas, resfriado, diabetes, arteritis lódosa, lumbalgias crónicas, depresión y alergias (**Gráfica 21**).



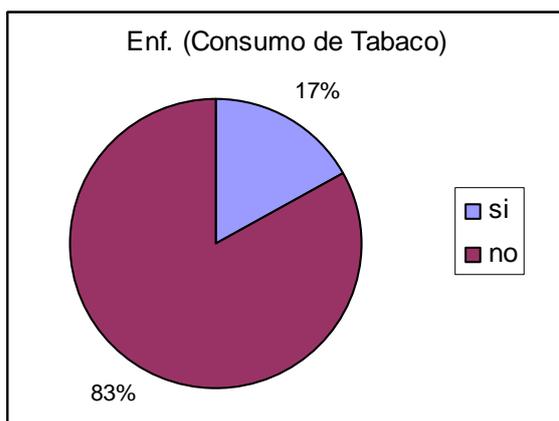
**Gráfica 20**



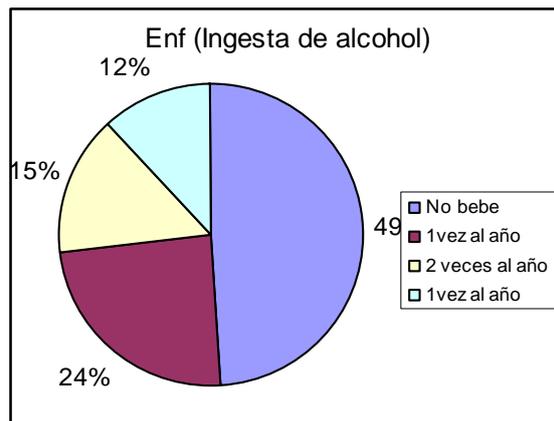
**Gráfica 21**

**Consumo de Tabaco:** El 17% indicó que fuma, y el 83% NO fuma (Gráfica 22).

**Ingesta de alcohol:** El 49% indicó que NO bebe alcohol, el 24% bebe sólo una vez al año, el 15% indicó que bebe alcohol dos veces al año y el 12% indicó que bebe alcohol una vez al mes (Gráfica 23).



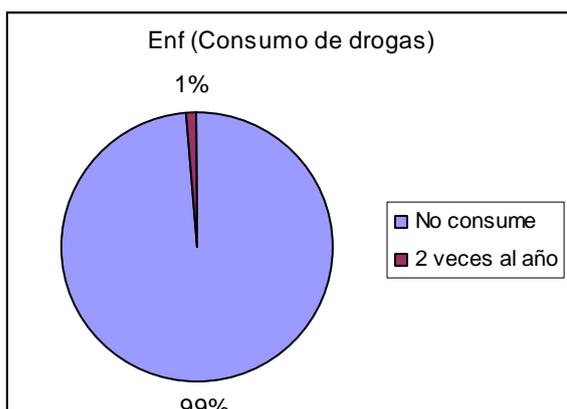
**Gráfica 22**



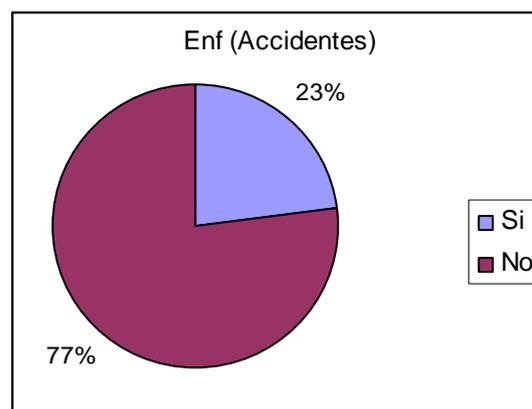
**Gráfica 23**

**Consumo de drogas:** El 99% indicó que NO consume drogas y sólo el 1% reportó que consume drogas dos veces al año (**Gráfica 24**).

**Accidentes:** El 23% indica haber sufrido un accidente, mientras que el 77% indica no haber sufrido accidentes (**Gráfica 25**).



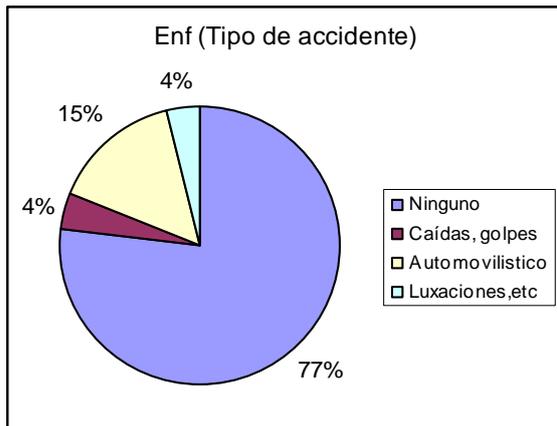
**Gráfica 24**



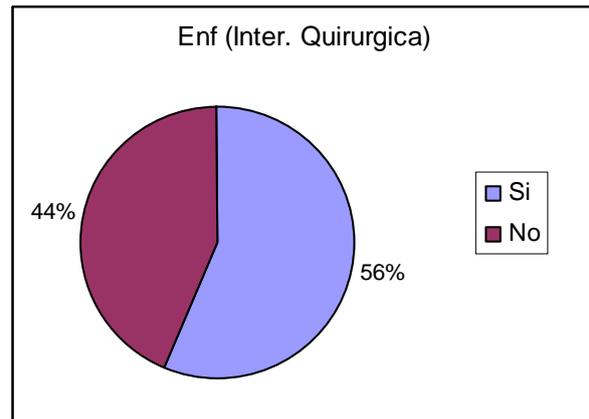
**Gráfica 25**

**Tipo de accidentes:** El 77% indicó no haber tenido accidentes, el 4% mencionó haber sufrido accidentes como: golpes o caídas. El 15% menciona haber sufrido accidentes automovilísticos. El 4% mencionó sufrir luxaciones, fracturas ó esguinces (**Gráfica 26**).

**Intervenciones quirúrgicas:** El 56% menciona haber tenido alguna intervención quirúrgica, mientras que el 44% presenta NO haber tenido intervenciones quirúrgicas (**Gráfica 27**).



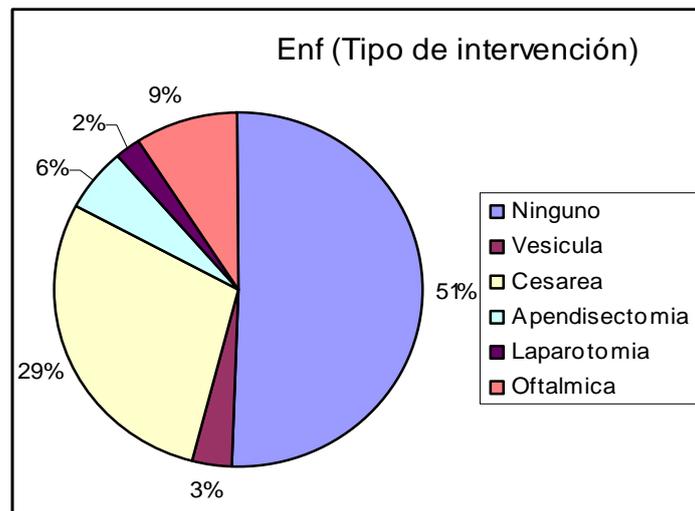
**Gráfica 26**



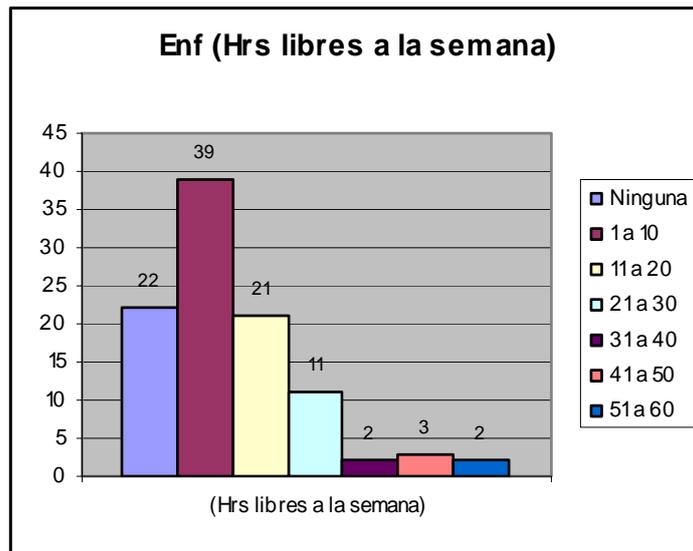
**Gráfica 27**

**Tipo de intervención:** El 44% corresponde a quienes no han presentado intervenciones quirúrgicas, el 3% reporta que fue por la vesícula, el 25% reporta que fue por cesárea, el 5% reporta que fue por apendicetomía, el 2% fue por laparotomía, el 8% fueron intervenciones oftálmicas (**Gráfica 28**).

**Horas libres a la semana:** El 22% indican NO tener horas libres a la semana, el 39% se ubica en el rango de 1 a 10 horas a la semana, el 21% se ubica entre 11 y 20 horas, el 11% de 21 a 30 horas, el 2% de 31 a 40 horas, el 3% de 41 a 50 horas a la semana, el 2% de 51 a 60 horas libres a la semana (**Grafica 29**).



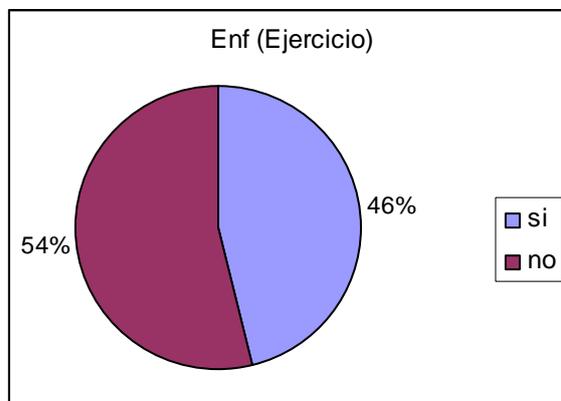
**Gráfica 28**



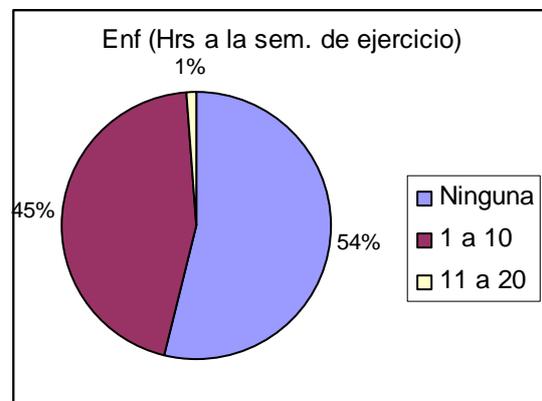
**Gráfica 29**

**Realizar ejercicio:** El 46% indica hacer ejercicio mientras que el 54% indica NO hacerlo (**Gráfica 30**).

**Horas a la semana ejercicio:** El 54% indica NO hacer ejercicio, el 45% indica hacer de 1 a 10 horas a la semana de ejercicio y el 1% indica que realiza de 11 a 20 horas de ejercicio a la semana (**Gráfica 31**).



**Gráfica 30**



**Gráfica 31**

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una correlación producto-momento de Pearson entre El Desgaste Ocupacional es decir los 3 factores (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización y F3 Insatisfacción) y los trastornos psicósomáticos (F4 Trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos Psiconeurótico, trastornos de dolor, trastornos de ansiedad y trastornos de depresión).

**Tabla 1**

**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Trastornos psicósomáticos.**

| Variables<br>(Trastornos<br>psicósomáticos) | F1<br>Agotamiento | F2<br>Despersonalización | F3<br>Insatisfacción |
|---|-------------------|--------------------------|----------------------|
| Sueño                                       | .438**            | .131                     | .214*                |
| Psicosexuales                               | .124              | .102                     | .227*                |
| Gastrointestinales                          | .395**            | .098                     | .157                 |
| Psiconeuróticos                             | .198*             | .025                     | .125                 |
| Dolor                                       | .395**            | .061                     | .238*                |
| Ansiedad                                    | .385**            | .207*                    | .228*                |
| Depresión                                   | .280**            | 100                      | 100                  |

\*<=0.5 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

Se puede observar en la **Tabla 1** una correlación positiva en el **Factor de Agotamiento** respecto a los Trastornos de Sueño, Gastrointestinales, de Dolor, de Ansiedad y Depresión. En el **Factor de Despersonalización** se observa una correlación positiva respecto al Trastorno de Ansiedad. En el **Factor de Insatisfacción** se observa únicamente una correlación respecto a los Trastornos de Sueño, Psicosexuales, de Dolor, y Ansiedad.

Se llevo a cabo también correlaciones producto-momento de Pearson entre el Desgaste Ocupacional y las variables: edad, años con la pareja, numero de hijos, número de trabajos, actividades al día, horas de trabajo, antigüedad en el trabajo, años trabajando en la vida, empleos durante la vida, ascensos en la vida, ingreso mensual, número de personas a cargo, ingesta de medicamentos, cuales medicamentos, tiempo tomando medicamentos, accidentes, número de cigarros que fuman, horas libres a la semana y horas que dedican al ejercicio.

**Tabla 2**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Información Personal**

| Variables       | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|-----------------|----------|----------|-----------|----------------|
| Edad            | -.063    | -.021    | -.057     | -.219*         |
| Años con pareja | -.126    | -.083    | -.085     | -.248*         |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 2** Existen correlaciones negativas en los Trastornos Psicosomáticos (F4) respecto a la Edad y los Años con la pareja.

**Tabla 3**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Historia Laboral**

| Variables          | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|--------------------|----------|----------|-----------|----------------|
| Antigüedad         | -.118    | -.027    | -.092     | -.210*         |
| Empleos en la vida | -.023    | -.050    | .140      | .316**         |
| Ingreso mensual    | -.077    | -.246*   | .030      | -.059          |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

Se observa en la **Tabla 3** una correlación negativa en la Despersonalización (F2) respecto al ingreso mensual. Existen correlaciones negativas en los Trastornos Psicosomáticos (F4) respecto a la Antigüedad y correlaciones positivas en los Trastornos Psicosomáticos (F4) respecto a los Empleos que hayan tenido los sujetos durante su vida.

**Tabla 4**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Estilo de Vida**

| Variables            | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|----------------------|----------|----------|-----------|----------------|
| Num. Cigarros al día | .119     | .066     | .207*     | .284**         |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

Se puede observar en la **Tabla 4** la Insatisfacción (F3) presenta una correlación negativa respecto al Núm. de cigarros al día. Existen correlaciones positivas en los Trastornos Psicosomáticos (F4) respecto al Número de cigarros que consumen al día.

**Tabla 5**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre los Trastornos**  
**psicosomáticos F4 y Variables de Información Personal**

| <b>Variabes</b> | <b>F4a<br/>Sueño</b> | <b>F4b<br/>Psicosex.</b> | <b>F4c<br/>Gastro.</b> | <b>F4d<br/>Psicon.</b> | <b>F4e<br/>Dolor</b> | <b>F4f<br/>Ans.</b> | <b>F4g<br/>Dep.</b> |
|-----------------|----------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Edad            | -.150                | -.175                    | -.153                  | -.197*                 | -.199*               | -.107               | -.252*              |
| Años con pareja | -.093                | -.142                    | -.067                  | .026                   | -.072                | -.268**             | -.213*              |

\*<=0.5    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

En la **Tabla 5** se muestra que existe una correlación negativa en el factor Psiconeurótico (F4d) respecto a la edad. Se observa que el factor de Dolor (F4e) presenta una correlación negativa respecto a la edad. Se observa que existe una correlación negativa en el factor de Ansiedad (F4f) respecto a los Años con la Pareja también se observa que existe una correlación negativa en la Depresión (F4g) respecto a la edad y los años con la pareja.

**Tabla 6**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre los Trastornos**  
**psicosomáticos F4 y Variables de Historia Laboral**

| <b>Variabes</b>    | <b>F4a<br/>Sueño</b> | <b>F4b<br/>Psicosex.</b> | <b>F4c<br/>Gastro.</b> | <b>F4d<br/>Psicon.</b> | <b>F4e<br/>Dolor</b> | <b>F4f<br/>Ans.</b> | <b>F4g<br/>Dep.</b> |
|--------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Antigüedad         | -.157                | -.146                    | -.143                  | -.213*                 | -.186                | -.073               | -.256**             |
| Años trabajando    | -.078                | -.088                    | -.100                  | -.143                  | -.119                | .006                | -.211*              |
| Empleos en la vida | .309**               | .183                     | .269**                 | .294**                 | .242*                | .227*               | .217*               |

\*<=.05    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

En la **Tabla 6** se observa que existe una correlación en el Sueño (F4a) en relación con los Empleos durante la vida. El factor Gastrointestinal (F4c) presenta una correlación respecto al los Empleos durante la vida. El factor de Dolor (F4e) presenta una correlación positiva respecto a los Empleos en la vida. El factor de Ansiedad (F4f) presenta una correlación positiva respecto a los Empleos en la vida. El Factor Depresión (F4g) presenta una correlación negativa respecto a la antigüedad y los años trabajando, y una correlación positiva respecto a los Empleos en la vida.

**Tabla 7**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre los Trastornos**  
**psicosomáticos F4 y Variables de Estilo de vida**

| Variables                  | F4a<br>Sueño | F4b<br>Psicosex. | F4c<br>Gastroint. | F4d<br>Psicon. | F4e<br>Dolor | F4f<br>Ans. | F4g<br>Dep. |
|----------------------------|--------------|------------------|-------------------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| Num. De cigarrillos al día | .213*        | .256*            | .181              | .184           | .230*        | .377**      | .227*       |
| Hrs. libres a la semana    | -.106        | -.191            | -.134             | -.163          | -.274**      | .006        | -.012       |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 7** se observa que existe una correlación en el Sueño (F4a) en relación con el Número de cigarrillos que consumen al día, así como una correlación negativa respecto al Consumo de cigarrillos. Con el factor Psicosexual (F4b) se muestra una correlación negativa en el Consumo de cigarrillos y una correlación positiva respecto al Número de cigarrillos que consumen al día. El factor de Dolor (F4e) presenta una correlación positiva respecto al Número de cigarrillos que consumen al día y una correlación negativa respecto a las Hrs. libres a la semana. Se observa que existe una correlación negativa en la Depresión (F4g) respecto al Número de cigarrillos que consumen al día.

También se realizó un análisis de varianza de una vía entre Factores 1, 2, 3 y 4 (Agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción y Psicósomáticos) con las variables demográficas edad, años con la pareja, número de hijos, número de trabajos, actividades al día, horas de trabajo, antigüedad en el trabajo, años trabajando en la vida, empleos durante la vida, ascensos en la vida, ingreso mensual, número de personas a cargo, tiempo tomando medicamentos, tipos de intervenciones quirúrgicas, número de cigarrillos que fuman, horas libres a la semana y horas que dedican al ejercicio.

**Tabla 8**  
**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Información Personal**

| Variables | Grupos | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|-----------|--------|----------|----------|-----------|----------------|
| Edad      | 23-30  | 2.8830   | 2.1287   | 1.6184*   | 1.8382         |
|           | 31-40  | 3.2244   | 2.4167   | 2.0208*   | 1.8736         |
|           | 41-50  | 2.6275   | 1.9216   | 1.5392*   | 1.6471         |
|           | 51-60  | 2.5309   | 2.3704   | 1.1574*   | 1.4833         |
|           | 61-70  | 3.3704   | 2.0370   | 1.9444*   | 1.2583         |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 8** se muestra que la Insatisfacción (F3) es superior en los sujetos que tienen una **edad** de 31-40 años (F2.772, p.031).

**Tabla 9**  
**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Historia Laboral**

| Variables           | Grupos | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|---------------------|--------|----------|----------|-----------|----------------|
| Actividades al día  | 1-5    | 3.0059   | 2.2435*  | 1.7695    | 1.7904         |
|                     | 6-10   | 2.5000   | 4.2222*  | 3.1250    | 1.0875         |
|                     | 11-15  | 1.8889   | 1.5556*  | 1.5833    | 1.8500         |
| Horas de trabajo    | 4-8    | 2.9928   | 2.2915   | 1.6429*   | 1.7575         |
|                     | 9-12   | 3.0212   | 2.0265   | 2.2778*   | 1.7952         |
|                     | 13-16  | 3.0556   | 3.6111   | 1.9583*   | 2.2250         |
| Ascensos en la vida | 1-2    | 3.1787*  | 2.4010   | 1.8406    | 1.7380         |
|                     | 3-5    | 2.5794*  | 2.0317   | 1.5417    | 1.7536         |
|                     | 6-7    | 4.2222*  | 2.1111   | 3.5000    | 1.1500         |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 9** se muestra que existe mayor Agotamiento (F1) en los sujetos que han tenido de 6-7 **Ascensos en la vida** (F2.911, p.038). Y en los sujetos que **Trabajan de 9-12 horas diarias** (F4.622, p.012). Se observa que la Despersonalización (F2) es mayor en los sujetos que realizan de 6-10 **Actividades al día** (F3.116, p.030).

**Tabla 10**

**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Estilo de vida**

| VARIABLES               | GRUPOS | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|-------------------------|--------|----------|----------|-----------|----------------|
| Num. de cigarros al día | 1-3    | 2.8667   | 2.5556   | 2.1111    | 2.1333*        |
|                         | 4-6    | 3.3333   | 2.1111   | 3.1667    | 3.1500*        |
|                         | 7-10   | 4.5556   | 2.6667   | 2.7500    | 2.3750*        |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 10** se muestran diferencias altas respecto al Factor Psicosomático (F4) en sujetos quienes fuman de 4-6 **cigarros al día 3** (F4.720, p.004).

**Tabla 11**

**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables Historia Laboral**

| VARIABLES          | GRUPOS         | F4a Sueño | F4b Psicosis. | F4c Gast. | F4d Psicon. | F4e Dolor | F4f Ans.  | F4g Dep. |
|--------------------|----------------|-----------|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------|----------|
| Act. al día        | 1-5            | 1.6025    | 1.3755        | 1.7181    | 1.6826      | 2.6213    | 1.9468*   | 1.9681   |
|                    | 6-10           | 1.0455    | .7500         | 1.0833    | 1.0000      | 1.4000    | 1.0000*   | 2.0000   |
|                    | 11-15          | 1.0909    | 1.2000        | 1.1667    | 2.5000      | 3.0000    | 5.0000*   | 3.0000   |
| Empleos en la vida | 1-5            | 1.5378*   | 1.3411        | 1.6807    | 1.6211*     | 2.5663    | 1.9474*   | 1.9684   |
|                    | 6-10           | 2.1364*   | 1.3750        | 2.2917    | 2.5000*     | 3.3000    | 1.7500*   | 1.5000   |
|                    | 11-13          | 3.0000*   | 2.6000        | 2.3333    | 3.0000*     | 4.2000    | 5.0000*   | 4.0000   |
| Ingreso mensual    | -3,000-10,000  | 1.6651    | 1.4237        | 1.7632    | 1.7851*     | 2.8632*   | 2.1316    | 1.8684   |
|                    | -11,000-20,000 | 1.4919    | 1.2804        | 1.6399    | 1.5060*     | 2.3393*   | 1.8750    | 2.0714   |
|                    | -21,000-30,000 | 1.8909    | 1.5000        | 1.9333    | 2.2667*     | 3.2800*   | 2.0000    | 1.8000   |
| Cigarros al día    | 1-3            | 1.8242*   | 1.7133*       | 1.9556    | 2.1556*     | 3.1467*   | 2.3333*** | 2.2667   |
|                    | 4-6            | 3.0000*   | 2.6000*       | 2.3333    | 3.0000*     | 4.2000*   | 5.0000*** | 4.0000   |
|                    | 7-10           | 1.7273*   | 1.9000*       | 2.5000    | 1.6667*     | 3.6000*   | 5.0000*** | 3.0000   |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 11** se observan diferencias altas respecto al factor de Sueño (F4a) en los sujetos que han tenido de 11-13 Empleos en la vida (F5.115, p.008), también en los sujetos que consumen de 4-6 Cigarros al día (F3.251, p.025). Existen diferencias altas en el factor Psicosexual (F4b), respecto a los sujetos que fuman de 4-6 Cigarros al día (F4.543, p.005). Existen diferencias significativas altas en el Factor Gastrointestinal (F4c) respecto a los sujetos que llevan tomando medicamentos de 1-10 años (F3.206, p.045). Es mayor el factor Psiconeurótico (F4d) en los sujetos que han tenido de 11-13 Empleos en la vida (F4.310, p.016), al igual que en personas que tienen un ingreso mensual de 21,000-30,000 (F3.530, p.033) y también hay diferencias significativas en la personas que fuman de 4-6 cigarros al día (F3.813. p.012). Es mayor el Factor

de Dolor (F4e) en los sujetos con un ingreso mensual de 20,000-30,000(F4.080, p.020), en los sujetos que consumen de 4-6 cigarros al día (F2.705, p.050). Es mayor la Ansiedad (F4f) en los sujetos que tienen de 11-15 actividades al día (F2.720, p.049), también en los sujetos que han tenido de 11-13 empleos en la vida (F3.324, p.040) y en los sujetos que fuman de 4-10 cigarros al día (F5.617, p.001).

**Tabla 12**

**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Estilo de Vida**

| Variabes                       | Grupos | F4a<br>Sueño | F4b<br>Psicosex. | F4c<br>Gastro. | F4d<br>Psicon. | F4e<br>Dolor | F4f<br>Ans. | F4g<br>Dep. |
|--------------------------------|--------|--------------|------------------|----------------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| Horas<br>libres a la<br>semana | 1-10   | 1.6317       | 1.4667           | 1.7735         | 1.8333         | 3.0359*      | 2.2564      | 2.0513      |
|                                | 11-20  | 1.4589       | 1.3000           | 1.6508         | 1.5397         | 2.2190*      | 1.8571      | 2.0000      |
|                                | 21-30  | 1.5868       | 1.2727           | 1.7424         | 1.5909         | 2.3636*      | 1.9091      | 2.1818      |
|                                | 31-40  | 1.5000       | 1.7000           | 1.0833         | 1.2500         | 1.9000*      | 1.0000      | 1.0000      |
|                                | 41-50  | 1.6364       | .9333            | 1.8889         | 1.5556         | 2.0000*      | 3.0000      | 1.6667      |
|                                | 61-72  | 1.1364       | .8500            | 1.0833         | 1.0000         | 1.7000*      | 1.5000      | 2.0000      |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

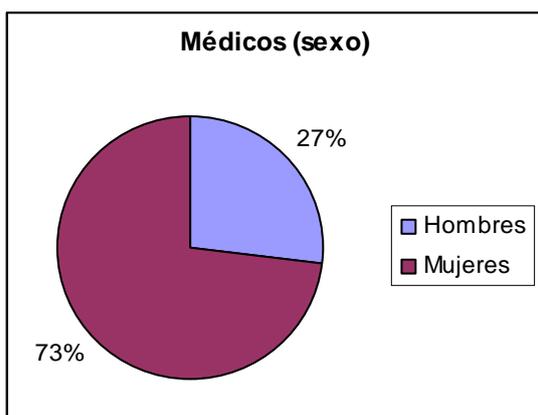
En la **Tabla 12** se observan que existe mayor Dolor (F4e) en los sujetos que tienen de 1-10 horas libres a la semana (F2.228, p.047).

## MÉDICOS

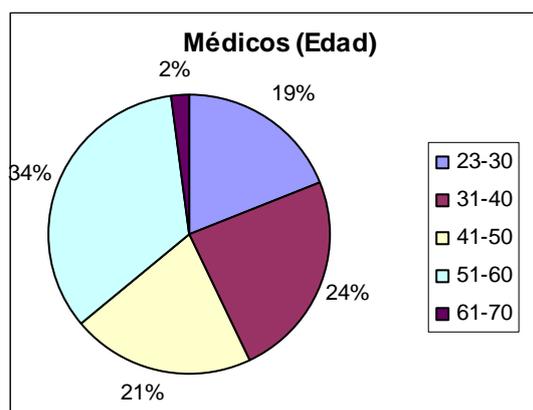
### Variables de Información Personal de la muestra

**Sexo:** Con los médicos se obtuvo que 27% eran de sexo masculino y 73% eran de sexo femenino. Esto muestra que el género femenino es representativo dentro del área de Medicina (**Gráfica 32**).

**Edad:** La edad de los sujetos de Medicina se ubica de 23 años a 70 años, de los cuales en el intervalo de 23-30 fue de 19% de los sujetos, de 31-40 fue de 24% de los sujetos, de 41-50 fue de 21% de los sujetos, de 51-60 fue de 34%= 34 sujetos y de 61-70 fue de 2% de los sujetos, se observa que existe mayor porcentaje de sujetos que se encuentra en el rango de edad de 51 a 60 años (**Gráfica 33**).



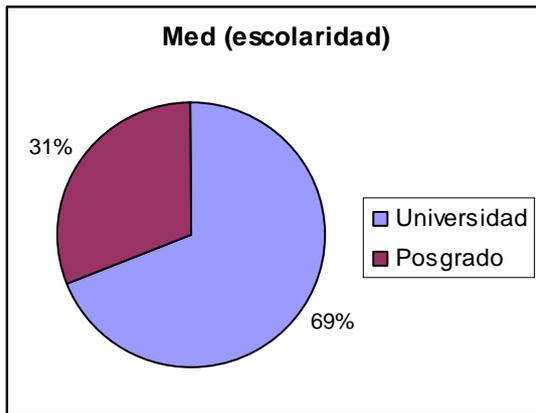
**Gráfica 32**



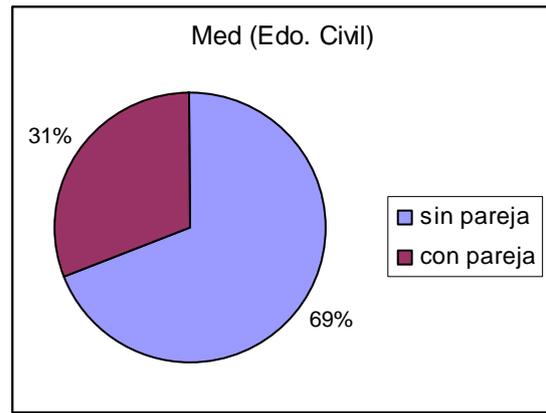
**Gráfica 33**

**Escolaridad:** Existen un 69% de los sujetos tienen un grado escolar de Universidad y un 31% tienen posgrado, mostrando que hay mayor número de sujetos con escolaridad de Universidad (**Gráfica 34**).

**Estado civil:** Se muestra que el 69% de los sujetos NO tiene pareja actualmente y el 31% de los sujetos SI tiene una relación de pareja (**Gráfica 35**).



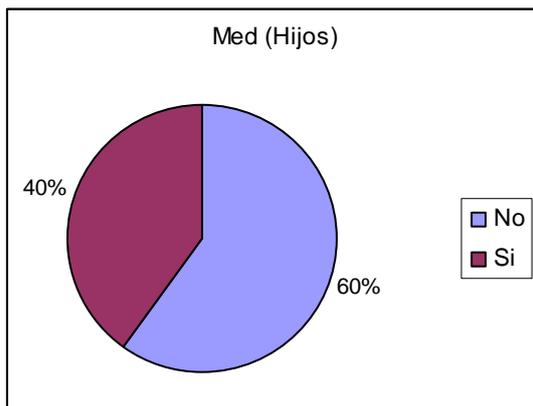
**Gráfica 34**



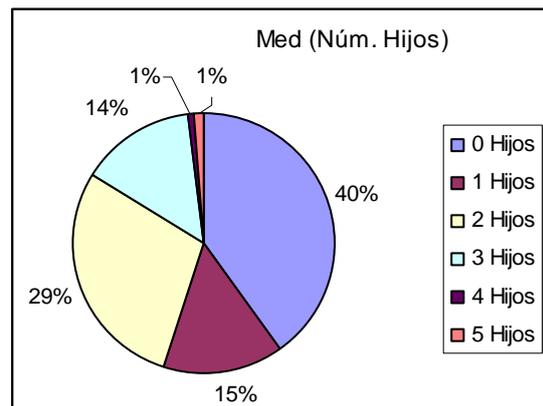
**Gráfica 35**

**Hijos:** El 60% indicó Si tener hijos mientras que el 40% No los tiene (Gráfica 36).

**Número de hijos:** El 40% NO tiene hijos, el 15% tiene 1 hijo, el 29% tiene 2 hijos, el 14% tiene 3 hijos, el 1% tiene 4 hijos, y el 1% tiene 5 hijos (Gráfica 37).



**Gráfica 36**

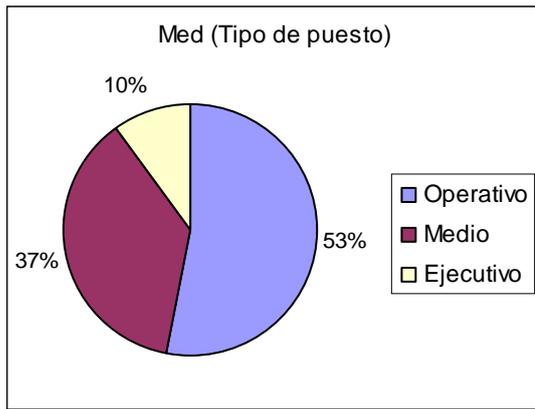


**Gráfica 37**

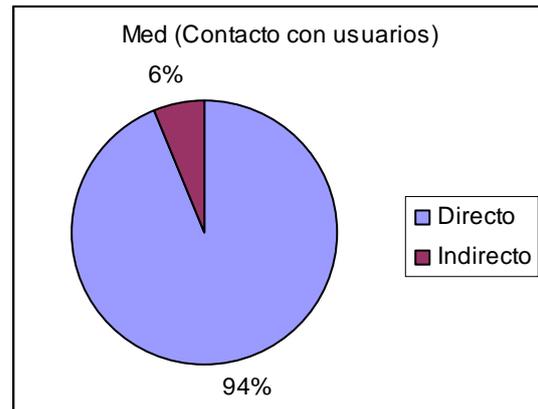
### **Variables de Historia Laboral de la muestra**

**Tipo de puesto:** se observa que el 53% de sujetos tiene un puesto Operativo, el 37% se ubica en un puesto Medio y el 10% tiene un puesto (Gráfica 38).

**Contacto con usuarios:** el 94% es decir 94 sujetos tienen contacto Directo con los usuarios, y el 6% tienen un contacto Indirecto con los usuarios (Gráfica 39).



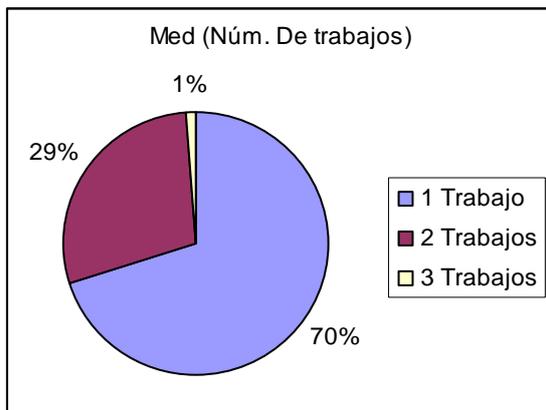
**Gráfica 38**



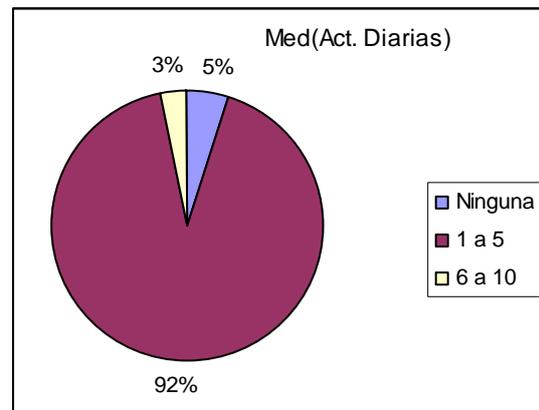
**Gráfica 39**

**Número de trabajos:** se puede observar que un 70% del personal de enfermería solo tiene 1 trabajo, el 29% labora en 2 trabajos actualmente y el 1% tiene 3 trabajos (**Gráfica 40**).

**Actividades diarias:** El 5% indica No tener actividades diarias 92% tiene de 1 a 5 actividades diarias y el 3% de 6 a 10 actividades al día (**Gráfica 41**).



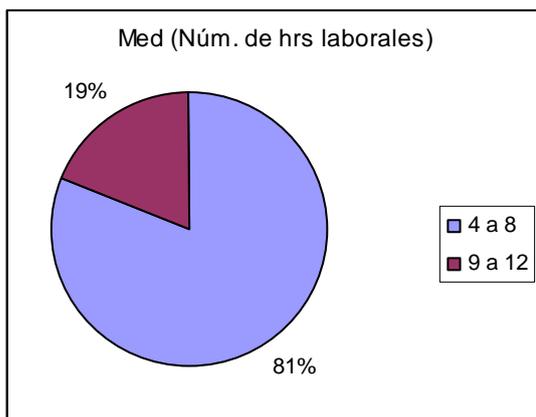
**Gráfica 40**



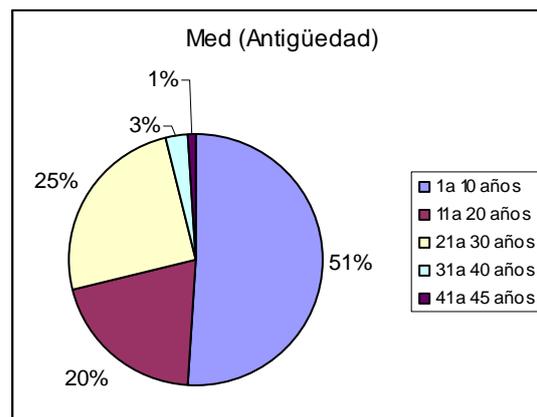
**Gráfica 41**

**Número de horas laborales:** el 81% es reporto tener de 4 a 8 horas diarias de trabajo y el 19% de 9 a 12 horas diarias de trabajo (**Gráfica 42**).

**Antigüedad laboral:** el 51% se ubica en el rango de 1-10 años de antigüedad, el 20% se ubica de 11-20 años, el 25% de 21-30 años, el 3% de 31-40 años y el 1% de 41-45 años de antigüedad (**Gráfica 43**).



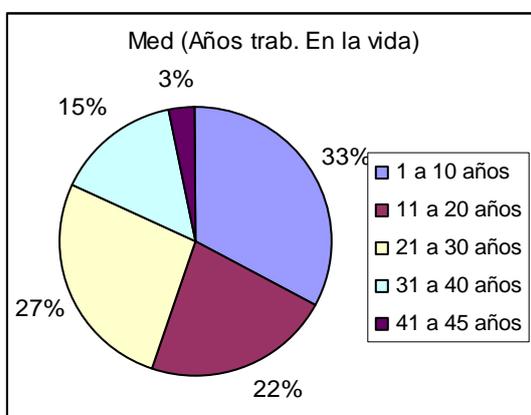
**Gráfica 42**



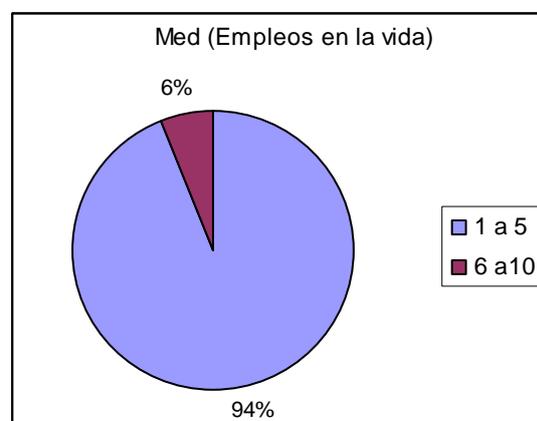
**Gráfica 43**

**Años trabajando durante la vida:** el 33% se encuentra se encuentra en el rango de 1-10 años trabajando, el 22% de 11-20 años, el 27% de 21-30 años, el 15% de 31-40 años y el 3% de 41-45 trabajando durante su vida (**Gráfica 44**).

**Empleos en la vida:** el 94% ha tenido de 1-5 y el 6% de 6-10 empleos en la vida (**Gráfica 45**).



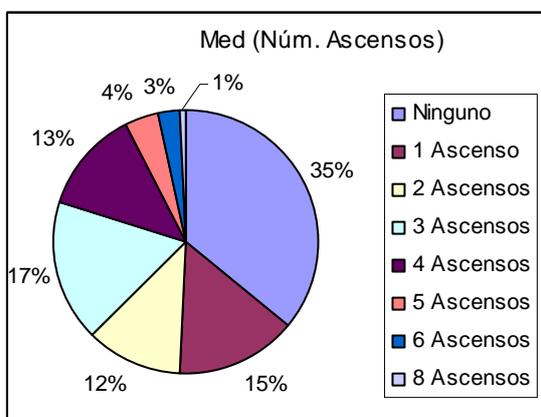
**Gráfica 44**



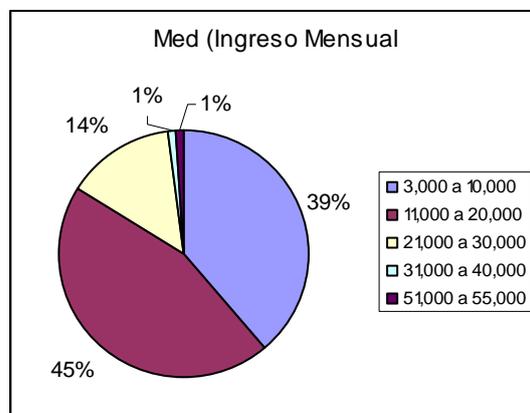
**Gráfica 45**

**Ascensos en la vida:** Se observa que 43% de los sujetos no han tenido ascensos, 18% de los sujetos han tenido 1 ascenso, 14% de los sujetos a tenido 2 ascensos, 15% de los sujetos han tenido 3 ascensos, 5% ha tenido 4 ascensos 3% han tenido 5 ascensos, el 1% ha tenido 6 ascensos durante su vida y el 1% 8 Ascensos en la vida (**Gráfica 46**).

**Ingreso mensual:** El 39% de sujetos se ubican en el rango de 3,000-10,000 pesos mensuales, el 45% se ubica de 11,000-20,000, el 14% de 21,000-30,000 pesos, el 1% se ubica en el rango de 31,000-40,000 y el 1% restante se ubica en 51,000-55,000 (**Gráfica 47**).



**Gráfica 46**

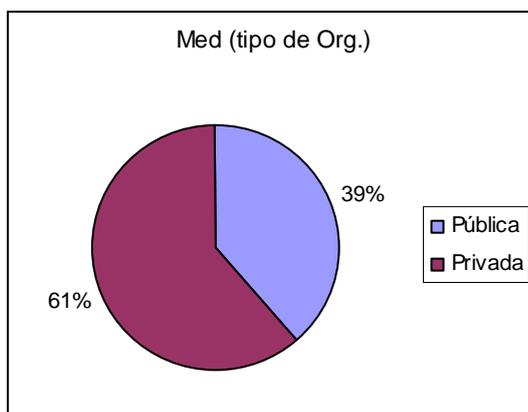


**Gráfica 47**

**Tipo de organización:** el 58% de los sujetos son de una Institución Pública, y el 42% de los sujetos trabajan en una Institución Privada (**Gráfica 48**).

**Personas a cargo:** el 100% reporta que SI tiene personas a su cargo

**Número de personas a cargo:** el 100% reporta tener de 1-10 personas a cargo.

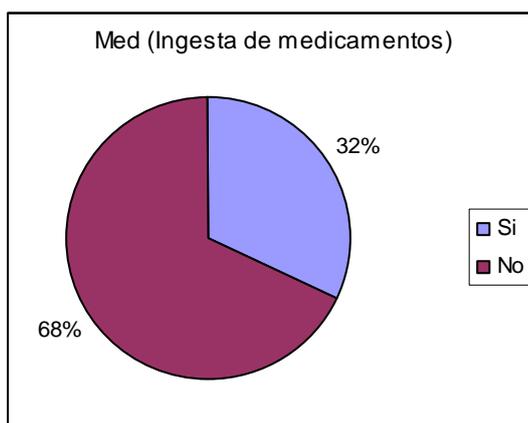


**Gráfica 48**

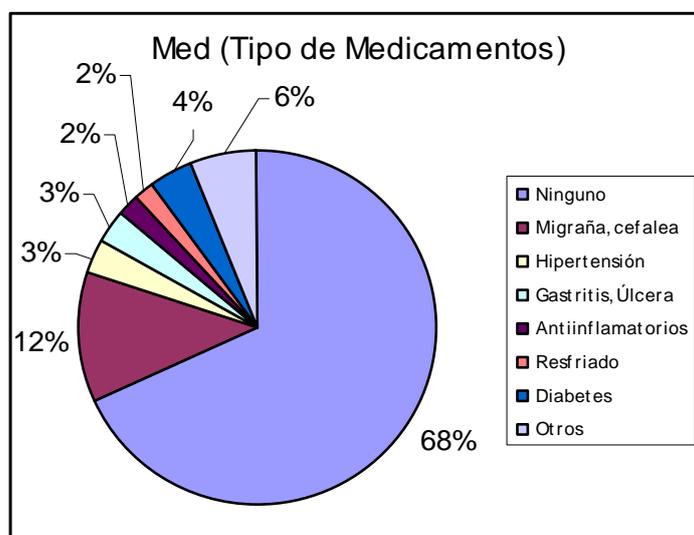
### Variables de Estilo de Vida de la muestra

**Ingesta de medicamentos:** el 32% de sujetos indicaron SI ingerir medicamentos, mientras que el 68% de sujetos indicaron NO ingerir Medicamentos (**Gráfica 49**).

**Tipo de Medicamentos:** el 68% de los sujetos reportaron NO ingerir ningún tipo de Medicamento, el 12% menciona ingerir algún tipo de Medicamento para padecimientos como: Migraña, cefaleas y dolores corporales. El 3% reporto ingerir medicamentos para la Hipertensión. El 3% toma Medicamentos para la Gastritis y/o Úlceras. El 2% reporto tomar medicamentos Antiinflamatorios. El 2% reporto tomar medicamentos para el resfriado, el 4% para la diabetes, y el 6% para el climaterio, asma, antioxidantes, vitaminas, neuritis y para el hipertiroidismo (**Gráfica 50**).



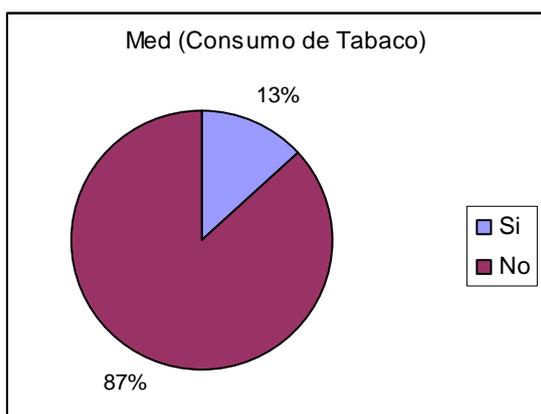
**Gráfica 49**



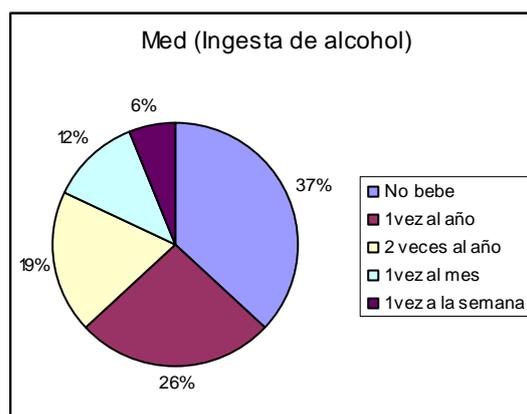
**Gráfica 50**

**Consumo de Tabaco:** el 13% indico que Si fuma, y el 87% reporto que No fuma (**Gráfica 51**).

**Ingesta de alcohol:** el 37% indico que NO bebe alcohol, el 26% indico que bebe solo Una vez al año, el 19% indico que bebe alcohol Dos veces al año, el 12% indico que bebe alcohol Una vez al mes y el 6% reporto beber cada semana (**Gráfica 52**).



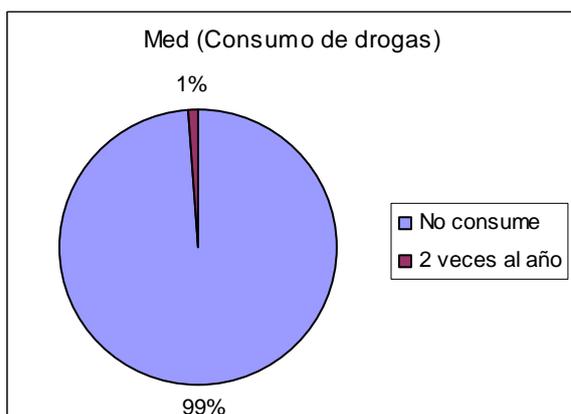
**Gráfica 51**



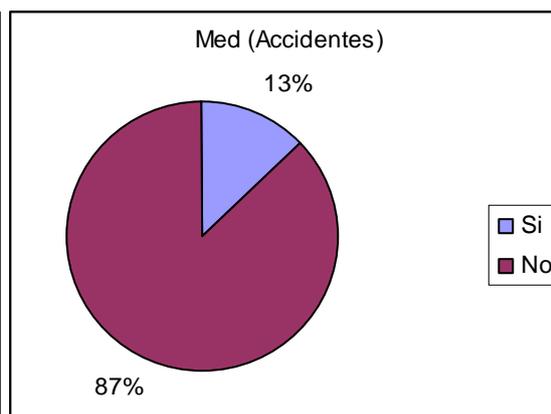
**Gráfica 52**

**Consumo de drogas:** El 99% reporto que NO consume drogas y solo el 1% reporto que consume drogas una vez veces al año (**Gráfica 53**).

**Accidentes:** El 13% indica haber sufrido un accidente, mientras que el 87% indica no haber sufrido accidentes (**Gráfica 54**).



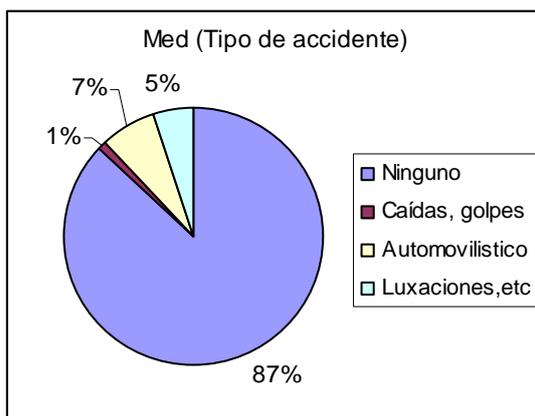
**Gráfica 53**



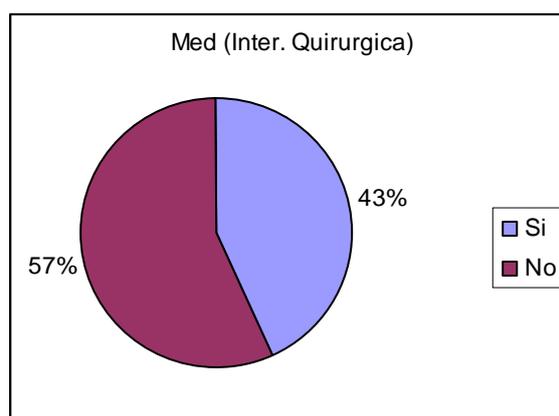
**Gráfica 54**

**Tipo de accidentes:** El 87% indico no haber tenido accidentes, el 1% menciona haber sufrido accidentes como: golpes o caídas. El 7% menciona haber sufrido accidentes automovilísticos. El 5% menciona sufrir luxaciones, fracturas ó esguinces (**Gráfica 55**).

**Intervenciones quirúrgicas:** El 43% presenta haber tenido alguna intervención quirúrgica, mientras que el 57% presenta NO haber tenido intervenciones quirúrgicas (**Gráfica 56**).



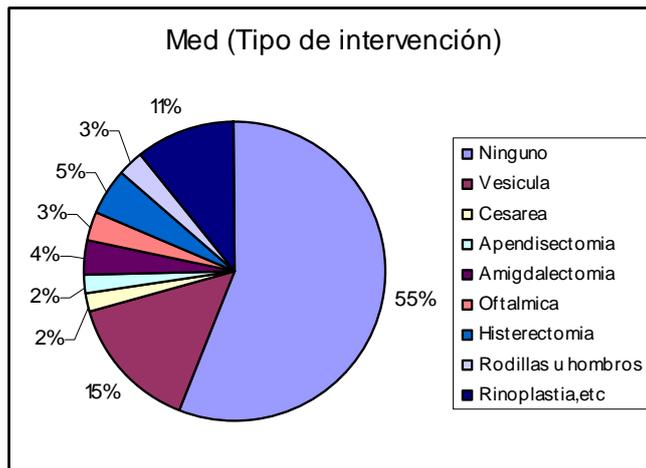
**Gráfica 55**



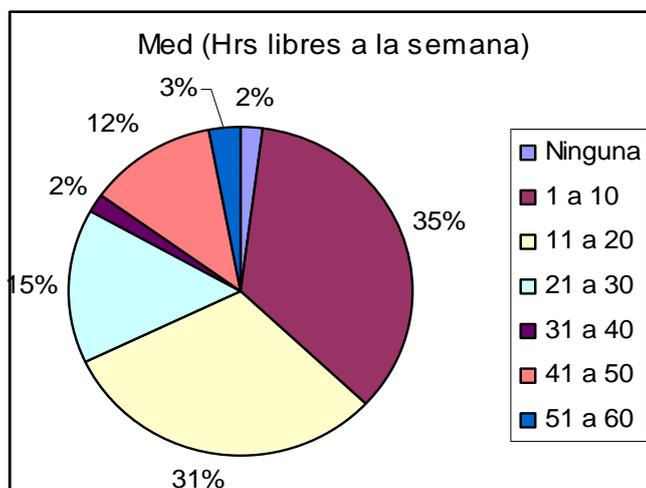
**Gráfica 56**

**Tipo de intervención:** El 57% corresponde a quienes no han presentado intervenciones quirúrgicas, el 15% reporta que fue por la vesícula, el 2% reporta que fue por cesárea, el 2% reporta que fue por apendicetomía, el 4 % reporta que fue por amigdalectomía, el 3% fueron intervenciones oftálmicas el 5% fueron histerectomía, el 3% fueron Intervenciones de rodillas u hombros, y el 11% fueron intervenciones de rinoplastia, laparotomía, quiste ovárico, proctológica, columna vertebral, salpingooforectomía, hernia, tímpano plastia, vasectomía, colecistectomia y glándulas paratiroides (**Gráfica 57**).

**Horas libres a la semana:** El 2% corresponde a quienes NO tienen horas libres a la semana, el 35% se ubica en el rango de 1-10 horas a la semana, el 31% se ubica de 11-20 horas, el 15% de 21-30 horas, el 2% de 31-40 horas, el 12% de 41-50 horas a la semana, el 3% de 51-60 horas libres a la semana (**Gráfica 58**).



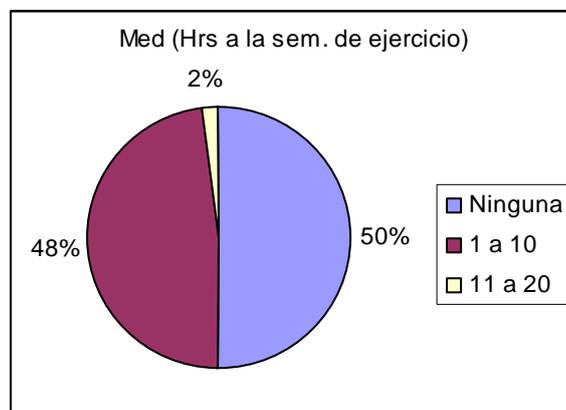
**Gráfica 57**



**Gráfica 58**

**Realizar ejercicio:** El 50% corresponde a los sujetos que indican Si hacer ejercicio mientras que el 50% reporta No hacer ejercicio.

**Horas a la semana ejercicio:** El 50% reporta NO hacer ejercicio, el 48% reporta hacer de 1 a 10 horas a la semana de ejercicio, y el 2% reporta que realiza de 11 a 20 horas de ejercicio a la semana (**Gráfica 59**).



**Gráfica 59**

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una correlación producto-momento de Pearson entre El Desgaste Ocupacional es decir los 3 factores (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización y F3 Insatisfacción) y los trastornos psicosomáticos (F4 Trastornos del sueño, trastornos Psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos Psiconeurótico, trastornos de dolor, trastornos de ansiedad y trastornos de depresión).

**Tabla 13**

**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Trastornos psicosomáticos.**

| Variables<br>(Trastornos<br>psicosomáticos) | F1 Agotamiento | F2<br>Despersonalización | F3 Insatisfacción |
|---|----------------|--------------------------|-------------------|
| Sueño                                       | .406**         | .150                     | .267**            |
| Psicosexuales                               | .380**         | .179                     | .316**            |
| Gastrointestinales                          | .307**         | .151                     | .272**            |
| Psiconeurótico                              | .368**         | .180                     | .300**            |
| Dolor                                       | .506**         | .217*                    | .431**            |
| Ansiedad                                    | .466**         | .112                     | .289**            |
| Depresión                                   | .446*          | .281**                   | .434**            |

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

Se puede observar en la **Tabla 13** una correlación positiva en el **Factor de Agotamiento (F1)** respecto a los Trastornos del Sueño, Psicosexuales, Gastrointestinales, Psiconeurótico, de Dolor, de Ansiedad y de Depresión. El **Factor de Despersonalización (F2)** tuvo una correlación en los Trastornos de Dolor y de Depresión. El **Factor de Insatisfacción (F3)** tiene al igual que el Factor de Agotamiento una correlación positiva en todos los Trastornos Psicosomáticos.

Se llevo a cabo también correlaciones producto-momento de Pearson entre el Desgaste Ocupacional y las variables: edad, años con la pareja, numero de hijos, número de trabajos, actividades al día, horas de trabajo, antigüedad en el trabajo, años trabajando en la vida, empleos durante la vida, ascensos en la vida, ingreso mensual, número de personas a cargo, ingesta de medicamentos, cuales medicamentos, tiempo tomando medicamentos,

accidentes, número de cigarrillos que fuman, horas libres a la semana y horas que dedican al ejercicio.

**Tabla 14**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Información Personal**

| <b>Variables</b> | <b>F1 Agotamiento</b> | <b>F2 Despersonalización</b> | <b>F3 Insatisfacción</b> | <b>F4 Trastornos psicosomáticos</b> |
|------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Edad             | -.218*                | -.216*                       | -.240*                   | -.042                               |
| Años con pareja  | -.300**               | -.036                        | -.254*                   | -.138                               |

\*<=.05    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

Se observa en la **Tabla 14** correlaciones negativas en el Agotamiento (F1) respecto a la edad y los años con la pareja. Una correlación negativa respecto a la Despersonalización (F2) y la edad. Existe una correlación negativa en la Insatisfacción (F3) respecto a la edad y los Años con la Pareja.

**Tabla 15**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Historia Laboral.**

| <b>Variables</b>         | <b>F1 Agotamiento</b> | <b>F2 Despersonalización</b> | <b>F3 Insatisfacción</b> | <b>F4 Trastornos psicosomáticos</b> |
|--------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Act. al día              | -.009                 | -.010                        | .272**                   | .043                                |
| Años trabajando          | -.194                 | -.200*                       | -.225*                   | -.039                               |
| Ascensos en la vida      | .182                  | .117                         | .210*                    | .121                                |
| Núm. de personas a cargo | .303**                | .042                         | .308**                   | -.061                               |

\*<=.05    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

Se observa en la **Tabla 15** que en el Agotamiento (F1) existe una correlación positiva respecto al número de personas a cargo. Existe una correlación negativa respecto a la despersonalización (F2) y a los años trabajando. En la Insatisfacción (F3) existen correlaciones positivas respecto a las Actividades al día y el Número de personas a cargo.

**Tabla 16**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional (Burnout) y Variables de Estilo de vida.**

| Variables                    | F1<br>Agotamiento | F2<br>Despersonalización | F3<br>Insatisfacción | F4<br>Trastornos<br>psicosomáticos |
|------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Cigarros al día              | .171              | .008                     | .186                 | .219*                              |
| Hrs de ejercicio a la semana | -.202*            | -.065                    | -.266**              | -.238*                             |

\*<=.05    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

Se observa en la **Tabla 16** una correlación negativa en el Agotamiento (F1) en relación a las horas de ejercicio a la semana. Existe una correlación negativa en la Insatisfacción (F3) respecto a las Hrs. de ejercicio a la semana y en los Trastornos psicosomáticos (F4) existe una correlación positiva respecto al Núm. De cigarros al día y una negativa respecto a Hrs. de ejercicio a la semana.

**Tabla 17**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre los Trastorno Psicosomáticos (F4) y Variables de Estilo de vida**

| Variables                     | F4a<br>Sueño | F4b<br>Psicosex. | F4c<br>Gastro. | F4d<br>Psicon. | F4e<br>Dolor | F4f<br>Ans. | F4g<br>Dep. |
|-------------------------------|--------------|------------------|----------------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| Tiempo tomando medicamentos   | .315**.      | .220*            | .180           | .388**         | .320**       | .316**      | .333**      |
| Cigarros al día               | .166         | .273**           | .099           | .225*          | .197*        | .069        | .183        |
| Hrs. de Ejercicio a la semana | -.168        | -.186            | -.168          | -.109          | -.286**      | -.194       | -.232*      |

\*<=.05    \*\*<=.01    \*\*\*<=.001

En la **Tabla 17** se muestra que existe una correlación positiva en el Factor Sueño (F4a) respecto al Tiempo que llevan tomando medicamentos. En el Factor Psicosexual F4b hay correlaciones positivas en relación a los Cigarros que consumen al día. Existen correlaciones positivas en el Factor de dolor (F4e) respecto al Tiempo que llevan tomando medicamentos y a los Cigarros que consumen al día, y una correlación negativa con las Hrs. de ejercicio a la semana. En el factor depresión (F4g) existe una correlación positiva respecto al

Tiempo que llevan tomando medicamentos y una correlación negativa respecto a las Hrs. de ejercicio a la semana.

También se realizó un análisis de varianza de una vía entre Factores 1, 2, 3 y 4 (Agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción y Psicósomáticos) con las variables demográficas edad, años con la pareja, número de hijos, número de trabajos, actividades al día, horas de trabajo, antigüedad en el trabajo, años trabajando en la vida, empleos durante la vida, ascensos en la vida, ingreso mensual, número de personas a cargo, tiempo tomando medicamentos, tipos de intervenciones quirúrgicas, número de cigarrillos que fuman, horas libres a la semana y horas que dedican al ejercicio.

**Tabla 18**  
**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Información Personal**

| Variables       | Grupos | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|-----------------|--------|----------|----------|-----------|----------------|
| Años con pareja | 1-10   | 2.5952*  | 1.9048   | 1.9554    | 1.5188         |
|                 | 11-20  | 2.6000*  | 1.9037   | 1.6556    | 1.7950         |
|                 | 21-30  | 2.3333*  | 2.0741   | 1.6056    | 1.5350         |
|                 | 31-40  | 1.7778*  | 1.6444   | 1.4167    | 1.5650         |
|                 | 41-50  | 2.6667*  | 1.5556   | 1.0000    | .9250          |

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

La **Tabla 18** muestra que el Agotamiento (F1) es superior en los sujetos que llevan de 41-50 Años con la pareja F1 (F3.077, p.013).

**Tabla 19**  
**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables de Historia Laboral**

| Variables                | Grupos         | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|--------------------------|----------------|----------|----------|-----------|----------------|
| Ascenso en la vida       | 1-2            | 2.5000   | 1.7951*  | 1.8333*   | 1.6883         |
|                          | 3-5            | 2.6377   | 1.8454*  | 1.8297*   | 1.6772         |
|                          | 6-7            | 4.2222   | 3.8333*  | 3.5833*   | 2.1750         |
| Ingreso Mensual          | -3,000-10,000  | 2.7949   | 1.8718   | 1.8675*   | 1.6628         |
|                          | -11,000-20,000 | 2.5654   | 2.0519   | 1.9204*   | 1.6589         |
|                          | -21,000-30,000 | 2.1825   | 1.5397   | 1.5536*   | 1.7696         |
|                          | -31,000-40,000 | 3.3333   | 3.5556   | 1.6667*   | 1.9000         |
|                          | -51,000-55,000 | 2.5556   | 1.0000   | 1.0833*   | 1.0000         |
| Núm. De personas a cargo | 1-10           | 2.5848*  | 2.0556   | 1.8509**  | 1.6178         |
|                          | 11-20          | 3.1481*  | 1.7778   | 2.5000**  | 2.1750         |
|                          | 21-30          | 1.5556*  | 1.2778   | 1.2917**  | 1.2250         |
|                          | 51-60          | 3.5000*  | 1.3333   | 1.7083**  | 1.1750         |
|                          | 61-70          | 2.6667*  | 1.5556   | 3.0833**  | 1.2500         |
|                          | 71-300         | 4.8889*  | 2.3333   | 3.9583**  | 1.8375         |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

La **Tabla 19** muestra que el Agotamiento (F1) es mayor en los médicos que tienen de 71-300 Personas a cargo (F3.023, p.010), La Despersonalización es mayor en los sujetos que tienen de 6-7 Ascenso en su vida (F4.708, p.004). La Insatisfacción (F3) es mayor en las personas que han tenido de 6-7 Ascenso en la vida (F2.941, p.037), en los sujetos que tienen un Ingreso Mensual de 11,000-20,000 (F2.728, p. 034) y en los Médicos que tienen de 71-300 personas a cargo (F3.343, p.005).

**Tabla 20**

**Análisis de Varianza entre el Desgaste Ocupacional y Variables Estilo de Vida**

| Variables                   | Grupos | F1 Agot. | F2 Desp. | F3 Insat. | F4 Tras. Psic. |
|-----------------------------|--------|----------|----------|-----------|----------------|
| Tiempo tomando medicamentos | 1-10   | 2.6741   | 1.9852   | 1.7111    | 1.6333*        |
|                             | 11-20  | 3.0556   | 2.0111   | 2.1250    | 2.0325*        |
|                             | 21-29  | 3.3016   | 1.7143   | 2.2857    | 2.3321*        |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

La **Tabla 20** muestra que los Trastornos Psicossomáticos (F4) son mayores en los sujetos quienes llevan tomando medicamentos de 21-29 años (F2.309, p.013).

**Tabla 21**

**Análisis de Varianza entre los Trastornos psicossomáticos y Variables de Historia Laboral**

| Variables        | Grupos | F4a Sueño | F4b Psicosex. | F4c Gastr. | F4d Psicon. | F4e Dolor | F4f Ans. | F4g Dep. |
|------------------|--------|-----------|---------------|------------|-------------|-----------|----------|----------|
| Num. De trabajos | 1-2    | 1.5886    | 1.2424        | 1.6869     | 1.5219      | 2.2323    | 2.0202*  | 2.1111   |
|                  | 3-4    | 1.3636    | .7000         | 1.0000     | 1.0000      | 1.0000    | 6.0000*  | 1.0000   |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 21** se observa que la Ansiedad es mayor en los sujetos que tienen de 3-6 Trabajos (F10.112, p.002).

**Tabla 22**

**Análisis de Varianza entre los Trastornos psicósomáticos y Variables de Estilo de vida**

| <b>Variabes</b>                     | <b>Grupos</b> | <b>F4a<br/>Sueño</b> | <b>F4b<br/>Psicosex.</b> | <b>F4c<br/>Gastro.</b> | <b>F4d<br/>Psicon.</b> | <b>F4e<br/>Dolor</b> | <b>F4f<br/>Ans.</b> | <b>F4g<br/>Depr.</b> |
|-------------------------------------|---------------|----------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Tiempo<br>tomando<br>medicamentos   | 1-10          | 1.5273               | 1.3400*                  | 1.4667                 | 1.5111*                | 2.2133               | 1.7333              | 2.0000               |
|                                     | 11-20         | 1.8636               | 1.6000*                  | 2.0500                 | 1.6667*                | 2.7800               | 2.7000              | 2.7000               |
|                                     | 21-29         | 2.3377               | 1.5429*                  | 2.1905                 | 2.3571*                | 3.0286               | 3.4286              | 3.1429               |
| Núm. de<br>cigarros al día          | 1-3           | 1.4773*              | 1.3125                   | 1.3750                 | 1.4583                 | 2.2500               | 2.0000              | 2.2500               |
|                                     | 4-6           | 1.9091*              | 1.1000                   | 1.5000                 | 2.5000                 | 3.2000               | 1.0000              | 2.0000               |
|                                     | 7-10          | 2.1364*              | 1.9750                   | 2.2083                 | 2.1667                 | 3.0500               | 2.7500              | 3.2500               |
| Hrs. de<br>ejercicio a la<br>semana | 1-10          | 1.4886               | 1.1771                   | 1.5625                 | 1.5000                 | 1.9542*              | 1.7917              | 1.7708*              |
|                                     | 11-20         | 1.2273               | .9000                    | 1.1667                 | 1.0000                 | 1.4000*              | 1.5000              | 2.0000*              |

\*<=.05 \*\*<=.01 \*\*\*<=.001

En la **Tabla 22** muestra que el factor Psicosexual (F4b) en los sujetos que llevan tomando medicamentos de 21-29 años (F3.761, p.013) y en los sujetos que fuman de 7-10 Cigarros al día (F2.998, p.034). El Factor Psiconeurótico (F4d) es mayor en los sujetos que llevan Tomando medicamentos de 21-29 años (F3.761, p.013). El Factor de Dolor (F6e) es mayor en los sujetos en quienes tienen de 11-20 Hrs. de ejercicio a la semana (F4.863, p.010). El Factor Depresión (F4g) es mayor en los sujetos que realizan de 11-20 hrs. de ejercicio a la semana.

## ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH)

**Tabla 23**  
**Análisis de consistencia Interna**

|                           | <b>REACTIVOS</b> | <b>ALFA</b> |
|---------------------------|------------------|-------------|
| <b>Agotamiento</b>        | 9                | .727        |
| <b>Despersonalización</b> | 9                | .661        |
| <b>Insatisfacción</b>     | 12               | .867        |
| <b>General</b>            | 30               | .878        |

Así mismo, se analizó (**Tabla 23**) la consistencia interna del instrumento Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), el cual consta de 70 reactivos, de los cuales 30 son teóricos, 40 son psicossomáticos (derivados del DSM IV) y 35 sociodemográficos. Para esta investigación se analizaron tres factores, los cuales son los 30 reactivos teóricos; para el primer factor denominado Agotamiento conformado por los reactivos (2,4,5,6,14,19,20,26,27) se obtuvo un Alfa de Cronbach de .727, para el segundo factor denominado Despersonalización conformado por los reactivos (3,7,9,16,18,21,22,23,29) se obtuvo un Alfa de Cronbach de .661 y por último para el tercer factor denominado Insatisfacción (1,8,10,11,12,13,15,17,24,25,28,30) se obtuvo un Alfa de Cronbach de .867. Finalmente se obtuvo un Alfa de Cronbach general de .878, lo cual indica gran consistencia interna entre los elementos de la escala.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Con el presente estudio se logró identificar la relación y las diferencias entre el Burnout y las variables demográficas en los médicos y el personal de enfermería. De acuerdo a los datos obtenidos se puede rechazar la hipótesis nula:

Ho: No existe relación y/o diferencias estadísticamente significativas en Burnout y variables demográficas entre médicos y enfermeras.

Y aceptar la hipótesis alterna:

H1: Existe relación y/o diferencias estadísticamente significativas en Burnout y variables demográficas entre médicos y enfermeras.

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional obtuvo un Alfa de Cronbach general de .878 , lo cual indica gran consistencia interna entre los elementos de la escala, es decir, que la *fiabilidad* en el instrumento le da la capacidad para medir de forma consistente, precisa y sin error la característica que se desea medir.

Se observa que en el personal de enfermería hay correlaciones positivas en su mayoría respecto al factor de agotamiento y trastornos psicósomáticos, es decir que con un mayor agotamiento es mayor la aparición de los trastornos psicósomáticos referentes al sueño, psiconeuróticos, gastrointestinales, psicosexuales, dolor, ansiedad y depresión. A diferencia de los médicos, ellos presentan mayores correlaciones con el factor de agotamiento e insatisfacción lo que provoca mayores padecimientos o trastornos psicósomáticos. En relación a la conducta del hombre con su salud, no cabe duda que el factor decisivo de este nuevo enfoque en el campo de la salud ha sido que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables como lo es el exceso de actividades y presiones que lleva al agotamiento (Oblitas, 2004).

Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud, la cual depende, en gran medida, de comportamientos tales como tener hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de éstos, etc (Oblitas, 2004).

Otro factor que se presentó en el Análisis de Varianza fue el agotamiento en quienes tuvieron de 6-7 ascensos en la vida en el personal de enfermería, quizá sea, como se menciona en Oblitas (2004), porque debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que su situación o estado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

Respecto al personal médico las correlaciones más importantes muestran que conforme tengan mayor tiempo con la pareja existirá menos agotamiento e insatisfacción, quizá ocurra por que es una de las necesidades del ser humano que menciona Maslow, referente a la necesidad de seguridad y las necesidades sociales y que de alguna manera le hará sentirse autorrealizado y le brindará apoyo, esto funciona como una motivación que le servirá al individuo a llevar su vida con mayor tranquilidad (Reeve, Joharshall, 2000). El apoyo social supone aportaciones tanto emocionales ante el éxito y fracaso de la propia tarea como ayuda instrumental en el ejercicio profesional. Actúa también como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipos cognitivo ante la propia tarea. El apoyo social puede provenir de fuentes diferentes como pueden ser los supervisores inmediatos, los compañeros de trabajo, la cultura corporativa o los factores extralaborales y la pareja, especialmente la familia (Davis-Sacks, Jayaratne y Chess, 1985, citado en Buendía, 2001).

De igual forma en los médicos se observa que hay una correlación que expone que mientras sean más los años que lleva el sujeto trabajando menos

será la despersonalización y la insatisfacción que presente. Las conductas de salud son aquellas que lleva a cabo un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb, 1966). Dichos comportamientos incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente o desarrollarse en un trabajo que los motive. En muchos casos los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar (Walsh, 1998), o la posibilidad de crecer y madurar, o de adquirir nuevas destrezas, que mejoren los recursos de autoeficacia y autoconfianza o desarrollen otras habilidades que acrecienten el bienestar como lo es continuar laborando en situaciones adecuadas (Oblitas, 2004).

También existe en los médicos un aumento en el agotamiento e insatisfacción cuando tienen mayor número de personas a cargo. No sólo son importantes para la salud del individuo los efectos a nivel orgánico que produce el estrés u otras emociones negativas. Una persona que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de comportamientos saludables. Las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las que no lo sufren (Wiebe y McCallum, 1986, citado en Oblitas, 2004)

Otras correlaciones muestran que los médicos que realizan menos horas de ejercicio a la semana sufren de mayor agotamiento, insatisfacción y la presencia de trastornos psicosomáticos y los que dedican mayor tiempo de ejercicio a la semana padecen de menor depresión. El ejercicio es una de las formas más sencillas y efectivas de reducir el estrés, constituyendo una descarga natural para el organismo. Después del ejercicio intenso, el organismo vuelve a su estado normal de equilibrio, produciendo en el individuo la sensación de sentirse fresco y relajado. La falta general de ejercicio es un contribuyente importante a la aparición de enfermedades cardíacas, de obesidad, de enfermedades de la columna y de los discos intervertebrales, de la fatiga, la tensión muscular y la depresión, entre otras (Davis, 1985). Las causas de las enfermedades son numerosas, pero una de las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud, como el sedentarismo, entre

otras., así como aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a regular la emoción frente a situaciones estresantes (Lazarus, 1986, citado en Oblitas, 2004) que resultan nocivas.

También es mayor el agotamiento, la insatisfacción y los trastornos psicosomáticos en quienes no realizan ejercicio de forma particular; respecto a los trastornos psicosomáticos es mayor el dolor, la ansiedad y depresión en quienes no realizan ejercicio. Esto puede deberse, como se menciona en Oblitas (2004) a que la vida sedentaria favorece la acumulación de tensiones y el desarrollo de todo tipo de alteraciones físicas y emocionales. Por el contrario, los beneficios de realizar sistemáticamente una práctica de ejercitación física son profundos y múltiples, tanto desde el punto de vista de la salud corporal como del bienestar psicológico.

Realizar una actividad física de modo regular es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada (Oblitas. 2004).

La conclusión del estudio fue que el problema del estrés está presente en todos los medios y ambientes. La bibliografía revela que uno de los ámbitos más afectado es el laboral, debido a los reajustes, la competencia y los constantes cambios de la nueva tecnología. De acuerdo a Oblitas (2004) la excesiva responsabilidad, los desafíos, la relación con el resto de los trabajadores, la falta de toma de decisiones, incluso la sensación de monotonía, los sentimientos de alineación o la escasa valoración por parte de los superiores y el horario pueden desencadenar el estrés profesional. Sus consecuencias oscilan desde los estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, descenso de la autoestima, insomnio, hasta asma, hipertensión, úlceras, etc

La presente investigación aportó datos valiosos, en cuanto a las consecuencias del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout), así como la relación que existe entre algunos trastornos psicosomáticos. Todos estos datos obtenidos servirán para ser tomados en cuenta en futuras investigaciones y así lograr mejorar la calidad de vida de los trabajadores, ya que muchas veces no

son tomados en cuenta y principalmente cuando presentan trastornos psicosomáticos ya que muchas veces desconocen qué los origina

Como se ha mostrado en este proyecto y como menciona (Ruíz, 1987), el trabajo es parte esencial del ser humano, es la acción que el hombre realiza para dominar o transformar la naturaleza con el propósito de obtener satisfactores de sus necesidades, cada día más complejas y alejadas de aquellas necesidades primitivas de orden de vista trascendente

En muchas ocasiones el trabajo termina por convertirse en una actividad alienante que no satisface las expectativas que se ponen en él. Se va formando entonces el trabajador quemado o con desgaste ocupacional, al que se asocian una serie de síntomas que pueden influir tanto a nivel cognitivo, como somático y emocional: depresión, ansiedad, desánimo, falta de ilusiones, fatiga, nerviosismo y falta de concentración, irritabilidad, agresividad, labilidad emocional, apatía, inhibición del deseo sexual, carencia de expectativas de promoción, agotamiento físico y mental, pérdida de energía y sensación de frustración, astenia y agitación al mismo tiempo, tics nerviosos, alteraciones gastrointestinales, insomnio, cefaleas, dolores de espalda, temblor de manos, alto ritmo en las palpitations o taquicardia y pinchazos en el pecho, consumo o abuso de alcohol y otras drogas, y agotamiento. Incluso aumenta la presión arterial y pueden alterarse otros elementos físicos como el colesterol, la glucemia o el ácido úrico (en definitiva, despersonalización o deshumanización, agotamiento profesional y falta de realización personal) son algunos de los síntomas del trabajador quemado o afectado por el síndrome del desgaste profesional, que en psiquiatría se enmarca en los trastornos adaptativos crónicos.

Debido a esto es necesario estudiar los distintos inconvenientes que nacen de esta actividad, y que es parte fundamental del hombre. El Burnout viene a ser uno de estos inconvenientes que devienen en problemas graves de salud en las personas trabajadoras y a su vez provocan problemas dentro de una organización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición en 1946 y de acuerdo a ésta, la salud es: “el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de enfermedad” (Marks, 2008).

Así también la salud y con ello la manifestación del Burnout en los trabajadores como lo son médicos y enfermeras, es responsabilidad tanto de la persona misma, pero en mayor medida de la institución, como mencionan algunos autores en el presente, ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, citado en Oblitas, 2004).

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

En cuanto a las consecuencias para la organización se encuentran: el deterioro de la calidad asistencial, una baja satisfacción laboral, el incremento en el ausentismo laboral, la tendencia al abandono laboral, una disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, el incremento de los

conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Gil-Monte, 2003).

Uno de los primeros pasos en el tratamiento del estrés es ser consciente del problema. El profesional sanitario debe examinar cuidadosamente su estrés en términos de las exigencias profesionales y familiares. Dependiendo del problema se deben tomar las medidas que sean adecuadas para reducir el estrés. Se deberían desarrollar estrategias especiales del tratamiento del estrés apropiadas y dirigidas a los doctores de hospital, médicos de cabecera, enfermeros y otros profesionales del cuidado de la salud con el objetivo de reducir o eliminar el estrés. El estrés que padecen los profesionales sanitarios no sólo hace que merme su propia salud sino que puede afectar negativamente el tratamiento del paciente. Por lo tanto, es necesario que las organizaciones que representan a estos profesionales tomen las medidas de acción adecuadas para reducir y tratar el estrés. Por ejemplo, el Servicio Nacional de la Salud y autoridades de servicios sanitarios familiares podrían tomar iniciativa de consultar con los profesionales encargados de los cuidados primarios y secundarios con el fin de diseñar y llevar a cabo las estrategias adecuadas para el tratamiento del estrés. El estrés se puede reducir al mejorar las relaciones entre los diferentes miembros de un equipo y creando equipos de apoyo. Chapman (1993) examinó la relación entre los apoyos que reciben los enfermeros y los factores de estrés. La conclusión del estudio fue que el identificar y reforzar las estrategias efectivas de adaptación y el desarrollar relaciones de apoyo puede hacer capaces a los enfermos de realizar un mejor trabajo de enfermería. Los grupos de apoyo y seguimiento deberían promoverse y formalizarse. Cuando el problema es grave, como ocurre cuando un doctor está enfermo, se requiere esta ayuda profesional.

Es necesario proveer del adecuado entrenamiento a aquellos que se encuentran en sus años de aprendizaje de la profesión médica o de enfermería, para que continúen durante años ejerciendo la profesión de manera que sean capaces de manejar mejor los estresores de la medicina o la enfermería. Los fallos son inevitables en la profesión médica o en

enfermería, por lo tanto, se debería proveer de entrenamiento en técnicas para manejar la culpa cuando hay un fallo. Sin embargo, es importante para los profesionales de la salud aprender a vivir con la incertidumbre y el error como factores que son considerados inherentes al trabajo y que no se pueden cambiar (véase Butterfield, 1988, citado en Buendía, 2001)

Una de las limitaciones del estudio fue que los datos obtenidos fueron transversales, y las enfermedades psicológicas y fisiológicas tienden a evolucionar. Por ello es necesario que las investigaciones que puedan realizar las Instituciones sean longitudinales, para observar el fenómeno de forma más completa y arroje datos mucho más ricos en información que nos puedan dar un mejor panorama. Considerando los factores derivados del Burnout es importante tomar en cuenta las condiciones mentales que afectan el desarrollo personal y profesional. Otro inconveniente es que la información e investigaciones en su mayoría han sido realizadas en Europa principalmente en España, Reino Unido y Estados Unidos, por ello es complicado exponer de forma mas concreta el Burnout en la población mexicana, de cualquier forma, esta investigación servirá para ampliar y documentar este tema en médicos y enfermeras a nivel nacional.

Para finalizar, aportaremos que es de suma importancia conocer las formas existentes del manejo del estrés o en este caso del Desgaste Ocupacional (Burnout) para así evitar enfermar y aprender a vivir y desarrollarnos satisfactoriamente en el mundo en el que vivimos. La salud, además de depender de las instituciones y de la promoción que se le dé, depende de nosotros. En el ser humano está el permanecer sano o enfermar a tal grado que su calidad de vida se vea deteriorada, depende de su capacidad para enfrentar los problemas y exigencias del medio, de la gente con la que labora, de su familia, amigos, pareja, hijos, etc.

En la búsqueda y promoción de procesos saludables está implícita la capacidad de aprendizaje y de adaptación casi ilimitada que tiene el ser humano, así como la necesidad de buscar nuevas respuestas a las rupturas de equilibrio de su organización interindividual.

A nosotros, los psicólogos, como expertos en el comportamiento humano, nos corresponde conocer y promover las conductas y actitudes que ayudan a la persona a aprender a manejar el estrés que les produzcan las situaciones (en especial las laborales) bajo las que se encuentren en todo momento, para así evitar que el empleado llegue a presentar desgaste ocupacional, lo cual afecta tanto al trabajador como a la empresa en la que se encuentre ya que (como se ha visto a lo largo de nuestra tesis) esto produce un deterioro en el trabajo lo cual ocasiona problemas a la empresa, impidiendo buen desarrollo y crecimiento de la misma.

Se requiere de una participación activa para facilitar este proceso de crecimiento, de toma de conciencia y cambio. La resistencia al cambio es natural; cambiar requiere energía, modificación de esquemas sobreaprendidos, sin embargo el practicarlo diario permite su dominio. Cada individuo debe ser su propio diseñador de pautas de comportamiento a fin de descubrir qué es lo más adecuado para sí mismo y para el logro de su bienestar.

## ANEXOS

### Cuestionario (F01) ¿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 |
|----|--|----|--|--|--|----|
| 1. |  | X  |  |  |  |    |

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 |  |  |   | Siempre |
|----|--|-------|--|--|---|---------|
| 2. |  |       |  |  | X |         |

**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 usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios 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 enfrente 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 usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios 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 usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mí 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. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Qué estudiaste?
77. ¿Tienes hijos?
78. ¿Cuántos?
79. En tu trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
80. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?

81. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
82. ¿Cuántos trabajos tienes?
83. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
84. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
85. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
86. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?
87. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
89. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
90. ¿En qué tipo de organización laboras?
91. ¿Qué tipo de contrato tienes?
92. ¿Tienes personas a tu cargo?
93. ¿Cuántas?
94. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
95. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
96. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
97. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
98. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
99. ¿Fumas?
100. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
101. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
102. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
103. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
104. ¿Haces ejercicio físico?
105. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?

**Hojas de Respuesta  
(F02)  
EMEDO®**

|     | TD |  |  |  |  | TA * |  |  |  |  |
|-----|----|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
| 1.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 2.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 3.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 4.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 5.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 6.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 7.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 8.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 9.  |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 10. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 11. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 12. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 13. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 14. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 15. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 16. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 17. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 18. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 19. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 20. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 21. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 22. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 23. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 24. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 25. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 26. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 27. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 28. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 29. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 30. |    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |

|     | Nunca |  |  |  |  | Siempre |  |  |  |          |
|-----|-------|--|--|--|--|---------|--|--|--|----------|
| 31. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 32. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 33. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 34. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 35. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 36. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 37. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 38. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 39. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 40. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 41. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 42. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 43. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 44. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 45. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 46. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 47. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 48. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 49. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 50. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 51. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 52. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 53. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 54. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 55. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 56. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 57. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 58. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 59. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 60. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 61. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 62. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 63. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 64. |       |  |  |  |  |         |  |  |  |          |
| 65. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>H</i> |
| 66. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>H</i> |
| 67. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>H</i> |
| 68. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>M</i> |
| 69. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>M</i> |
| 70. |       |  |  |  |  |         |  |  |  | <i>M</i> |

**\*TD= Total Desacuerdo**  
**TA= Total Acuerdo**

*H= sólo hombres*  
*M= sólo mujeres*

## REFERENCIAS

- Antoniuk, A., Saliba, C. A., Ispert, A. J., Saliba, O. y Dossi, A.P. (2006). El estrés en la práctica odontológica. ***Journal of the American Dental Association***, **63**(5), 185-188.
- Barrón, A. (1997). Estrés psicosocial y salud. En I. Hombrados (comp.). ***Estrés y Salud***. (pp. 71-94). Promolibro: Valencia.
- Buendía J. (2001). Empleo, estrés y Salud. Madrid España, Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.)
- Cuevas Muñoz, P O´ Ferrall González, FC, Crespo Benítez, J. (1998)., Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*; 194-195: 31-33.
- Davis. M., Robbins E., E., MacKay. Matthew.(1985). "Técnicas de autocontrol emocional". Barcelona España., Ediciones Martínez Roca., S. A.
- Díaz, R. M., Lartigue, T. y Acosta, M. E., (2001). Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. ***Revista ADM***, **63**(2), 63-67.
- Durán, M. A., Extremera, N., Montalbán, F. M. y Rey, I. (2005). Engagment y Burnout en el ámbito docente: análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. ***Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones***, **21**(1-2), 145-158.
- Fornes Vives J; Ponsell Vicens E, Guasp Sitjar E. (2001). Ansiedad y estrés en enfermería. *Rev. Rol enfermería.*, 24/1; 51/56.
- Freudenberger., HJ. (1974). Staff Burnout. *Journal of social issues.*, 30:159-165.

- Gándara de la M. Jesús. J., (1998). *Estrés y trabajo, Síndrome del Burnout*. Madrid España. Editorial Cauce.
- Gil, J. y López, F. (2004). Estrés y salud. En J. Gil. ***Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones***. (pp. 351-390). Ediciones Pirámide: España.
- Gil-Monte., (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España, Editorial Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2005). ***El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar***. España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. ***Revista Eletronica Interacao Psy,1(1)***.19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2001, octubre). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.
- Gil-Monte, P. R. y Peiro, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. ***Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2)***, 135-149.
- González de Rivera JL (1991). Factores de estrés y enfermedad. Actas Lusoespañolas de neurología y psiquiatría. 19:290-297.
- González de Rivera JL et al. (1993). Stress reactivity in the general population. European Journal of Psychiatry.. 7:5-11.

- Hernández M., Vicente., A. y Laguna M., Alberto., M. (1996). *Desarrollo motivacional*. México D.F. Editorial. Nueva Imagen S.A. de C.V.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. ***Revista Cubana de Salud Pública, 29***(2), 103-10.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. ***Journal of Organizational Behavior, 9***, 297-308.
- León R., José., Ma., (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de vida*. Barcelona, España. Editorial UOC.
- Manassero, M. A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Ramis, C. y Gili, M. (2000). Análisis causal del Burnout en la enseñanza. ***Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16***(2), 173-195.
- Manzano García G, Ramos Campos F. (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enfermería científica.*, 206-207: 69-78.
- Marks D.F., Murray M., Evans B., Willing C., Woodall C. y Sykes C. (2008). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México D.F. Manual Moderno.
- Marrau, C. M. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. ***Fundamentos en Humanidades, 5*** (10) 53-68.
- Martínez S. José M. (2004). *Estrés laboral. Guía para empresarios y empleados*. Madrid, España., Editorial Prentice Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, P. (2001). Job Burnout. ***Annual Reviews Pshichol, 52***, 397-422.

- Mingote Adán J., C., Pérez García S., (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid España., Ediciones Días de Santos, S. A.
- Mora, J. A., García, J., Toro, S. y Zarco, J. A. (1997). Estrés y afrontamiento en la competición deportiva. En I. Hombrados (comp.). **Estrés y Salud** (pp. 391-421). Ediciones Pirámide: España.
- Morán, C. (2006). El cansancio emocional en servicios humanos: asociación con acoso psicológico, personalidad y afrontamiento. **Revista de psicología del Trabajo y de las organizaciones**, **22**(2), 227-239.
- Moreno Jiménez B, Oliver C, Aragoneses A. (1991). El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Buela Casal y Caballo (eds.). Manual de Psicología Clínica aplicada. Barcelona, Siglo XXI: 271-285.
- Moriana, J. A., y Herruzo, J. (2004). Estrés y Burnout en profesores. **Internacional Journal of Clinical and Health Psychology**, **4** (3) 597-621.
- O' Brien, G. E. (2006). El estrés como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.). **Estrés laboral y salud**. (pp. 61-77). Biblioteca Nueva: España.
- Obllitas G. Luis A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F. Editorial Thomson Learning.
- Oliver, R. (2001). El stress y yo. **Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo**, **1**(1), 31-34.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, **4**(1), 137-160.

- Pamplona Calejero E, Pasamar Millan B, Tomeo Ferrer M et al. (1999). El síndrome de Burnout en el personal de Enfermería. *Anal Ciencias de la Salud*; 55-64.
- Pérez García S, Jiménez Arriero MA, Denia Ruiz F, Mingote C. (1994). Estudio sobre la satisfacción y el estrés laboral del enfermero/a experto en estomaterapia. En: Asistencia Docencia e Investigación en la Atención Integral al Ostomizado, Madrid Sociedad Española de Estomaterapia; 247-255.
- Pla Femenía, O; Hernández Jiménez, A; Orquín Aleixandre, J. et al. (1999). La Enfermería y el estrés laboral. Amistades Peligrosas. Enfermería Integral, 48; 15-18.
- Ponce, A. R., Bulnes, A. S., Aliaga, J. R., Atalaya, M. C. y Huertas, R. E. (2005). El síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. ***Revista de Investigación en Psicología, 8(2)***, 87-112.
- Ramos, J. M. (2001). Estrés... en el trabajo. ***Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo, 1(2)***, 86-90.
- Reeve, Joharshall, (2000). *Motivación y Emoción.*, España., Editorial McGraw Hill.
- Reviki. DA, May H, Whithley., W, (1991). Reliability and Validity of the work related strain inventory among health professionals. Behavioral Medicine. 2. 17:11-16.
- Rodríguez Duran L, López Rodríguez M.<sup>a</sup> T. (1996). Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación o estrés. Index Enfermería.; V16-17; 13-16.
- Rodríguez Ortega Graciela, (1998), *La psicología de la Salud en América Latina.* México D.F, Facultad de Psicología UNAM., Miguel Ángel Porrúa.

Ruiz Salazar A., (1987). *Salud Ocupacional y Productividad*. Primera edición, México D.F., Editorial Limusa.

Uribe Prado, J., (2008). *Psicología de la salud Ocupacional en México*. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.