



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) EN TRABAJADORES DE
UNA EMPRESA DE GIRO DE SERVICIO-ENTRETENIMIENTO Y SUS
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PSICOSOMÁTICAS**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

GARCÍA VERGARA ERIKA

GONZÁLEZ GÓMEZ ELISA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO

REVISORA: MTRA. ISaura ELENA LÓPEZ SEGURA



CIUDAD UNIVERSITARIA MÉXICO, D.F. MAYO DEL 2011.



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

Agradezco en primera instancia a DIOS por permitir, llegar a este momento en mi vida. Por ser el mejor cómplice, escucha y porque no el mejor terapeuta que puedo tener en todo momento, sin importar tiempo, distancia o lugar.

GRACIAS A LA ENORME PERO CALUROSA FAMILIA: PADRES, HERMANOS, SOBRINOS, CUÑADOS, TIOS, PRIMOS, ABUELOS, y todos aquellos que han ido engrandeciendo esta MI FAMILIA, por estar conmigo en las buenas y en las malas, respetar mis decisiones y dejarme equivocarme para aprender. Siendo así un pilar fundamental en mi vida y una de las razones más valiosas de mi existencia, con su amor, gratitud, sus palabras y silencios, siempre me impulsaron a no dejar este proyecto.

A MIS AMIGOS: ADY, GISELL, KAREN, JOVANITA, RUBEN, ROBERTO, SAKY, ERIKA, MIRIAM, VERONICA, CRIS, EDGAR, ANDREA, ARI, ISRA, ROSY, GRISEL, A MI CORO MARAVILLOSO FRATELLI, A MIS AMIGOCHAS DE LA FACULTAD DE QUIMICA, DEL CCH OTE; por estar en mi vida, por tener la dicha de compartir, convivir y coincidir.

A MIS SERES QUERIDOS, que ya no están físicamente conmigo, pero que siempre están en mi mente y mi corazón.

A mi amiga, cómplice de esta aventura ELISA, por compartir este gran proceso de aprendizaje en el que vivimos, frustración, felicidad, indiferencias, flojera, cansancio, tristezas, enojos, alegrías, triunfos, pero sobre todo la ilusión de saber que este barco solo avanzaba con las dos.

Agradezco a Gaby por el apoyo en todo momento, por la facilidad prestada para recolección de datos.

A mi CHICO ESPECIAL, por haberte encontrado, por reconocerte y simplemente por creerme en mí, cuando YO dejaba de hacerlo.

Agradezco a aquellas personas, amigos que pude haber omitido por distracción, pero no ser menos importantes, que estuvieron conmigo y me apoyaron.

Por último pero no por ello menos importante A TODAS LAS PERSONAS, LOS EVENTOS, SITUACIONES, QUE HICIERON de manera directa e indirecta que siempre existiera un impulso en mí persona para terminar este proyecto.

“SI LO PIENSAS, LO CREAS”

ERIKA



“El éxito no se mide por la posición que uno ha alcanzado en la vida, sino más bien por los obstáculos superados mientras se intenta conseguirla”. (Booker T. Washington)

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por permitirme ser parte de ella.

A mi familia porque cada uno de ustedes contribuyó con su granito de arena, en especial a mi mamá por ser una gran mujer y por su apoyo incondicional junto con mis hermanas Miryam y Mariana, a Jesús y a mis abuelas que siempre estarán en mi pensamiento y corazón: Yayis y Carmen.

A Dios por estar presente en todo el camino, la fuerza que me diste, paciencia, asombro, amor para este proyecto y voluntad para llegar al final.

A todos mis amigos por su ayuda y su amistad, pero sobre todo por su apoyo en este proyecto: Viri, Azucena, Eloisa, Dulce, Aurora, Alejandro, Dida, Janet, Erika A., Lupita, Ricardo, Memo, Giovanni, Anita, La comadre (Ana), Noemí y Sheira.

No pueden faltar las chicas pb o perversas: Mónica, Ydania, Angélica, Linnette y Daniela; gracias por su amistad y por el apoyo que recibí durante la carrera y después de ella, por todos los momentos compartidos buenos y malos, y que sean muchos más.

A Gustavo, por tu amistad incondicional, por la ayuda que me has brindado para que este proyecto quede aún mejor, por tu paciencia y amor que se ha convertido en una hermosa angelita que me ha acompañado en estos últimos meses, TE AMO - Y a la familia Arzate Porcayo por su apoyo e interés-

A Erika García, por reencontrarnos en el camino, por compartir el mismo objetivo y aventura, por la convivencia y la confianza, por las altas y bajas que se nos presentaron pero que supimos superar y por la amistad que surgió, un fuerte abrazo y beso, gracias por realizar este proyecto conmigo.

“El secreto de los grandes corazones se encuentra en una sola palabra, perseverar”

ELISA



Agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios por abrir sus puertas y otorgarnos la satisfacción de estudiar en tan prestigiada Institución; a la Facultad de Psicología por darnos la oportunidad de tener una formación universitaria, ya que es nuestra segunda casa.

UN GRACIAS A LOS PROFESORES que contribuyeron en nuestro desarrollo profesional al compartir experiencias y conocimientos durante y aún después de la culminación académica.

Agradecemos a nuestro director de tesis Dr. Jesús Felipe Prado por ser partícipe de esta investigación, por permitir utilizar su instrumento y por aceptar ser un cómplice más de este trabajo.

A nuestra revisora la Mtra. Isaura López Segura por su apoyo constante, comentarios y sugerencias, a la presente investigación.

Al honorable jurado por el tiempo brindado en la revisión de este trabajo, sus observaciones críticas, consejos, sugerencias y experiencias.

A la DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS, a la HEMEROTECA, la BIBLIOTECA CENTRAL, la BIBLIOTECA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA y al INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA UNIVERSIDAD Y LA EDUCACIÓN por el apoyo brindado para la documentación de este trabajo.

A URIDES, muy especialmente al Lic. Alberto Galicia por su tiempo, paciencia y dedicación prestada en los conocimientos estadísticos.

Al personal de la empresa participante en esta tesis, por la colaboración y por la atención prestada en la aplicación del instrumento.

ERIKA Y ELISA

“Por mi raza hablará el espíritu”



INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1	
1. Trabajo	
1.1. Concepto del Trabajo	6
1.2. Historia del Trabajo	8
1.2.1. Sociedades Primitivas o sin Estado	8
1.2.2. Antigüedad Clásica	11
1.2.3. Cristianismo y la Edad Media	12
1.2.4. Capitalismo	14
1.2.5. Consolidación del capitalismo en los siglos XIX y XX	14
1.3. Trabajo en las organizaciones	15
1.4. Aspectos psicosociales o estresores del trabajo	19
1.4.1. Individuales	19
1.4.2. Organizacionales y Grupales	22
1.4.3. Factores extraorganizacionales	25
1.4.4. Medio Ambiente Físico del Trabajador	26
1.5. Trabajo en las Organizaciones Mexicanas	33
1.5.1. Transición del mercado laboral en México	38
1.5.2. Empresas de Servicio	42
1.5.3. Servicio Cinemex	44
Resumen	48
Capítulo 2	
2. Salud	
2.1. Historia de la Salud	51
2.2. Concepto de Salud	57
2.2.1. Salud en México	60
2.3. Salud en el Trabajo	69
2.3.1. Concepto de Salud Ocupacional o Laboral	70
2.3.2. Objetivos de la Salud Ocupacional o Laboral	70
2.3.3. Relación del trabajo con la salud	71
2.3.4. Disciplinas relacionadas con la salud laboral	74
2.3.4.1. Psicología Laboral	75
2.3.4.2. Objetivo de la Psicología Laboral	76
2.4. Salud Ocupacional en México	76
2.5. Factores Psicosociales en la Salud	78
2.5.1. Factores inherentes al trabajo	78
2.5.2. Factores interpersonales	82
2.5.3. Seguridad en el empleo	83



2.5.4. Factores macroorganizativos	83
2.5.5. Factores individuales	85
2.6. Enfermedad Laboral	87
2.6.1. Epidemiología de las enfermedades profesionales	90
2.7. Enfermedad Laboral en México	93
Resumen	95
Capítulo 3	
3. Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	
3.1. Definiciones del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	98
3.2. Historia del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	101
3.3. Diferencias entre Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y otros conceptos	103
3.4. Factores asociados al Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	105
3.5. Modelos explicativos del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	113
3.6. Proceso del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	122
3.7. Sintomatología asociada al cuadro del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	126
3.7.1. El proceso del contagio del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	126
3.8. Investigaciones sobre el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	129
3.9. Instrumentos de medición para el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	129
3.10. México y el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	139
Resumen	142
Método	143
Justificación	144
Objetivos de la investigación	145
Planteamiento del problema	145
Pregunta de Investigación	145
Hipótesis	146
Variables	146
Tipo de estudio	149
Diseño	149
Sujetos	150
Muestra	150
Instrumento	150
Procedimiento	151
Tratamiento estadístico	151
Resultados	152
Conclusión y Discusión	175
Referencias	189
Anexos	203



RESUMEN

A partir del siglo XVIII el concepto de trabajo ha conseguido convertirse en la actividad fundamental del ser humano, convirtiéndose en la verdadera esencia de la naturaleza humana así como uno de los principales vínculos con la sociedad (García y Juan, 2006); de manera tal que todo aquel que quiera comer y satisfacer sus necesidades, materiales y no materiales, necesita trabajar. Los seres humanos emplean prácticamente un tercio de su vida en el lugar de trabajo. Por todo ello, el trabajo supone una de las actividades clave del ser humano.

Actualmente este lugar donde el ser humano pasa el mayor tiempo de su vida se encuentra inmerso en un proceso económico mundial bastante cambiante al igual que vulnerable, lo cual provoca tensión en cada trabajador así como desestabilidad en la calidad de vida, específicamente en los ámbitos físico, psicológico y mental. Por ello, para el ser humano, la competitividad laboral resulta cada vez más visible, al grado de traspasar sus propias capacidades psicofísicas, lo cual lo induce a desajustes emocionales, físicos y psicológicos a nivel personal, e incluso llega a abarcar la parte laboral y profesional, creando un cúmulo de factores que deterioran la calidad de vida y presentando así el síndrome de Burnout o también llamado Desgaste Ocupacional.

La presente investigación tuvo como objetivos:

- Detectar la presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout).
- Identificar cuáles eran los factores que más predominan del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) en personal mexicano que labora en una empresa privada con giro de servicio-entretenimiento.
- Verificar si existe la relación entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y los factores Sociodemográficos y factores Psicossomáticos de los mismos.

La muestra quedó conformada por 120 sujetos que se encontraban laborando en esta empresa. Con un rango de edad de 17 a 26 años, de sexo indistinto. Se aplicó a toda la muestra la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), por tres subescalas: Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción, complementándose con un cuestionario Psicossomático y Sociodemográfico.



Una vez completados los datos del cuestionario EMEDO, se llevó a cabo un análisis estadístico, identificando así, la incidencia de acuerdo al modelo de Leiter de la fase 4 ó llamada también “Quemado” y de la fase 3 “En peligro de estar quemado”.

En cuanto a factores demográficos se pudo constatar que existió una relación con las variables edad, antigüedad en el trabajo, número de ascensos y tiempo de ingesta de medicamentos con los factores Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción.

Y con los factores psicosomáticos se encontró una relación con: sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeurótico, dolor, indicador de ansiedad e indicador de depresión con los factores EMEDO, mencionados anteriormente y con los factores sociodemográficos: años de pareja, horas de trabajo, años trabajados, ingreso mensual, número de empleos, tiempo de consumo de medicamentos, número de cigarrillos, frecuencia de consumo de alcohol y actividad física.

Dando como resultado, la presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y su relación con los factores demográficos y psicosomáticos en esta muestra de trabajadores de una empresa con giro de servicio- entretenimiento.



INTRODUCCIÓN

Hoy en día se vive una época demandante y los cambios que se vienen produciendo en las sociedades contemporáneas de acuerdo a Gil-Monte (2005), se están planteando exigencias importantes de adaptación para las empresas y ello a su vez está introduciendo fuertes transformaciones de los sistemas de trabajo y de la propia actividad laboral. Es por ello que las personas destinan aproximadamente un tercio de su vida al lugar de trabajo (García et al., 2006).

En el capítulo 1 se hablará del concepto de trabajo, así como su historia, y la transformación en organización, siendo este un tema que nos compete; los diferentes tipos de organizaciones; los aspectos psicosociales donde se abarca al individuo dentro de la organización como la situación personal en la que se puede encontrar; el trabajo en las organizaciones mexicanas y su evolución en la historia. Indiscutiblemente este contenido va de la mano con la salud del trabajador, de acuerdo, a las diferentes formas de trabajo, a las características del trabajo, así como las funciones, actividades y personal con que se cuenta, harán un ambiente en el cual el individuo obtenga ya sea su mayor desempeño, o bien sufrir de alguna enfermedad, accidente o incluso perder la vida.

El segundo capítulo, se enfoca en el tema de salud, abarcando diferentes definiciones de la misma, historia de la salud, así como su integración como salud ocupacional, su objetivo y las disciplinas que están relacionadas con esta. De igual manera los factores psicosociales relacionados con la salud y el trabajo. Estos con el fin de comprender la interacción tanto de factores individuales, con los inmersamente relacionados al trabajo, la sociedad y los macroorganizativos; se menciona la enfermedad sus diferencias con riesgo y accidente así como una lista con las diferentes enfermedades profesionales de acuerdo a la OIT, donde comienza a tomarse en cuenta los factores psicológicos y conductuales. Finalmente se hablará cómo se da la salud en México así como la enfermedad laboral en nuestro país, observando cómo aún falta dar mayor importancia a la salud laboral o llamada también salud ocupacional.

En el capítulo 3 se comprende el tema principal de esta investigación, el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), conoceremos, como se ha visto en los anteriores capítulos,



sus diversas definiciones, su evolución, así como diferenciarlo con otros términos que se asemejan. Este punto es importante ya que la mayoría de las veces se confunden estos conceptos con este Síndrome y fácilmente se deja pasar los puntos relevantes para que se dé, esto ocasiona problemas que pueden afectar la salud física y mental.

Además de comentar, los modelos y el proceso en que se da el Desgaste Ocupacional, también se mencionan investigaciones en otros países como los realizados en México.

En el método se muestra la forma en que se desarrolló esta investigación, tanto los objetivos, hipótesis, muestra, diseño y la forma en que se realizaron y analizaron los datos de la investigación.

En el apartado de resultados de la investigación, queda asentada la afirmación de las hipótesis de la misma, así como la confiabilidad del instrumento.

Finalmente las conclusiones y discusiones de esta investigación refuerzan nuevamente la importancia de equilibrar al individuo en el trabajo, ya que como se dice coloquialmente: “se trabaja para vivir, no se vive para trabajar” y parece que actualmente se está perdiendo de vista que el trabajo es un medio para desarrollar y no el objetivo para vivir.

Darle mayor importancia al individuo con su entorno, por supuesto con la salud física y mental, para poder rendir con mayor desempeño en todas las áreas de su vida.



Capítulo 1

Trabajo





1.1. CONCEPTO DEL TRABAJO

El origen etimológico de la palabra trabajo es incierto, diversos autores, entre ellos Guillermo Cabanellas (1960, en Lastra, mayo 2001) y Osvaldo de Rivero (2000, en Lastra, mayo 2001), señalan que proviene del latín *trabs*, *trabis*, que significa traba, pues según se ha considerado por algunos como un obstáculo o reto para los individuos ya que siempre lleva implícito un esfuerzo determinado. Otra forma de concebir el trabajo se ubica en la raíz del latín en la palabra *laborare* o *labrare* que quiere decir labrar, término relativo a la labranza de la tierra. Otros más señalan que la palabra trabajo, proviene del griego *thilbo*, que es un concepto que denota una acción de apretar, oprimir o afligir. Disponible en red:

(<http://www.bibliojuridica.org/libros/2/736/pl736.htm>).

Por otro lado el Diccionario de la Real Academia Española otorga al término trabajo como “Acción y efecto de trabajar” (Real Academia Española, 2001), puede decirse que el trabajo es el resultado de la actividad humana que tiene por objeto crear satisfactores y que hace necesaria la intervención del Estado para regular su vinculación y funcionamiento con los demás factores de la producción.

Marshall (1980, en Ovejero, 2006), define trabajo como un “esfuerzo de la mente y el cuerpo, realizado parcial o totalmente, con el propósito de obtener algún beneficio diferente a la satisfacción que deriva directamente del trabajo” (p. 18).

En 1986, Hall ve el trabajo como “el esfuerzo o actividad de un individuo, realizada con el propósito de proveer bienes y/o servicios de valor para otros; mientras que Anderson y Rodin en 1989 lo definen como “el tiempo por el cual una persona es pagada” (Ovejero, 2006, p.19).

En 1989 Peiró define por trabajo:

“aquel conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad, la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros recursos obteniendo algún tipo de compensación material, psicológica y/o social” (Ovejero 2006, p. 19).



En cuanto al ámbito económico y financiero, el término *trabajo* puede situarse como un proceso que se efectúa entre los hombres y la naturaleza, en el cual los hombres valiéndose de instrumentos y mediante su actividad, modifican los objetos de la naturaleza de modo que con éstos puedan satisfacer sus necesidades. El proceso de trabajo abarca tres aspectos:

- 1) la actividad del hombre dirigida a un fin, o sea, el trabajo mismo,
- 2) el objeto de trabajo y
- 3) los medios de trabajo con que el hombre actúa sobre dicho objeto.

El trabajo es la condición primera y fundamental de la existencia humana (Diccionario de Administración y Finanzas, 1983).

Por otra parte, el trabajo consiste en el “ejercicio de nuestras facultades aplicado a la consecución de algún fin racional y es condición precisa del desarrollo y progreso humano en todas las esferas. No es por tanto, todo trabajo un trabajo de carácter económico, sino únicamente aquel que se propone la satisfacción de las necesidades de este orden” (Hurtado, 2005). Disponible en red: <http://www.eumed.net/cursecon/dic/jph/index.htm>.

En el mismo sentido, el trabajo es considerado como “uno de los factores productivos básicos, junto con la tierra y el capital, que se combina con ellos para la producción de bienes y servicios. El trabajo por su propia naturaleza, se negocia en un mercado con características propias, el mercado de trabajo” (Sabino, 2005). Disponible en red:

<http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/diccionario.pdf>

La Ley Federal del Trabajo, en el artículo 8 de dicha normatividad establece que trabajo es “toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerida por cada profesión u oficio”, señalándose por lo que se refiere al término trabajador que éste “es la persona física que presta a otra física o moral, un trabajo personal subordinado” (FISCO NOMINAS, 2008, p. 123).

Como se puede observar el trabajo ha sido identificado y entendido desde diversos criterios, así como desde diferentes ángulos y con variadas metodologías. Desde su acepción más abstracta, hasta su conceptualización como antítesis del capital, desde castigo o maldición hasta baluarte de la dignidad humana y fuente de plena realización de las mejores potencialidades del hombre. El trabajo ha sido y sigue siendo objeto de polémica,



controversia, estudio e investigación por teólogos, filósofos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc.

El trabajo será entendido en esencia como la acción que el hombre realiza para dominar o transformar a la naturaleza, con el propósito de obtener satisfactores de sus necesidades cada día más complejas y alejadas de aquellas necesidades primitivas de orden puramente biológico de sus remotos antepasados (Ruiz, 1987). El trabajo, tal como hoy lo conocemos, no es un hecho *natural*, tanto su contenido como el papel que ha jugado en los individuos no ha sido siempre el mismo, sino que se ha modificado a lo largo de la historia. A partir de esa visión se pueden evaluar mejor las pérdidas o los progresos que ha experimentado la institución del trabajo.

“El trabajo es todo esfuerzo humano que tiene como fin lograr recursos con los cuales podamos satisfacer nuestras necesidades. En muchos casos constituye el medio para poder subsistir” (Gessen y Gessen, 2002, p. 217).

A continuación se hará un bosquejo de la evolución del trabajo en la historia del individuo.

1.2. HISTORIA DEL TRABAJO

En el mundo antiguo y en las comunidades primitivas, no existe un término como el de *trabajo* con el que hoy englobamos actividades muy diversas, asalariadas y no asalariadas, penosas y satisfactorias, necesarias para ganarse la vida o para cubrir las propias necesidades (Alvarez, 1999). Disponible en red: <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9a.htm>

Este término comenzó a existir a finales del siglo XVIII, junto con la noción unificada de riqueza, de producción y la propia idea del sistema económico, para dar lugar a una disciplina nueva: la economía.

Es así como el trabajo se convierte en condición social fundamental colocándose en el centro mismo de la visión del mundo que se mantiene desde el siglo XVIII (Ovejero, 2006).

1.2.1. **Sociedades primitivas o sin Estado**

Estas sociedades se caracterizan principalmente por el “no trabajo”, no tenía ni el soporte conceptual ni la incidencia social que hoy tiene.



Los primeros humanos obtenían los medios necesarios para subsistir en base a la recolección; inicialmente usaban sólo sus manos para conseguir el alimento, posteriormente, palos, estacas y piedras. Toda la primera época de la humanidad se caracteriza por ser ésta recolectora, posteriormente se domestica el primer animal, el perro; y el hombre aprende a cultivar plantas y a criar otros animales, al igual que el arte de la alfarería, el trabajo de los metales, inventa la rueda y el carro (Brom, 1980).

Existe igualdad de derechos y de propiedades entre los miembros del grupo. Todos participan en la recolección, la caza y la pesca. Solo hay divisiones de trabajo por sexo y edad; es así como la creciente productividad y la mayor división del trabajo da lugar, a la aparición de las ciudades: centros artesanales, comerciales, administrativos y religiosos (Brom, 1980).

La antigua igualdad económica es sustituida por distintas formas de explotación, al llegar ésta a ser económicamente útil. Las personas que no tienen que ocuparse de modo directo de buscar sustento, se inclinan por hacer diferentes actividades, como son las ciencias y las artes (Brom, 1980).

El siguiente periodo abarca desde aproximadamente 4000 años A.C. hasta el fin del Imperio Romano.

En esta época, el hombre se basa para su sustento en la agricultura y la ganadería. Se trabajan los metales, al principio el cobre y el bronce, posteriormente el hierro. Se construyen importantes obras de irrigación, entre las que son notorias los canales chinos, los de Mesopotamia, los egipcios, los acueductos romanos y algunas obras americanas (Brom, 1980).

En esta época el arte de la alfarería llega a un alto nivel. El comercio liga entre sí regiones sumamente vastas, en una manera más intensa que antes. Se desarrolla la escritura, en diferentes formas, al igual que carreteras, y se mejoran las comunicaciones por mar. La producción se destina fundamentalmente al consumo local (Brom, 1980).

La organización social de la Antigüedad muestra múltiples formas, pero todas ellas tienen una característica, existía una gran cantidad de personas que realizaban el trabajo físico, en la agricultura, en los oficios y en la ganadería, llamados desposeídos, comúnmente esclavos, que estaban en condición de siervos y no podían irse de la tierra que trabajan. En el otro



extremo estaban la capa gobernante rica, que obtenían ganancias por la obtención de los esclavos y de los libres pobres (Brom, 1980).

La organización social es de poseedores y desposeídos, y destaca en ella la esclavitud, en la que unos hombres son propiedad de otros. El bajo costo de la fuerza del trabajo y el poco interés que lógicamente tienen los esclavos en la producción, frenan fuertemente el progreso. Hacia fines de la época, la esclavitud empieza a ser sustituida por colonato, que hace al trabajador interesarse en el resultado de su labor (Brom, 1980). A esta época se debe la organización del Estado, que tenía la función de fijar las normas de las relaciones entre los grupos sociales. Dispone siempre de una fuerza armada, que le permite imponer sus decisiones.

Junto con estas innovaciones técnicas se comienza a desarrollar el comercio, y la división del trabajo entre pueblos agricultores, ganaderos y cazadores, exigiendo fomentar el intercambio de producción (Brom, 1980).

Este cambio de ser una sociedad recolectora en productora no se realiza en todas partes, teniendo lugar predominantemente en los grandes valles de los ríos, lo que permite que se puedan realizar la división del trabajo entre los explotados y explotadores (Brom, 1980).

Con el desarrollo tecnológico y el sedentarismo, surgen los primeros centros urbanos y ciudades, se comienza a dar una forma de interactuar en sociedad, apareciendo la explotación, la esclavitud y sobre todo la desigualdad entre los seres humanos. Donde ya no solo el individuo trabajaba para sí mismo, sino también para otros, estando al servicio del estado (Ovejero, 2006).

La división de trabajo se hizo más compleja, formándose los grupos sociales según su oficio y nacieron jerarquías entre las distintas ocupaciones; las ocupaciones de menor jerarquía eran las que requerían de un mayor esfuerzo físico, como los campesinos, mientras que las de mayor jerarquía eran las realizadas por los grupos que se dedicaban a tareas religiosas y militares, quienes recibían muchos más beneficios que los campesinos y artesanos.

Una de las divisiones más importantes del trabajo ha sido la separación de lo intelectual con respecto al trabajo manual, es decir, la división entre los que planean y quienes ejecutan el



trabajo. Los nobles, los funcionarios, la iglesia y los grandes terratenientes viven a expensas de la explotación de los campesinos, pastores y artesanos.

Los grandes territorios conformados gracias a las guerras e invasiones, y controlados por monarquías y otras formas de nobleza, se fueron construyendo alrededor de los castillos; y los plebeyos vivían en los alrededores, y estaban bajo las órdenes de los terratenientes, quienes les permitían cultivar una parcela de tierra para mantener a su familia, pero debían estar dispuestos a cualquier servicio que ordenara el señor feudal, para pagar tributos y diezmos.

A medida que las sociedades se hicieron más complejas en cuanto a su organización, la variedad de actividades humanas se ha multiplicado y la división y especialización del trabajo ha aumentado notablemente (Brom, 1980).

El importante incremento del comercio, las rutas comerciales y la especialización, así como también la necesidad de obtener un permiso para el ejercicio de su actividad y privilegios de mercado, fueron los hechos que sentaron una base para el comienzo de las agrupaciones de mercaderes y artesanos, es decir, los gremios (Brom, 1980).

Los gremios defendían el derecho de sus miembros a ejercer su oficio regulaban la duración de la jornada de trabajo, precios, calidad de los productos entre otras cosas. Sin embargo no existía una estricta división de tareas, puesto que cada uno fabricaba piezas únicas y diferentes. Estas corporaciones contaban con una organización bastante rígida para su jerarquización muy marcada. En primer lugar estaban los maestros, que heredaban a sus hijos el puesto, por lo que no había forma alguna de que otro contara con esos puestos.

En segundo lugar, estaban los oficiales, que tenían el derecho a formación, alojamiento, alimentación y salario; por último estaban los criados, que eran la clase más baja y no podían aspirar a algo mejor, solo servir a los dueños (Brom, 1980).

1.2.2. Antigüedad Clásica

El trabajo en Grecia era cosa servil, cosa de esclavos, dividiendo en ciudadanos de primera que eran los varones propietarios y los ilotas que eran esclavos, realizando éstos el trabajo para los ciudadanos de primera. Las mujeres tenían ocupación plenamente secundaria, a tal



punto que no podían intervenir en la vida pública. En Grecia se encuentran oficios, actividades y tareas más no el trabajo, ya que sentían un profundo desprecio por el trabajo, porque estimaban indigno que las personas desarrollaran sus capacidades para obtener una ganancia (Ovejero, 2006).

Mientras tanto en el Imperio Romano ocurrió algo similar pues consideraban que no debía ser pagada cualquier actividad que implica un talento y arte, solo se pagaba a las actividades ordinarias y penosas relacionadas con la subsistencia (Sacristán, s. f.; en Ovejero, 2006).

1.2.3. Cristianismo y la Edad Media

Este se consideraba un período de transición. El sistema de esclavitud evolucionó lentamente hacia un sistema de clases durante la Edad Media. En este período, la posición del trabajador estuvo sancionada por la autoridad religiosa y monárquica. La sociedad estaba bajo un régimen de responsabilidades y obligaciones mutuas (Sultan, 1964).

En la Edad Media los siervos no son propiedad personal de su Señor, pero tampoco es un hombre libre. Los siervos tienen obligación de entregar una parte de su trabajo, y también de laborar determinados días y de realizar determinadas faenas para su señor. Se realiza otra jerarquía que son los señores feudales, en la que siempre un señor debe obediencia y vasallaje al superior, hasta culminar en el emperador, aunque en la práctica los señores son generalmente casi soberanos. Los feudos, se caracterizan por su economía localista, producen casi todo lo que consumen. El comercio es mínimo (Brom, 1980).

Con el cristianismo comienza una idea de valoración del trabajo, sin embargo aún se considera un castigo de Dios descrito así por la iglesia. Conservándose el desprecio hacia las actividades serviles. El cristianismo considera el trabajo como la actividad fundamental del ser humano, que en su conjunto añade valor al mundo y a su propia existencia, que espiritualiza la naturaleza y permite profundizar las relaciones con el prójimo. El trabajo humano es, por tanto, la continuación terrenal de la creación divina, pero también un deber social que cada uno ha de cumplir como mejor pueda (Meda, 1998; en Ovejero, 2006).

No obstante, a pesar de ello, algo ya estaba empezando a cambiar; así es como con algunos monjes y/o representantes de la iglesia comienzan a poner en la misma importancia el trabajo



del rezo y censuran el ocio; siendo este el padre de todos los vicios (Meda, 1998; en Ovejero, 2006).

A finales de la Edad Media, así como durante los siglos XII y XIII se produce una importante innovación de la percepción del trabajo, condenando solo aquellas actividades donde los comerciantes actúen por codicia o por afán de juego. Es así como la sociedad justifica ya el trabajo e incluso su remuneración (Meda, 1998; en Ovejero, 2006).

A partir de la pérdida del poder de los señores feudales, y por consiguiente, el aumento del poder del rey, sumado a la expansión demográfica y el desarrollo agrícola, trajo como consecuencia el enriquecimiento de las ciudades, las cuales se revitalizaron (Brom, 1980).

Se considera este un contexto intelectual que aún se resiste a convertir el trabajo en una actividad esencial y valorizada.

“El crecimiento del comercio dio por resultado el crecimiento paralelo de los gremios, eran organizaciones que tenían por objeto estabilizar los precios, mantener las normas de calidad e imponer reglas de aprendizaje en los diferentes oficios” (Sultan, 1964, p. 26).

A partir del siglo XI, se comienza a utilizar nuevamente el dinero, lo que facilitó el intercambio comercial y la acumulación de riquezas. Este capital excedente fue puesto a disposición del comercio y la producción, comenzando así el capitalismo y el surgimiento de los bancos y banqueros. Con este desarrollo de la ciudad aparece una nueva sociedad: la clase burguesa, formada por los comerciantes y artesanos enriquecidos (Brom, 1980).

A partir de esto nace la monarquía, que se ve apoyada por los burgueses, que exigen una autoridad centralizada y firme.

España llega a ser el estado más poderoso del mundo en el siglo XVI, comenzando a decaer a finales del siglo XVII, logrando Francia la hegemonía de Europa, bajo el gobierno de Luis XIV. Surge el Estado de Prusia y Rusia aparece también como una potencia. Los países bajos se independizan de España, por tal motivo que Inglaterra adquiere preponderancia comercial.

Se inicia un movimiento cultural llamado Renacimiento que dio gran importancia al desarrollo humano y a la observación de la naturaleza. Seguido de este se da la Ilustración cuyo principal postulado es la convicción con respecto al uso e importancia de la razón humana, su obra máxima fue la Enciclopedia (Brom, 1980).



Durante el siglo XVII, la filosofía de esta época comienza a construirse en torno a esta nueva imagen del hombre, como individuo portador de derechos y deberes particulares (a través de los análisis políticos y el concepto de libertad individual, por ejemplo de Locke), como sujeto pensante plenamente consciente de sí mismo (Descartes), o bien como combinación específica de átomos y sensaciones (Hume), o como nómada sin puertas ni ventanas, radicalmente diferente de cualquier otra, pero de una manera casi imperceptible (Leibniz) (Méda, 1998; en Ovejero, 2006).

1.2.4. Capitalismo

El crecimiento del mercado exige una mayor producción, como resultado de esto, aparece la manufactura y después la industria. La maquinaria sustituye a las herramientas, y la fábrica al taller artesanal, iniciando así la Revolución Industrial (Brom, 1980).

En 1680 se coloca el concepto de trabajo dentro del segundo mercantilismo, pretendiendo que el trabajo tuviera una posición central e importante. Una serie de inventos desencadena una acelerada producción, lo que provoca que existan varias horas de trabajo para la clase obrera, que vive en condiciones miserables de hacinamiento, salarios bajísimos, sin seguros y sobreexplotados.

Meda (1998) por su parte afirma que existieron tres importantes consecuencias: en primer lugar surgió la economía, en segundo lugar, en vez de condenar la riqueza se pretende conseguirla y se le admira y en tercer lugar nace el concepto de trabajo como se entiende actualmente; el trabajo se ve como una fuerza fundamental capaz de crear y añadir valor, pasando de ser algo detestable y aborrecible a ser un pilar fundamental de la riqueza de las naciones (Ovejero, 2006).

1.2.5. Consolidación del capitalismo en los siglos XIX y XX

A finales del siglo XVIII el trabajo se percibe como un factor de producción y como la relación contributiva en virtud de la cual queda vinculado el individuo a la sociedad (Agulló y Ovejero, 2001).



Se trata de una transformación directamente relacionada con una profunda revisión de las concepciones del mundo y del conocimiento, con la evaluación de las condiciones reales del trabajo (Ovejero, 2006).

A partir del siglo XIX se inicia la promulgación de medidas protectoras de los trabajadores, se comienzan por reducir y después prohibir el trabajo de los niños; los sindicatos que se habían prohibido son legalizados, logrando la reducción de horas de trabajo, condiciones mínimas de higiene, así como el derecho del trabajador a su fuente de trabajo; aunque hay numerosos reglamentos internacionales, la situación de los trabajadores es muy desigual en los distintos países. Durante el siglo XX la concepción de trabajo se concreta con la creación de la II Internacional¹, que no pretende terminar con el capitalismo sino sólo humanizarlo, mejorando las condiciones laborales de los trabajadores, exigiendo un reparto más justo de los beneficios de la producción y que los trabajadores internalicen el trabajo como un valor humano fundamental.

En Francia el trabajo se percibe como el medio del que dispone la humanidad para conseguir mayores cuotas de bienestar; en Alemania, Hegel fundamenta filosóficamente la idea de que el trabajo es la esencia del hombre (Meda, 1998, en Ovejero, 2006).

1.3. TRABAJO EN LAS ORGANIZACIONES

La estructura laboral de un país está fuertemente relacionada con los esquemas políticos y económicos existentes. México ha experimentado importantes cambios en estos ámbitos, los cuales han modificado de manera radical las relaciones laborales y las estructuras ocupacionales. A estos cambios se suman las transformaciones demográficas del país, todo lo cual ha impreso cualidades específicas al esquema en que se generan las relaciones entre empleados y empleadores (Meza, 2005).

Para poder hablar de las organizaciones, primero es importante comprender que es una organización, razón por la cual, se presentan algunas definiciones de:

¹ Segunda Internacional. Asociación fundada en 1889, su sede estuvo en Bruselas. Integrada en su mayoría por partidos socialistas de distintas nacionalidades. Entre sus objetivos fundamentales, se destacó la búsqueda de una legislación que mejorará las condiciones de vida de los trabajadores. A ellos se debe la festividad del 1 de mayo como día internacional del trabajo, así como el 4 de marzo día internacional de la mujer trabajadora.



Hall (1989), en Mendoza (2001), define a una organización como “una conectividad con una frontera relativamente identificables, un orden normativo, niveles de autoridad, sistemas de comunicación y sistema de coordinación de membrecías, esta colectividad existe de manera continua en un ambiente y se involucra en actividades que se relacionan por lo general con un conjunto de metas; las actividades tienen resultados para los miembros de la organización y la sociedad” (p. 4).

Kossen (1995) sugiere que una organización es un grupo compuesto por individuos para realizar actividades especializadas con niveles de autoridad con el propósito de cumplir eficazmente metas específicas y objetivos (Mendoza, 2001, p. 4).

Para Koontz (1998) la organización es la identificación y clasificación de las actividades requeridas, la agrupación de las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos, la asignación de cada grupo de actividades a un administrador dotado de autoridad necesaria para supervisarlos y la estipulación de coordinación horizontal y vertical en la estructura organizacional (Mendoza, 2001, p. 4).

Existen según Koontz (1998) 2 tipos de organización:

- ✓ La organización formal planeada o requerida y estructurada implica líneas oficiales de autoridad y responsabilidad.
- ✓ Organización informal o sistema emergente, implica cualquier grupo natural de individuos dentro de la organización, acordes en su personalidad y necesidades ante cualquier planteamiento formal.

Chiavenato (2006) destaca lo siguiente: las organizaciones son extremadamente heterogéneas y diversas cuyo tamaño, características, estructuras y objetivos son diferentes. Esto da lugar a una amplia variedad de tipos de organizaciones como son:

A) Organizaciones según sus fines

El principal motivo que tienen para realizar sus actividades:

- Organizaciones con fines de lucro: Llamadas empresas, tiene como uno de sus principales fines (sino es el único) generar una determinada ganancia o utilidad para sus propietarios y/o accionistas.



➤ Organizaciones sin fines de lucro: Se caracteriza por tener como fin cumplir un determinado rol o función en la sociedad sin pretender una ganancia o utilidad por ello (Hitt, Black y Porter, 2006).

Ejemplo de esto es: el ejército, la iglesia, los servicios públicos, las entidades filantrópicas, las organizaciones no gubernamentales (ONG), etc.

B) Organizaciones según su formalidad

Esto significa según tengan o no estructuras y sistemas oficiales y definidos para la toma de decisiones, la comunicación y el control. Se dividen en:

➤ Organizaciones formales: Este tipo de organizaciones se caracteriza por tener estructuras y sistemas oficiales y definidos para la toma de decisiones, la comunicación y el control. El uso de tales mecanismos hace posible definir de manera explícita dónde y cómo se separan personas y actividades y cómo se reúnen de nuevo (Hitt, Black y Porter, 2006).

Chiavenato (2006), explica que la organización formal comprende estructura organizacional, directrices, normas y reglamentos de la organización, rutinas y procedimientos, en fin, todos los aspectos que expresan como la organización pretende que sean las relaciones entre los órganos, cargo y ocupantes con la finalidad de que sus objetivos sean alcanzados y su equilibrio interno sea mantenido.

➤ Organización lineal: Constituyen la forma estructural más simple y antigua, pues tiene su origen en la organización de los antiguos ejércitos y en la organización eclesiástica de los tiempos medievales. El nombre organización lineal significa que existen líneas directas y únicas de autoridad y responsabilidad entre superior y subordinados. De ahí su formato piramidal. Cada gerente recibe y transmite todo lo que pasa en su área de competencia, pues las líneas de comunicación son estrictamente establecidas. Es una forma de organización típica de pequeñas empresas o de etapas iniciales de las organizaciones (Chiavenato, 2006).

➤ Organización funcional: Es el tipo de estructura organizacional que aplica el principio de la especialización de las funciones. Muchas organizaciones de la antigüedad utilizaban el principio funcional separa, distingue y especializa: es el germen del Staff (Chiavenato, 2006).



- Organización Línea-Staff: Es la combinación de los tipos de organización lineal y funcional, buscando incrementar las ventajas de esos dos tipos de organización y reducir sus desventajas, existen características de cada una de ellas que reunidas proporcionan un tipo de organización más complejo y completo. Coexisten órganos de líneas (órganos de ejecución) y de asesoría manteniendo relaciones entre sí. Los órganos de línea se caracterizan por la autoridad lineal y por el principio escalar, mientras los órganos de Staff prestan asesoría y servicios especializados (Chiavenato, 2006).
- Comités: Reciben una variedad de denominaciones: comités, juntas, consejos, grupos de trabajo, etc. No existe uniformidad de criterios al respecto de su naturaleza y contenido. Algunos comités desempeñan funciones administrativas, otros, funciones técnicas, otros más estudian problemas y otros sólo dan recomendaciones. La autoridad que se da a los comités es tan variada que reina bastante confusión sobre su naturaleza (Chiavenato, 2006).
- Organizaciones Informales: Este tipo de organizaciones consiste en medios no oficiales pero que influyen en la comunicación, la toma de decisiones y el control que son parte de la forma habitual de hacer las cosas en una organización (Hitt, Black y Porter, 2006).

C) Organizaciones según su grado de centralización

Esto quiere decir que son según la medida en que la autoridad se delega:

- Organizaciones Centralizadas: La autoridad se concentra en la parte superior y es poca la autoridad, en la toma de decisiones, que se delega en los niveles inferiores; ejemplo: el ejército (Ferrel, Hirt, Ramos, Adriaenséns y Flores, 2004).
- Organizaciones Descentralizadas: En una organización descentralizada, la autoridad de toma de decisiones se delega en la cadena de mando hasta donde sea posible. Se caracteriza en organizaciones que funcionan en ambientes complejos e impredecibles (Ferrel et al., 2004).

Es así como las organizaciones reúnen recursos para alcanzar metas y resultados deseados, también producen bienes y servicios que los consumidores desean.

Las organizaciones funcionales buscan formas innovadoras de producir y distribuir bienes y servicios con mayor eficiencia. Una forma es el uso de tecnología de fabricación moderna y



nueva tecnología de información. El rediseño de estructuras organizacionales y las prácticas administrativas también pueden contribuir a una eficiencia más alta (Mendoza, 2001).

1.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES O ESTRESORES DEL TRABAJO

El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) define a los factores psicosociales en el trabajo como “Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento” (Organización Internacional del Trabajo (OIT) /Organización Mundial de la Salud (OMS), 1984). Disponible en red:

<http://factorespsicosociales.com/publicaciones/2009/08/24/factores-psicosociales-en-el-trabajo-naturaleza-incidencia-y-prevencion/>

De acuerdo a Schnall, 2000, citado en Juárez (2007a) nos presenta que la combinación de estresores o factores psicosociales se ha conocido bajo el nombre de “Modelo de Tensión Laboral” o “Modelo Demanda/Control de Karesek” (p. 111).

Algunos ejemplos de variables psicosociales son: la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre muchos otros.

Los agentes estresores según Pineda y Rentería (2002), pueden clasificarse como: del medio ambiente, físico del trabajador, individuales, organizacionales, grupales y extraorganizacionales.

1.4.1. Individuales

Un estresor individual se refiere a las dificultades que puede tener cada persona en la adaptación a cualquier situación o evento.

Peiró y Prieto (2007) incluyen las siguientes variables: conflicto y la ambigüedad de rol, la sobrecarga, el grado de autonomía del trabajo, la responsabilidad sobre personas y cosas, el



grado y la importancia de la toma de decisiones, las habilidades puestas en juego en el trabajo, las expectativas de promoción y desarrollo personal, la participación en la organización, la variedad, interés y complejidad de las tareas a realizar. Muchas de estas variables tienen que ver con el (re)diseño del puesto de trabajo y afectan directamente al contenido de la actividad laboral.

Ivancevich y Matteson (1985), en Pineda y Rentería (2002), afirman que existen 4 estresores individuales de tipo organizacional:

A) Rol Dual

La expectativa que tiene el individuo de lo que espera y exige de sí mismo y de otras áreas (amigos, familiares, personal, laboral, etc.) provoca una combinación de fuerzas que se contraponen, las cuales se llaman presiones de rol. Cuando dos o más presiones se presentan se entra en conflicto que se manifiesta a través del traslape en el cumplimiento de tareas (Guillen, 2000, en Mendoza, 2001).

El conflicto de rol puede ser subjetivo, ya que el individuo tiene sus propios deseos, metas y valores que son contrarios con los requisitos formales que la organización y la familia le piden (Sloan y Cooper, 1987; en Lozano, 2008).

El conflicto de rol objetivo es cuando tiene que realizar dos demandas antagónicas que son necesarias para su desarrollo profesional, calidad de vida individual y familiar.

B) Ambigüedad de las instrucciones o de la información

Se presenta cuando la información o instrucción es confusa e incluso ambivalente, lo cual lleva a que se dificulte la comprensión y se manifieste ambigüedad que es amenazante para entender y usar los recursos de afrontamiento y cumplir con la meta (Margolis, Kroes y Quinn, 1974; Caplan y Jones, 1975., en Lozano, 2008).

C) Sobrecarga de trabajo

Es la cantidad excesiva de actividades que tiene que realizar el trabajador, debido a las demandas de su entorno. Existen 2 tipos de sobrecarga (Ivancevich y Matteson, 1989):

➤ Sobrecarga Cuantitativa: Se refiere al exceso de trabajo y escaso tiempo para su culminación.



➤ **Sobrecarga Cualitativa:** Es cuando el individuo piensa que no posee la habilidad o que los estándares son muy altos.

Esto en ocasiones suele ser originado por la falta de planeación, organización del tiempo y de las actividades.

También hay que tomar en cuenta los aspectos temporales y la secuenciación del trabajo (duración de la jornada laboral, ritmo y cadencia del proceso productivo, variaciones en el flujo de trabajo, presiones y fechas tope para su finalización), el nivel de exigencias del proceso (estándares de calidad, picos en la producción), la amplitud en la supervisión, la postura de trabajo o la secuenciación de movimientos, así como la interdependencia funcional con otros puestos y/o secciones y el flujo de información, productos y procesos de trabajo (Peiró y Prieto, 2007).

El trabajo desde una perspectiva sistemática, hace referencia a las capacidades del sistema que se ven movilizadas en el procedimiento. En principio puede distinguirse entre carga física y carga mental, o expresado en otros términos, las demandas que supone el trabajo pueden referirse a procesos perceptivos-motrices y a operaciones cognitivas (Meijman y O'Hanlon, 1984; en Peiró y Prieto, 2007).

D) Responsabilidad

Es comprometerse y cumplir con las diferentes actividades laborales y/o familiares, desarrollándolas lo mejor posible. Al tener las capacidades necesarias para las tareas se facilita el realizarlas (Pineda y Rentería, 2002).

Existen diferentes tipos de responsabilidades como son la responsabilidad por personas, es decir actividades de la gente a cargo y la otra es, responsabilidad por cosas como son: equipo, herramienta, presupuesto y similares. Siendo así el de mayor estrés y conflicto la responsabilidad por personas, ya que se tiene que tomar decisiones interpersonales que en ocasiones pueden ser desagradables, al igual que sobre cargas de trabajo, roles conflictivos y ambiguos (Ivancevich y Matteson, 1989).



1.4.2. Organizacionales y Grupales

A) El clima organizacional

Es la interacción de los individuos, es decir, la relación entre el personal administrativo, ejecutivo, gerentes, etc. (Rousseau, 1988; en Chiang, Salazar y Huerta, s. f.).

El clima organizacional afecta a la gente de diferente manera, puede hacer que los empleados gocen de un ambiente relajado, con poco estrés o que sufran de un ambiente tenso y por consiguiente, las consecuencias de un estrés intenso.

B) Falta de Cohesión en el grupo

La cercanía entre los miembros de un grupo y la tendencia a mantenerse unidos, para muchas personas es extremadamente importante (Mendoza, 2001).

Por lo tanto, las mejores condiciones se darán cuando el grupo tenga un objetivo, metas y expectativas que coincidan con la organización, teniendo así una mayor productividad; en cambio cuando alguno de los individuos se sienta aislado, o bien sus metas personales no coincidan con las de la organización, comenzará a crear conflicto y probablemente paralizarlos de realizar las actividades designadas.

C) Carencia de apoyo social

El sujeto está inmerso en una constante interacción con grupos de individuos debido al parentesco, lugar de trabajo o de procedencia geográfica como los vecinos, favoreciendo así las redes sociales que dan apoyo y favorecen las condiciones de estabilidad y desarrollo personal del individuo (Morales, Maya y Rebollosa, 1997; en Pineda y Rentería, 2002).

Cuando el individuo no cuenta con ayuda en determinada situación, puede percibir más los aspectos negativos y considerarlos un agente agresor.

D) Conflictos intragrupal

Es la acción antagónica entre dos o más personas. Uno de los hechos de la vida organizacional es que ningún grupo tiene suficientes recursos para satisfacer todas sus



necesidades internas y para cumplir con todos los requerimientos externos. Los grupos recompensan y castigan a los miembros en forma diferente, creando conflictos internos y esto a su vez se vuelve un agente estresor, dependiendo del contexto y la personalidad del individuo.

Hammer y Organ (1978) en Ivancevich y Matteson (1989) señalan que el conflicto intragrupal tiene tres categorías: el conflicto de roles, el conflicto de asuntos y los conflictos de interacción.

- 1) *Conflictos de roles*: Se da cuando las expectativas asociadas a dos o más posiciones ocupadas por una persona, son incompatibles entre sí, o cuando las expectativas mutuamente incompatibles están asociadas a una sola posición.
- 2) *Conflictos de asuntos*: Implica un desacuerdo entre los miembros del grupo en cuanto a la solución de un problema.
- 3) *Conflictos de interacción (desacuerdo)*: Puede ser causado por diferentes percepciones, niveles de experiencia, valores personales o fuentes de información. Cuando una parte del grupo culpa a otra parte de un suceso o de drenar los recursos necesarios, existe un conflicto de interacción.

E) Nivel Jerárquico Organizacional

Se refiere al lugar que ocupa el individuo dentro de la jerarquía de la organización. El nivel jerárquico depende del tipo de responsabilidad que se tenga y de las características de la tarea. Bajo este aspecto organizacional se ha encontrado que las jerarquías que tienen poco que aportar o que ejercen muy poco control sobre su trabajo experimentan, mayor nivel de estrés (Mendoza, 2001).

F) Lugar o área de trabajo

Es el espacio personal que se ocupa dentro del área de trabajo, son las partes de la organización que ya se han vuelto familiares para el empleado (Mendoza, 2001).

Encontrando así que los individuos que trabajan en lugares o áreas de trabajo que no suelen ser familiares para él, experimentan estrés; o bien cuando otros grupos entran en su territorio o lugar de trabajo (Ivancevich y Matteson, 1989).



G) Tecnología

Se refiere a las formas en que la organización transforma otros insumos en productos deseables. Entre más sean las limitaciones tecnológicas de una organización será mayor el número de estresores potenciales (Mendoza, 2001).

En algunos individuos la tecnología de la organización, puede ser un estresor que afecte su conducta y fisiología, dependiendo de los atributos de la tarea a desarrollar, estructura, nivel de ocupación y destreza en la tecnología, puede ser estresores sino se cuenta con la habilidad del manejo de la tecnología (Ivancevich y Matteson, 1989).

H) Liderazgo

Los líderes son elementos activos de la organización y cada uno tiene su manera de dirigir. Dependiendo de la manera de dirigir del líder y las necesidades del empleado, el liderazgo le causará estrés a los empleados o les ayudara a disminuirlo. Deben cumplirse ciertas condiciones personales y situacionales, para que exista un buen liderazgo y estas son tres: las relaciones afectivas entre el líder y el grupo, la estructura de las funciones y el poder de posición del líder (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zarate, 2002).

La forma en que una persona aplica las diversas bases de poder puede influir sobre los resultados en un contexto organizacional.

I) Participación en la toma de decisiones

Se ha investigado que el individuo desea participar en las decisiones que tiene relación con su trabajo (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zarate, 2002). Resultando estresante la situación laboral cuando el empleado no puede decidir libremente sobre las acciones que van a realizar.

J) Turnos de trabajo

Hay empleos que por eficacia, economía, servicio y requerimientos tecnológicos requieren del trabajo por turnos, adoptando el trabajador los ritmos circadianos (Fernández y Piñol, 2000).



Dependiendo de la capacidad de adaptación del individuo al turno de trabajo, este puede ser un estresor que afecte la conducta, desempeño, la fisiología y las relaciones familiares del mismo (Ivancevich y Matteson, 1989).

1.4.3. Factores Extraorganizacionales

Ivancevich y Matteson (1989) en Mendoza (2001), sostienen que los factores extraorganizacionales son las acciones, situaciones o sucesos ajenos a la organización que podrían resultar estresantes para la gente, por lo cual influyen en la conducta del empleado dentro del trabajo, estas son:

A) Situación Familiar

Se considera a toda aquella interacción negativa como estresante por los integrantes de la familia. Es decir cuando los conflictos o exigencias intervienen en el desarrollo de la actividad laboral; tales como: conflicto marital, las prácticas de crianza, la estructura familiar, la rivalidad entre hermanos, o el padecimiento de alguna enfermedad crónica en alguno de los miembros, o por otros factores fuera de la familia (amistades, pareja, consumo de drogas, alcohol) (Mendoza, 2001).

B) Situación Económica

En una sociedad como la actual, básicamente economista y de consumo, el poder adquisitivo es considerado como un todo. Una parte importante de la población obtiene sus ingresos, y por tanto, su sustento así como su capacidad de gastar y comprar cosas, de su salario, del dinero obtenido por su trabajo, por lo que la función económica del trabajo es básica (Ovejero, 2006).

Esto constituye una situación estresante al buscar los medios para lograrlo. Aunque inicialmente se reduzca el estrés causado por los problemas financieros, puede haber un aumento en el estrés causado por la fatiga, por disminución en tiempo libre para disfrutar de ciertos eventos, así como consumo de energía (Ivancevich y Matteson, 1989).



C) Situación Social

Este tipo de factores se refiere a hechos de la vida cotidiana de un trabajador, quien se ve generalmente afectado por una serie de situaciones que de un modo positivo o negativo debe asumir, para la realización o limitación de las actividades laborales, como son: huelgas de trabajadores, desempleo, ganar la lotería, problemas viales, globalización, etc. (Mendoza, 2001, en López y Campos, 2002).

1.4.4. Medio Ambiente Físico del Trabajador

Ivancevich y Matteson (1989) afirman que son condiciones o fenómenos ambientales que producen emociones estresantes:

➤ Iluminación inadecuada

Puede causar problemas para realizar un trabajo, ocasionando que la tarea sea más difícil o imposible de terminar, y dar como resultado un desgaste visual, puede ser a corto y/o largo plazo provocando algunas veces dolores de cabeza. También puede aumentar el nivel de tensión y frustración mientras se lucha por terminar con una tarea bajo condiciones donde no existe iluminación adecuada.

➤ Ruido

El ruido excesivo y/o intermitente interfiere con la concentración y es fuente de frustración que puede producir enojo y/o tensión, los cambios en los niveles de ruido provoca generalmente irritabilidad.

➤ Calor excesivo

Es probable que este genere costos fisiológicos y psicológicos, particularmente para aquellas personas que desarrollan actividades que requieren de gran esfuerzo físico. Fisiológicamente, el estrés producido por el calor da como resultado un aumento en el flujo sanguíneo y en el pulso, mayores demandas de oxigenación y fatiga. Psicológicamente puede perturbar el funcionamiento efectivo normal y aumentar significativamente.

➤ Frío extremo

Este también influye psicológicamente sobre los individuos, desde el punto de vista del desempeño, un frío extremo (la temperatura normal del cuerpo es de 37 grados) provoca que



la relación metabólica aumente en un intento por compensar la pérdida de calor; sino, ya no hay calor ni energía y la temperatura del cuerpo desciende haciendo que los miembros del cuerpo más alejados del núcleo central del organismo vean disminuido el flujo de sangre afectando manos y pies, originando un bajo desempeño en las tareas que requieren del uso de estas extremidades.

➤ Vibración

Se experimenta normalmente como consecuencia de operar alguna herramienta o algún vehículo que trasmite la vibración. Fisiológicamente, el estrés del movimiento es precipitado por las aceleraciones giratorias de la cabeza que son registradas en los canales semicirculares del oído interno.

➤ Contaminación del aire

Es un problema cada vez mayor en las grandes ciudades en los últimos años. Siendo este un estresor tanto físico como psicológico.

➤ Condiciones de seguridad

Las condiciones de seguridad en las que se realiza el trabajo está en relación con riesgos laborales y la posibilidad de accidentes, como la aparición de enfermedades o patologías profesionales. Incluye aspectos de riesgo físico, químico o mecánico, como aquellos agentes que pueden provocarlo de modo indirecto (por ejemplo, un suelo resbaladizo) (Peiró y Prieto, 2007).

Peiró y Prieto (2007) clasifican el medio ambiente en tres tipos:

a) El *ambiente físico*: Se refiere principalmente a magnitudes como la temperatura, humedad, nivel de ruido, iluminación, ventilación y pureza del aire (sustancias nocivas, contaminantes, polvo, iones), existencia de vibraciones, e incluso a las condiciones generales de limpieza, higiene y orden en el lugar de trabajo.

b) Las *variables espacio-geográficas*: Tienen que ver principalmente con la existencia de suficiente espacio para poder desarrollar la actividad laboral, la distribución de ese espacio, su configuración y las relaciones que se establecen entre el espacio y los trabajadores (privacidad/intimidad, territorialidad, densidad/hacinamiento, condiciones de aislamiento).



c) Los aspectos de *diseño espacial-arquitectónico* del lugar de trabajo: referidos tanto al espacio como a los materiales y equipamiento necesario para desempeñar el trabajo. En concreto se trata de la configuración, distribución y diseño ergonómico del entorno de trabajo. Otra manera de categorizar los estresores es la expuesta por López y Campos (2002):

Tabla 1. Síntesis de categorías de estresores tomado de López y Campos (2002).

Factores	Descripción
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Acontecimientos o Cambios Vitales generados en la propia esfera del trabajador o bien en su círculo familiar o social cercano. - Eventos socio-culturales. Eventos dentro del rango social, pero de un ámbito más amplio. Implica cambio cultural.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos o necesidades de carácter fisiológico u orgánico.
Físico-Químico- Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> - Tal como se establece en la nomenclatura, se abordan los tres ámbitos mencionados. Estos elementos se encuentran muy relacionados con los factores biológicos, ya que en general, constituyen estímulos que desencadenan procesos fisiológicos.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Esta categoría posee características específicas. Primero, la valoración personal es el elemento fundamental en esta área. Segundo, acorde a esa valoración cualquier estímulo puede transformarse en un estresor.
Laborales	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquier elemento o hecho relacionado con el trabajo, que pueda resultar en cualquier momento productor de estrés.

Por su parte Müller-Limmroth (1976) menciona otra forma de clasificar los aspectos relacionados con el trabajo (Mendoza, 2001):

➤ *Estresores físicos*

Puede ser actividades corporales, condiciones físicas del medio así como las condiciones internas del organismo.



➤ *Estresores psicológicos*

Es cualquier proceso cognitivo que implique funciones superiores y que obliga a concentrar totalmente la atención para así poder realizar la tarea impuesta.

El estrés está determinado por la evaluación que el individuo hace de una interacción específica con el entorno (Mendoza, 2001).

➤ *Estresores afectivos*

Están relacionadas con la personalidad del individuo:

1) Tipo de personalidad: Influye en la manifestación del estrés, así como en su predisposición a él.

Friedman y Rosenman (1959) describieron las características de personalidad:

Personalidad Tipo A:

Puede describirse como personas impacientes, apresurados todo el tiempo y generalmente son personas que trabajan largas horas además de ser urgente es importante que así sea, se ha de hacer rápido, el límite de tolerancia para los errores se aproxima a cero. No solo se mueve rápido, sino que come de forma apresurada, habla a toda velocidad, las semanas y los días pasan a toda prisa, el estado de alarma y la impaciencia son su ecosistema.

Personalidad Tipo B:

Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés (Padilla, Peña y Arriaga, 2006).

2) Autoestima: Cuando es elevada se encuentra asociada con una mayor confianza del individuo para manejar satisfactoriamente la situación. Inversamente los bajos niveles pueden subrayar o facilitar la producción de estrés de forma negativa.

3) Apoyo Social: Consideran al apoyo social como un buffer (modulación) entre padecimiento de adversidad psicosocial y el desencadenamiento posterior de enfermedad. Se postula que



un buen nivel de apoyo social reduce el riesgo de enfermedad cuando existen condiciones adversas o bien, cuando la enfermedad ya ha hecho su aparición, protege evitando la cronificación o empeoramiento de la misma.

4) Locus de control: Se refiere a la percepción de los individuos sobre el grado en que el control de los estímulos externos reside dentro de ellos y fuera de ellos. El grado en que el individuo crea tener control o dominio de una situación, habrá menor probabilidad de que perciba la situación como amenazante o generadora de estrés y a su vez que tenga menos probabilidad de hacer manifestar patrones adversos de reacción.

5) Nivel de necesidad: Dependiendo de la necesidad a cubrir de cada persona y lo que esté dispuesta a hacer para lograrlas, el estrés les afectará diferencialmente.

6) Tolerancia a la ambigüedad: Tienen una fuerte necesidad de definir todos los aspectos de su ambiente de trabajo, lo que tienen que hacer, en qué orden deben proceder con las diferentes tareas; así como tomar decisiones a ciertas situaciones.

➤ *Estresores demográficos*

Ivancevich y Matteson (1989) consideran los siguientes datos como estresores demográficos:

1) Edad: Hay tres tipos de edad, la edad cronológica que es el tiempo transcurrido desde el nacimiento, la edad fisiológica que depende del grado de deterioro experimentado por el organismo y la edad psicológica que es la edad que el individuo tiene a nivel mental. Sin embargo es importante manifestar que no es la edad la que se relaciona con el estrés, sino las experiencias que tienden a estar asociadas a ellas (Mendoza, 2001).

2) Sexo: La respuesta al estrés dependerá del rol, de las responsabilidades tanto familiares como profesionales específicas que juega cada individuo.

En las mujeres se manifiestan en mayor grado dolores de cabeza, vértigos, asma, trastornos menstruales y alteraciones cutáneas.

En los hombres se presentan en su mayoría las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, arterial, úlceras pépticas.



3) Estado físico: Las personas que se encuentren en muy buenas condiciones físicas y de salud, resistirán mejor los efectos nocivos del estrés en comparación con las personas no tan sanas.

4) Educación: Con diferentes niveles educativos, tendrán diferencias en cuanto a su experiencia y por consiguiente su manera de responder al estrés será diferente, siendo esta variable moderadora de estrés. En la mayoría de los casos las personas con bajo nivel educativo, no solo se preocuparán por el trabajo, sino por problemas económicos y de otra índole, lo que lo llevará a convertirlo en agentes estresores. Por otra parte los de nivel educativo alto puede que el estrés sea visible cuando se le otorguen mayores responsabilidades o bien considere que no son las actividades que mejor desempeñe (Norton, A., 2010). Disponible en red: <http://www.intramed.net>

5) Ocupación: Diversas variables como son el ajuste ocupacional, la capacidad del individuo y los horarios del trabajo (Mendoza, 2001).

Hay trabajos que por su naturaleza son fuentes potenciales de estrés e independientemente si se desempeña un trabajo con alto o bajo grado de estrés, por ejemplo: los que están relacionados con salvaguardar la vida emocional o física de otras personas, como pueden ser lo médicos, psicólogos, odontólogos, etc. (Juárez, 2007c).

La capacidad que tiene cada persona para la ejecución de su trabajo es un factor significativo en la vulnerabilidad al estrés.

6) Horario de Trabajo: Aquí se toman en cuenta algunos aspectos:

- ✓ La duración del tiempo que se pasa en el trabajo
- ✓ Distancia de traslado de su domicilio al trabajo
- ✓ Cantidad de trabajo
- ✓ Disminución de tiempo de descanso

➤ *Estresores económicos*

La delimitación del cambio en el contexto de trabajo responde a cuatro importantes factores externos: las nuevas condiciones económicas, la innovación tecnológica, las nuevas condiciones sociales y en los cambios demográficos en la población.



1) *La nueva economía:*

El cambio más importante en el terreno económico está relacionado con la tendencia hacia la internacionalización y la globalización de los procesos económicos (Buckley y Ghauri, 1993; en Peiró y Prieto, 2007).

Su principal consecuencia consiste en el incremento de la competitividad y una variabilidad de la demanda.

Otra importante tendencia de cambio económico es el cambio en la estructura de los sectores económicos. En este caso, se está produciendo un fuerte crecimiento de las actividades económicas relacionadas con el sector servicios; en la actualidad representan un 60-70% del total de la economía en los países industrializados. En este contexto, resulta especialmente llamativo el crecimiento experimentado por los denominados “servicios de intermediación” de asesoramiento a otras empresas (contabilidad, asesoría legal y financiera, etc.) (Peiró y Prieto, 2007).

2) *Condiciones sociales y demográficas:*

El incremento de interacciones entre regiones y países, ha dado paso a un proceso de actualización mutua. El cual no se limita a áreas tradicionales de negocios y turismo, sino que incluye el intercambio cultural (p. ej., radio, TV, video, etc.) (Peiró y Prieto, 2007).

El mundo laboral ha venido experimentando cambios importantes a lo largo de la historia y especialmente acelerados durante las últimas décadas.

3) *Nuevas Tecnologías:*

El desarrollo de nuevas tecnologías, las nuevas formas de organización del trabajo, los cambios en los sistemas de producción, la globalización de los mercados y otros fenómenos económicos y sociales han ido transformando la realidad laboral y ocupacional (Ovejero, 2006).

El análisis de esas importantes transformaciones del mundo laboral requiere la consideración de múltiples aspectos:

a. Las transformaciones de los puestos de trabajo y de las formas de organizar el trabajo que tienen clara incidencia sobre la estructura ocupacional del mercado laboral.



- b. Los cambios en las ofertas laborales de los diferentes sectores (primario, secundario, terciario) y en la propia estructura ocupacional.
- c. Los cambios en las organizaciones laborales, sus culturas, sus estructuras, etc.
- d. Los cambios jurídicos-legales que regulan la actividad laboral.
- e. La globalización de mercados y los cambios macroeconómicos que inciden sobre las formas de realizar el trabajo.
- f. Finalmente la propia forma de concebir el trabajo por parte de la sociedad y las transformaciones que se vienen produciendo en este aspecto.

Lo que queda establecido es que el estresor dependerá siempre del tipo de persona que sea la que esté llevando a cabo la situación, así como las herramientas para poder percibirlo, a partir de su propia experiencia.

1.5. TRABAJO EN LAS ORGANIZACIONES MEXICANAS

El desarrollo de la disciplina basada en el comportamiento humano y la necesidad de adaptar su forma de desempeñarse en un ambiente de intercambio de bienes y servicios ha evolucionado con el tiempo según las circunstancias cambiantes del entorno social y económico.

La estructura laboral de un país está fuertemente relacionada con los esquemas políticos y económicos existentes. México en los últimos años, ha experimentado importantes cambios en estos ámbitos, los cuales han modificado de manera radical las relaciones laborales y las estructuras ocupacionales (Meza, 2005).

Época prehispánica.

Se divide en preclásica, que abarca 2500 a.C. a 200 d.C. destacando la cultura olmeca, en este periodo se practicaba la agricultura, la cacería y la pescaba, cada uno de los habitantes consideraban como propio el lugar que trabajaban. El trabajo se dividía como hombres cazadores y mujeres recolectoras, había otros que se dedicaban al arte, a las actividades religiosas, al gobierno y a la ciencia, en ocasiones esto era ejercido por la misma persona. Se



observa una clase organizada y la fuerza de un grupo gobernante estable; así como un intenso intercambio comercial (Brom, 2006).

En cuanto al periodo clásico, este abarca 200 d.C. a 1521 d.C. sobresalen Teotihuacán, Monte Alban y la región maya. En esta pueden observarse barrios especializados por profesiones, y se realizaba un extenso comercio que se extendían hasta América Central, el grupo gobernante definido estaba integrado por sacerdotes y militares.

En periodo posclásico que abarca del 1000 a 1521 d.C., comprendiendo a mayas, mixtecos, zapotecos, toltecas, huastecos, totonacos, mexicas y pueblos nahuas y purépechas.

La principal característica fue el militarismo, movilidad de población, inestabilidad política, difusión de elementos culturales y procesos de expansión y poder.

No solo se tuvo dominio económico regional a través del control comercial sino también buscaban sometimiento de pueblos para que les dieran tributos. Esto implicó que el militarismo implicó que hubiera guerreros profesionales, que la casta militar tuviera gran poder social y político y que aumentarán los sacrificios humanos.

Se acentuó la división de clases sociales, y los esclavos que había era utilizados para ser sacrificados.

La Colonia

Con la expedición de 1492 de Cristóbal Colón, se inicia la conquista de la colonia española en 1521 con la caída de Tenochtitlán, desarrollando la minería de metales preciosos, oro y plata, y se apropiaron de grandes extensiones de tierra con fines agrícolas y ganaderos. Las posiciones gobernantes, así como en la industria y el comercio son ocupadas por los españoles. Los indios estaban relegados a la condición de peones de campo y de las minas, los mestizos y las castas, y los negros eran tenidos como esclavos (Brom, 2006).

La matanza en las guerras, el desánimo de los sometidos, los maltratos que sufrían, y en medida importante, las enfermedades traídas por los europeos, causaron disminución de la población autóctona en más del 90% (Brom, 2006).

El régimen económico de la Colonia se distinguió por:



- a. El establecimiento de la propiedad privada de la tierra entre los españoles y el predominio del latifundio.
- b. El sistema de prohibiciones en materia de cultivos (vid, olivo, morera) para proteger a los productores españoles.
- c. El sistema proteccionista de la industria española, que impidió el desarrollo de la industria nacional.
- d. El sistema de monopolios en el comercio y en la producción de ciertos artículos de gran consumo, por parte del Estado (Brom, 2006).

La Independencia

Al principiar el siglo XIX en las colonias españolas, portuguesas y francesas de América se habían desarrollado condiciones que propiciaron se independizaran de sus metrópolis. Con influencias extranjeras como lo fue la Ilustración, Revolución Industrial, Independencia de los Estados Unidos, La Revolución Francesa y la invasión Napoleónica. Es de esta manera como los indios, negros, mestizos, se opusieron a los dueños y gobernantes españoles, propusieron hacer situaciones igualitarias ante la ley y separarse de una vez por todas de España (Brom, 2006).

El movimiento de Independencia que se originó en 1810, aboliéndose la esclavitud y las castas, así como el tributo que debían pagar los indios y decretó la devolución de las tierras que pertenecían a éstos, todo lo cual produjo una violenta oposición no sólo de los peninsulares, sino de la Nueva España (Brom, 2006).

México experimentó diferentes formas de gobierno durante esos años, muchas veces impuestas por medio de la violencia y el engaño, y el ejército para conseguir el poder. Gracias a esto la economía estaba en situación desastrosa, el comercio internacional que durante todo el periodo colonial se llevaba a cabo casi exclusivamente con España, había decaído gravemente. El intercambio en el interior del nuevo país se veía seriamente obstaculizado por la destrucción de los campos y por la inseguridad reinante, afectando así la agricultura, y la minería requería fuertes capitales para reanudar su actividad, inicia la creación de fábricas.

La mayoría de la población vivía en el campo, cuyos dueños ejercían un dominio absoluto en sus propiedades, los peones no podían abandonar sus lugares de trabajo, lo que les impedía



buscar oportunidades en otras partes. De tal forma que comienzan a levantarse movimientos para abolir estas formas de gobernar.

Porfiriato

Durante este periodo de gobierno, se produjeron cambios en la estructura económica, se centralizó el poder político evoluciono la cultura, por otra parte se agudizaron los sectores adinerados y poderosos contra los dominados y explotados.

Se favorece la inversión extranjera tanto en capital como en tecnología, puesto que México tenía recursos naturales pero pobres en dinero y tecnología. Eses móvil era de carácter político y obedecía a la competencia imperialista que se daba entre las potencias por el dominio del mundo.

La condición de dependencia con la que la economía mexicana entró al sistema capitalista, todas las ramas de la producción que se desarrollaban en el periodo porfirista estuvieron sujetas a las necesidades del mercado externo. Durante el porfiriato se produjo en México un notable crecimiento económico, una expansión de las vías de comunicación y de los centros urbanos, y una imagen de solidez en el extranjero que en el país no había logrado obtener hasta entonces (Brom, 2006).

En el porfiriato existen dos fases: la primera se caracteriza por esfuerzos gubernamentales tendientes a equilibrar las finanzas, modificando el sistema de impuestos para captar más ingresos, reduciendo gastos presupuéstales, y ayudando a soportar la crisis económica que impacto en México entre 1891 y 1893.

En la segunda fase la sociedad presenta una problemática, a raíz de la incorporación el proceso productivo industrial, que formó una nueva clase trabajadora, que a su vez creó distintas organizaciones para luchar mejores salarios y discriminaciones que sufría frente a los extranjeros, y el dominio arbitrario de los patrones.

En la primera década del siglo XX se acentuaron los problemas nacionales, dando lugar al estallido de la Revolución de 1910.

En los años veinte el pensamiento en la materia del desarrollo humano dentro de la organización estaba orientado hacia las relaciones humanas. Donde predomina un sistema



meramente técnico y donde se pensaba que la solución estaba en tomar la corriente de la administración científica. Hacia los años cuarenta se puede ver una tendencia orientada no solo al individuo sino también a los grupos de individuos. En los sesenta se ve cómo interactúan dos o más grupos de individuos entre sí (Meza, 2005).

Desde la fundación del Estado Revolucionario a finales de la década de los veinte, las relaciones entre la clase trabajadora del país y el Estado Mexicano han pasado por varias etapas que han moldeado, de manera decisiva, el funcionamiento y las instituciones del mercado laboral formal actual, y de manera indirecta también las del sector informal o no estructurado. Para entender esas instituciones y poder hacer recomendaciones de política que promuevan mejores condiciones de trabajo sin afectar la competitividad de la planta productiva nacional, es necesario comprender el origen de las mismas (Meza, 2005).

El origen de las instituciones laborales mexicanas actuales se remonta a la Constitución de 1917 y, en particular, al artículo 123 de la Carta Magna. Los estudiosos del movimiento obrero en México consideran que después de 1917, el proyecto de nación quedó plasmado en la Constitución, en la cual entrañaba fuerzas reales de un poder acaudillado, campesino y obrero, que habrían de encabezar los jefes y los líderes más sagaces. México en esa época era predominado por el grupo agrario, con un incipiente sector obrero, el cual estaba organizado y esparcido a lo largo del territorio nacional; estas dos características, aunadas al potencial que le imponía al sector el interés de los gobernantes por industrializar el país, le merecieron al movimiento obrero un peso importante en el juego del poder (Meza, 2005).

A partir de 1917 y hasta finales de los años veinte, se observa una relación de colaboración entre las grandes organizaciones obreras, como la Confederación Regional Obrera Mexicana y el gobierno federal, en la cual era evidente la subordinación de los líderes obreros a los intereses de los gobernantes. Podría decirse que el movimiento obrero mexicano surgió en esa época no para defender los intereses de los agremiados frente a los de los patrones, sino para fundarse como un pilar sobre el que se edificó la estructura política del país (Meza, 2005).

La creación de la CTM es considerada por varios analistas como el primer signo claro del corporativismo en México. Este corporativismo se entiende como una organización colectiva



de los sectores sociales para tratar de neutralizar los conflictos y facilitar la toma de decisiones gubernamentales (Meza, 2005).

Esto marca el inicio de una institucionalización de las relaciones obrero-patronales que se mantiene a lo largo de prácticamente 60 años (Meza, 2005).

Podría decirse que durante la época del Estado Corporativo, los intereses de la sociedad civil no fueron prioridad para las organizaciones obreras, campesinas o para otras que surgieron básicamente con el mismo fin político, pero la necesidad del gobierno de mantener su base popular protegió a la clase trabajadora. Es precisamente al inicio de esta época cuando se crearon las instituciones gubernamentales encargadas de mejorar las condiciones de trabajo de los obreros y empleados en el ámbito de seguridad social, la vivienda, la protección al empleo o la protección a los salarios mínimos, lo que mantuvo a empleadores y empleados en tensa calma por largos períodos de tiempo (Meza, 2005).

1.5.1. Transición del mercado laboral en México

A partir de los años cuarenta se empiezan a delinear dos de las características más sobresalientes de la evolución de los mercados de trabajo en México: la migración del campo a la ciudad y la reducción permanente de trabajadores rurales (Meza, 2005).

También a partir de la década de los cuarenta se inicia en México un período fuerte de industrialización, orquestado desde el gobierno federal, bajo un esquema de sustitución de importaciones, principalmente importaciones de bienes de consumo final, complementado con importaciones de bienes de capital y de uso intermedio. Las exportaciones agrícolas de la posguerra se convirtieron en la fuente principal de divisas para el financiamiento de las importaciones necesarias para la industria, y el resultado fueron las altas tasas de crecimiento con baja inflación; estos resultados se atribuyen al control que se ejerció sobre la clase trabajadora y a los privilegios recibidos por los dueños del capital (Meza, 2005).

Un fenómeno que llama fuertemente la atención en los años sesenta, son los países en desarrollo que crecían a tasas sin precedentes con base en las exportaciones de manufacturas de bajos precios, especialmente de productos maquilados. La reducción en la demanda por las exportaciones agrícolas mexicanas hizo necesaria la búsqueda de fuentes



alternas de divisas para seguir financiando las importaciones de bienes de capital necesarios en la industria, lo que sienta las bases para el establecimiento de las primeras plantas maquiladoras en México (Meza, 2005).

La pérdida de ingresos para el campo propicia un desplazamiento importante de la población de las zonas rurales a las zonas urbanas, sin embargo estas personas no tienen cabida en el mercado laboral formal solo en ocupaciones de servicio doméstico, construcción, comercio y en la industria informal (Meza, 2005).

La evolución en la distribución sectorial de la fuerza laboral se ha alejado del sector agropecuario y se ha incrementado en el sector rural. Aquellos que no pueden encontrar un empleo en la industria protegida con salarios superiores a los del mercado por arreglos institucionales (Hernández, G., 2000).

Los resultados en términos de la distribución del ingreso a favor de la clase trabajadora, y el discurso oficial de unidad y de apoyo a las causas de los trabajadores permitieron mantener la estructura laboral descrita varios años más.

Este es un período determinante para lo que se llamó período de precarización o segmentación del mismo entre un sector moderno, orientado a los mercados internacionales y otro sector tradicional enfocado a actividades económicas de supervivencia (Meza, 2005).

El establecimiento de las maquiladoras a finales de los sesenta y principios de los setenta, y el surgimiento de sus sindicatos, buscaron mecanismos para aumentar la productividad del trabajo en las empresas y al mismo tiempo prestaciones y mejoras en las condiciones de trabajo de sus agremiados (Meza, 2005).

En 1976 ocurre la primera devaluación importante del peso y se plantea la necesidad de cambiar el modelo económico de importaciones a otro más orientado a la economía internacional (Meza, 2005).

Con la segunda crisis económica incrementa la tasa de desempleo y conllevan una mayor precarización y atomización del mismo, en el sentido de que el empleo en las grandes empresas empieza a ser desplazado por el empleo en unidades económicas de menor tamaño, las cuales surgen como alternativas a la falta de oportunidades en el sector estructurado (Meza, 2005).



México, entre 1940 y 1980, permitió la industrialización del país en un período relativamente corto de tiempo, permitiendo así los privilegios de ciertos sindicatos paraestatales (Meza, 2005).

La década de los ochentas es considerada como el inicio del nuevo modelo de desarrollo económico en México, lo cual coincide con importantes cambios políticos y demográficos. El Estado deja de ser el principal portador económico y se comienza a buscar en el exterior economía para el país, esto pone en competencia la producción nacional y los productos del exterior, creando así un mayor desajuste económico en el país (Meza, 2005).

La entrada de productos importados al país permitió la adopción de nuevas tecnologías en las empresas del sector moderno, lo que contribuyó al desplazamiento de trabajadores y al aumento de la desigualdad salarial al interior de las empresas e industrias a favor de los trabajadores altamente calificados, esto aunado, el crecimiento poblacional que se incorpora al trabajo (Meza, 2005).

En 1993 se empiezan las negociaciones para la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá (TLC), prometiendo así mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora del país, asegurando el acceso de los productos mexicanos de exportación al mercado más grande del mundo (Meza, 2005).

En los años noventa la política de empleo se enfoca a corregir las fallas del mercado, especialmente las que se refieren a la información asimétrica entre empleados y empleadores. Se promueve la capacitación al trabajador y las bolsas de trabajo (Meza, 2005).

A su vez con las mínimas oportunidades laborales en alguna empresa establecida, la población comienza a crear sus propias fuentes económicas, acrecentando así los empleos informales y las pequeñas empresas o PYMES.

Aquellos que no pueden encontrar un empleo en la industria estable, se dedican a engrosar filas del sector del mercado informal, puesto que la oferta es mayor que la demanda y esto a su vez hace que la población decida realizar este sector, puesto que las empresas buscan disminuir los costos y ser más competitivas y por tanto requieren menos asalariados directamente en la empresa (Hernández, G., 2000).



Sin embargo, es importante señalar que no parece ser la apertura en sí la causante directa de la polarización y precarización de los mercados de trabajos nacionales, sino la falta de otro tipo de políticas de apoyo a quienes resultan perjudicados por el nuevo modelo económico (Meza, 2005).

Otros de los factores determinantes para la evolución del trabajo en México es la evolución del salario, lo que conlleva a una desigualdad laboral, las cosas suben de precio y el poder adquisitivo es menor. Uno de los cambios más significativos en el mercado laboral mexicano en los últimos años son, por un lado el aumento en los niveles de escolaridad de la población, y por el otro, el incremento en la participación laboral femenina (Meza, 2005).

En lo referente a la educación, está relacionado con los esfuerzos políticos de proveer de educación básica a todas las localidades del país, así como los problemas que enfrentan los jóvenes para insertarse en los mercados laborales, tanto formales como informales (Meza, 2005).

El desajuste entre educación y empleo asume, en las recientes décadas, un aspecto preocupante. Los universitarios empiezan a tener problemas para encontrar un trabajo de acuerdo con sus características profesionales, si bien terminan por conseguir un empleo, han disminuido sus ingresos reales y relativos, se deterioran sus posibilidades de promoción laboral y gran número de ellos se ven obligados a emplearse en trabajos considerados normalmente por debajo de sus capacidades y expectativas (Salgado, 2005).

La economía mexicana ha experimentado cambios notables en los últimos veinte años, que han incidido de manera importante en los esquemas ocupacionales y laborales. Estos cambios han repercutido también sobre las estructuras políticas del país y han cimbrado las bases sobre las que se edificaban las relaciones obreros-patronales (Meza, 2005).

Los beneficios de la clase trabajadora durante la época del modelo de sustitución de importaciones provenían de un esquema político corporativista, en el sector obrero jugaba un papel central que le permitía extraer rentas a cambio de apoyar a los gobernantes en turno (Meza, 2005).

Para el logro de esos objetivos era necesario transformar la economía basada en la industrialización sustitutiva de importaciones en una orientada a las exportaciones; para



fomentar la inversión y paulatinamente disminuir la participación del Estado (González, G., 2004).

El Estado dejó de ser el motor principal de la economía y cedió el paso a la iniciativa privada, tanto nacional como extranjera, en busca de una mayor eficiencia, creando una mayor dependencia de los mercados internacionales, en especial del mercado estadounidense, lo que ha provocado la poca cabida de la clase trabajadora mexicana en el sector formal y ha promovido mayor informalidad, las empresas del país se han visto reemplazadas (Mendoza, 2005).

Siendo esta la manera en que se da la relación del trabajo-hombre en nuestro país en la actualidad.

1.5.2. Empresas de servicio

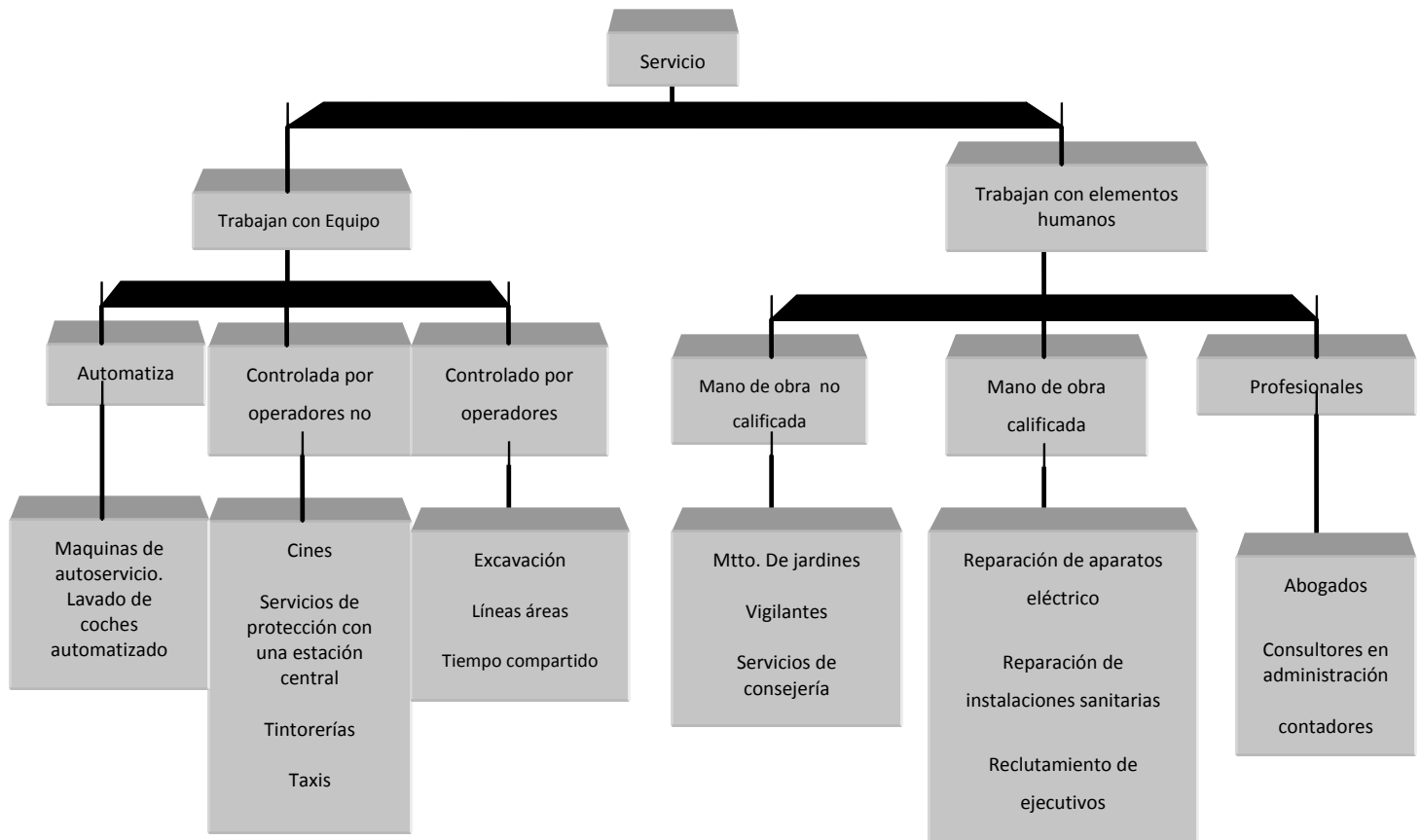
Llamadas también del sector terciario: Se refiere a empresas cuyo principal elemento es la capacidad humana para realizar trabajos físicos o intelectuales. Comprende también una gran variedad de empresas, como las de transportes, bancos, comercio, seguros, hotelerías, asesorías, educación, restaurantes, entretenimiento, etc. (De Zuani, 2003).

Servicio es una acción utilitaria que satisface una necesidad específica de un cliente, y esto a su vez genera una experiencia psicológica en el cliente según la manera como el proveedor del servicio proporciona éste (Müller, 1999).

En las empresas orientadas hacia los productos, la realidad física de los mismos proporciona una base sencilla sobre la cual puede estructurarse una descripción de la empresa. Para las compañías orientadas hacia los servicios esta interrogante es más difícil de solucionar dado que los servicios son más difíciles de solucionar dado que estos son más abstractos que los productos (Thomas, 1985).

La Imagen tradicional de las empresas que prestan servicio es que el servicio es invariable e indudablemente personal, como algo que realiza los individuos para otros individuos. Pero existe otra forma de servicio como son los de lavado automático, servicios bancarios, entretenimiento como puede ser el cine. El siguiente cuadro puede proporcionarnos el tipo de servicio que se presta (Thomas, 1985).

Figura 1. Un espectro de los tipos de empresas que prestan servicios, citado en Expansión 1985.



Servicio de entretenimiento. El entretenimiento se configura como una forma de interacción social así como una actividad empresarial. Ana Rosas, investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana comenta que en los años 50 el entretenimiento representaba la manera en que la sociedad ritualizaba su forma de aprendizaje para interrelacionarse y generalizar las normas de convivencia (Hernández, J., 2002).

No obstante, el entretenimiento ha pasado de ser solo una mera actividad que el Estado proveía a la población a una actividad que es un negocio organizado por particulares, ha hecho que los públicos se segmenten a los ojos de la industria privada, la cual solo atiende las necesidades de la clase media alta y alta. Debido a este fenómeno ha perdido su función social (Rozenberg, 1999).

Aunque el entretenimiento pueda parecer a simple vista superfluo, en realidad es una necesidad que los individuos buscan a pesar de la escasez económica.



Aunque hay eventos que aún se conservan gracias a la fidelidad de ciertos sectores. Como son las charrerías, palenques, lucha libre y otros. Y otros tanto que comienzan a ampliar su nicho de mercado para seguir consolidándose como actividad rentable (Hernández, 2002).

Muy pocos servicios han dado lugar a la identificación de un nombre comercial. Por el contrario, una empresa de servicios crea una reputación para el tipo de calidad de servicios, mayor será la necesidad y el potencial para crear una reputación que servirá como barrera para evitar el acceso de la competencia (Thomas, 1985).

Lo gerentes deben pensar menos en la identificación de la marca y más en la reputación de la compañía. Deben buscar áreas en la que las ventajas de la economía de escala estén disponibles. Por ende deben tratar de encontrar formas para desarrollar y proteger la organización (Thomas, 1985).

El cine surge como respuesta a las necesidades creadas por el tiempo libre. Por otra parte, el cine representa una alternativa de entretenimiento relativamente accesible a sectores de menores recursos. En otras palabras, entretenimiento económico para poder disfrutar en familia de un nuevo tiempo libre. Con el cine reímos, lloramos, amamos, odiamos, nos saca todo tipo de sentimientos, comparamos nuestra personalidad con la de algún personaje, se asiste a las salas de cine a vernos a nosotros mismos (Rozenberg, 1999; Guerrero, 2004).

El cine marca una influencia de la sociedad con el paso de los años, y se convierte en un espectáculo de masas que trasciende el espacio de la sala de proyección para adentrarse en la esfera de lo personal. Disponible en red:

<http://www.espanolsinfronteras.com/LenguaCastellana-RD04-Com.EICine06-CineySociedad.htm>

1.5.3. Servicio Cinemex

El Invitado

Hay muchas maneras de llamar a los clientes que acuden a los establecimientos de servicio, algunos los llaman huéspedes, amigos, visitantes, socios, etc. Cinemex no es cualquier establecimiento. Para nosotros el cliente es un invitado, lo que significa que cada una de las personas que visitan nuestros complejos son nuestros invitados y Cinemex la casa que los



recibe, por lo tanto capacitamos a nuestro personal para que traten a todo cliente como si éste fuera un invitado en su propia casa. Recibirá toda la atención y consideración. Sus deseos serán inmediatamente cumplidos, y sus expectativas serán superadas. Si un invitado tuviera alguna mala experiencia, nosotros trataremos de solucionarla tan rápido y satisfactoriamente como nos sea posible. Es nuestro propósito que la relación con el invitado sea buena y positiva en todo momento, de tal manera que la próxima visita de ese invitado no se vea afectada por una mala imagen de atención y servicio del pasado.

Para nosotros el invitado no es un cliente más. Para Cinemex el Invitado es lo más importante y la razón de ser de nuestra compañía. Dedicamos nuestros esfuerzos a lograr la plena satisfacción de nuestros invitados (Internos y Externos), hacerlos sentir como en su casa creando un ambiente de confianza para que sientan deseos de regresar. Esto es lo que llamamos Construir Lealtades, crear lazos de unión y confianza.

Recuerda que nuestro negocio es el entretenimiento poniendo especial énfasis en el servicio y no sólo la exhibición de películas.

En Cinemex una de las reglas sobre cómo tratar a un invitado es mostrar una sonrisa sincera y espontánea siendo amable y cortés en todo momento. Así, seguramente el invitado responderá de la misma manera.

- Recibe al invitado siempre con una sonrisa
- Dale la Bienvenida como si llegar a tu propia casa
- Atiéndelo con amabilidad, cortesía y rapidez
- Trata en todo momento de superar sus expectativas
- Agradece su visita e invítalo a que regrese

Servicio e invitados

Nuestros invitados no solo son una responsabilidad de gran valor para Cinemex, ellos son nuestra razón de ser, de ellos depende que nos sigamos manteniendo como empresa líder. Como Gerente de piso y taquillas, junto con tu equipo de trabajo y todo el personal del complejo, deben estar conscientes de que: todo lo que hagamos, en todo momento, va a impactar el servicio que reciban nuestros invitados y lo que perseguimos como organización es lo siguiente:



- Generar un lazo fuerte de lealtad de los invitados hacia Cinemex.
- Superar las expectativas de cada uno de los invitados que nos visitan.
- Debemos identificar cuáles son sus necesidades y superar sus expectativas.
- Lograr una diferenciación sustancial con nuestros competidores, a través del trato y servicio que reciben nuestros invitados.
- El cumplimiento total de nuestro juramento de servicio a nuestros invitados, tomando en cuenta que somos una organización seria y que este es el compromiso que tenemos con cada uno de nuestros invitados.
- Medir la eficiencia y la calidad de nuestro servicio, a través de los mecanismos y herramientas con los que se cuenta en Cinemex.
- Solucionar cualquier eventualidad o problema que se presente con nuestros invitados, procurando su satisfacción y generando lealtad.
- La mejora constante en nuestros servicios y procesos, con la finalidad de conseguir la entera satisfacción de nuestros invitados.

Debemos asegurarnos en cada día de operación, que en nuestro complejo se cumplan los puntos mencionados anteriormente. Al realizarlo de esta manera, generaremos credibilidad y lealtad por parte de los invitados. Por ende, Cinemex ganara participación de mercado e ingresos, lo cual nos hace una empresa más rentable.

El modelo de atención al invitado, basado en el Juramento de Servicio

Como lo mencionamos al final del tema anterior, todos los recursos, esfuerzos y el potencial de la organización, debemos orientarlos hacia una cultura de calidad, que recae implícitamente en nuestros invitados.

Nuestro compromiso respecto al servicio que brindamos a los invitados, no solo es de palabra, contamos con el “Juramento de Servicio a Nuestros Invitados”. Con el cual regimos en cada día de trabajo, nuestra conducta y actitudes.

Como organización, no podemos darnos el gusto de solo tener nuestro juramento de servicio como líneas enmarcadas que adornan nuestros lobbys, es nuestro deber hacerlo cumplir y valer en todo momento y situación, y considerar un detalle importante, nuestros invitados



conocen el compromiso que tenemos para con ellos y lo mínimo que esperan es que lo llevemos a la práctica. De ser así, generaremos credibilidad, confiabilidad y la lealtad de parte de nuestros invitados.

Conceptos de Calidad, Servicio e Invitado

El Servicio y sus características

Algunas definiciones de servicio nos dicen que, el servicio es el conjunto de prestaciones que el invitado espera; además del producto o del servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo.

Otra definición de servicio, es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico.

Resumiendo lo anterior, **el servicio es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad.**

Las características que contiene nuestro servicio son las siguientes:

- *Intangibilidad.* Significa que nuestro servicio no se puede ver, saborear, sentir, ni oler antes de brindarlo. No podemos asegurar un buen servicio con solo un buen producto físicamente.
- *Inseparabilidad.* Significa que el servicio se puede dar, mientras el invitado asiste a nuestras instalaciones.
- *Variabilidad.* Significa que la calidad de los servicios depende de las personas que lo proporcionan, así como de cuándo, en dónde y cómo se brindan.
- *Carácter perecedero.* El servicio no se puede almacenar para su venta o su utilización posterior, lo brindas en el momento que tienes al invitado frente a ti.



Resumen

Este capítulo comprende el concepto de trabajo, así como su origen histórico.

Se puede ver a través del mismo, como la palabra trabajo tiene diversas concepciones, desde la manera negativa, donde se ve el trabajo como un obstáculo, traba; hasta la manera positiva de interacción con el individuo, con el propósito de obtener algún beneficio, así como la satisfacción de sus necesidades.

En términos legales de acuerdo a la LFT el concepto de trabajo es toda “actividad humana, intelectual o material, independientemente, el grado de preparación, técnica requerida por cada profesión u oficio”.

Se hizo un histórico de cómo ha ido evolucionando la importancia del trabajo. Primero que nada se destacó que este término comenzó a existir a partir del siglo XVIII, donde el trabajo consigue ser un medio de satisfacción personal, así como de interacción en la sociedad. Es así como en este apartado histórico podemos observar que su mayor auge comenzó con el Cristianismo y la Edad Media, donde se le da igual importancia que a la iglesia. En la revolución industrial, comienza darse un despunte del trabajo donde se jerarquiza como alguien con valor si trabaja.

Otro de los temas mencionados en este capítulo es la organización, comenzando con diferentes definiciones, así como tipos de organizaciones, aspectos psicosociales o estresores relacionados con la organización, como son: individuales, extraorganizacionales, organizacionales y ambientales, todo esto formando las condiciones de trabajo.

Finalmente se hace un breve recorrido histórico sobre el trabajo en México, desde la creación de sindicatos, formas de agrupación organizacional, desarrollo de la mujer en la industria, así como transición del mercado laboral en México, y de las empresas de servicio principalmente el cine.

Así podemos ver al trabajo como una gran variante, tanto de definiciones, como de adaptación a los cambios históricos y sociales, permitiéndole al individuo, no solo asegurar su supervivencia y la de los suyos; es también la vía hacía la realización personal y hacía el desarrollo pleno de su potencial. Por otra parte permite contribuir a los fines de la sociedad, puede el individuo integrarse plenamente a la misma, así como buscar la posibilidad de igualarse a sus semejantes y compartir con ellos las tareas de la nación.



Visto desde el punto de vista organizacional, sabemos que se tiene una estructura, un puesto y una infinidad de individuos con diferentes características personales que interactúan para llegar a un mismo fin.

Esto en muchas ocasiones crea conflictos dentro de la misma organización, tanto para ella como para los individuos que interactúan en la misma. Este acoplamiento puede ser armoniosa cuando todos y cada uno de los elementos que se relacionan saben y conocen su función, de lo contrario puede acarrear diferentes estresores dentro del medio organizacional y por otra parte todo lo concerniente al individuo que al presentarse juntos o separados, provocan cambios en el rendimiento y en la salud del trabajador.

Como podemos ver el trabajo y la salud están interrelacionados.

A través del trabajo buscamos satisfacer una serie de necesidades; el desarrollo profesional, personal y social, sin que se vea por ello afectado nuestro estado de bienestar físico y mental. Los riesgos laborales, posible causa de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, podrían evitarse si se modifican a tiempo ciertas condiciones materiales y se inculca en los trabajadores las debidas actitudes preventivas y seguras. Ya que si llegamos saludables al trabajo, tendríamos que salir saludables al fin de nuestra jornada.

La mayoría pasa casi una tercera parte del tiempo en el lugar de trabajo, las buenas condiciones o malas condiciones laborales determinan el rendimiento de los empleados y su salud. Por lo tanto se siguen realizando estudios sobre las consecuencias que diversas condiciones de trabajo pueden tener sobre las variables actitudinales de los trabajadores o sobre experiencias resultantes del trabajo, como la satisfacción laboral, el absentismo, la motivación, la propensión al abandono, el “aburrimiento” en el trabajo, el síndrome de “estar quemado” (*Burnout*), o la implicación organizacional.

En el siguiente capítulo se revisa el concepto de salud.



Capítulo 2

Salud





La historia del progreso de la Humanidad está marcada por crisis periódicas que afectan tanto la estructura material de la civilización como las más intangibles funciones de la cultura, esto acontece, en el transcurso de la vida de un individuo, en el que las enfermedades agudas o fenómenos evolutivos crean emergencias, mismas que operan cambios permanentes (Ruíz, 1987).

La dinámica social no solo se da en razón de su rapidez de cambio, sino también responde a una pluralidad de situaciones, de patrones culturales, de estilos de vida, de capacidades económicas, de paradigmas psicológicos y de manera sustancial, de la calidad de vida.

En la actualidad la gran competitividad e inseguridad laboral así como las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo vertiginoso, que si bien crea cambios favorables al ser humano, en otras puede provocar angustia, agotamiento emocional, trastornos físicos y psicológicos y factores de riesgo en la salud de los individuos del siglo XX (Apiquian, 2007).

La indiferencia por la salud y seguridad de las personas, principalmente de los trabajadores ha sido característica de las sociedades antiguas y modernas hasta tiempos relativamente recientes. Fue a comienzos del siglo XX, con el inicio de la segunda guerra mundial, cuando se comprendió la real importancia de la Salud Ocupacional. El conflicto bélico puso en evidencia la relevancia que adquiriría el estado de salud de la población laboral para poder cumplir adecuadamente con las importantes exigencias que generó esa conflagración. Se inició entonces un período de rápido desarrollo en esta disciplina, con un acelerado progreso en sus respectivas áreas, proceso que continúa sin interrupciones hasta nuestros días (Simón, 1999). Disponible en red:

<http://www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf>

2.1. HISTORIA DE LA SALUD

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se



mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia, América y en algunos lugares de Europa (Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, 2007). Disponible en red: http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_2

La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente (Departamento de Medicina preventiva, 2008).

Antigüedad

La actividad laboral más representativa para efectos de resaltar las condiciones de trabajo en esa época la constituye la minería. En Egipto y Grecia existieron importantes yacimientos de oro, plata y plomo; sin embargo no se implementaron medidas de seguridad y/o higiene, fundamentalmente porque los que desempeñaban esas faenas eran esclavos o presidiarios; el trabajo adquirirá entonces una connotación punitiva. Existía además abundante mano de obra para reemplazar a los trabajadores que fallecían o quedaban incapacitados producto de accidentes o enfermedades laborales.

En el siglo IV antes de C. Hipócrates, llamado el padre de la medicina enseñaba que la enfermedad no es algo sobrenatural, del dominio de la magia, de la hechicería y de la religión sino un proceso natural que surge como consecuencia de la desviación de las funciones naturales del organismo y provocada también por agentes de orden natural (Alvarado, 2009). Disponible en: www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf.

- Los egipcios, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los indostaníes, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina ayurveda, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, descanso, y trabajo.



- Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de Cristo. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua...
- La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- En América Prehispánica, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlán una de las ciudades más sucias del mundo.

Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm>

Edad Media

Precusores de la Salud Ocupacional: Agrícola y Paracelso

Las primeras observaciones sobre enfermedades de los mineros fueron realizadas por Agrícola (1494 - 1555) y Paracelso (1493 - 1541) en el siglo XVI. En esa época, la mortalidad por enfermedades pulmonares no se registraba, pero probablemente era causada fundamentalmente por silicosis, tuberculosis y también cáncer pulmonar producido por mineral radioactivo incorporado a la roca silíceo. Existen antecedentes que indican que la mortalidad era muy elevada, tales como descripción efectuada por Agrícola que: "En las minas de los Montes Cárpatos se encontraban mujeres que habían llegado a tener siete maridos, a todos los cuales una terrible consunción los había conducido a una muerte prematura". La importancia de contar en las faenas mineras con una ventilación adecuada y la utilización de máscaras para evitar enfermedades fue destacada y preconizada por Agrícola en su obra magna "De Re Metálica", publicada en 1556. Once años después de la publicación de este



tratado apareció la primera monografía sobre las enfermedades profesionales de los trabajadores de las minas y fundiciones. El autor de este libro fue Aureolus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim, personaje multifacético y que incursionó en numerosas áreas del conocimiento de su época (astronomía, astrología, alquimia, biología, medicina, etc.). Habitualmente se le conoce con el nombre de Paracelso.

El libro mencionado, publicado después de su muerte, se titula: “Sobre el mal de las minas y otras enfermedades de los mineros”. Paracelso comprendió que el aumento de las enfermedades ocupacionales estaba en relación directa con el mayor desarrollo y explotación industrial. Intentó asimismo el tratamiento de diversas intoxicaciones laborales, pero utilizaba para esto métodos que no tenían nada de científicos y que eran producto de la concepción heterodoxa que tenía del mundo.

A pesar de los progresos debidos a estos investigadores, era evidente que la idea de enfermedades ocupacionales causadas por un agente específico existentes en el ambiente de trabajo y en determinadas actividades no era concebida aún, existiendo para ellas explicaciones dudosas y carentes de precisión (Alvarado, 2009) disponible en: www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf).

Advenimiento de los tiempos modernos

Bernardino Ramazzini (1633 - 1714)

Este médico italiano, que ejerció su profesión como docente en la Universidad de Modena y posteriormente como catedrático de Medicina de Padua, es reconocido unánimemente como el padre de la Medicina Ocupacional.

Fue el primer investigador que efectuó estudios sistemáticos sobre diversas actividades laborales, observando con perspicacia que algunas enfermedades se presentaban con mayor frecuencia en determinadas profesiones. Sus observaciones fueron consecuencia de las visitas que realizó a diferentes lugares de trabajo, actividades que no eran efectuadas por sus colegas por considerarlas denigrantes.

Ramazzini demostró una gran preocupación por los más pobres, visitando aquellos trabajos que se realizaban en las peores condiciones de Higiene y Seguridad.



Recomendó a los médicos que siempre debían preguntar a sus pacientes en qué trabajaban, enfatizando la importancia que muchas veces tiene este conocimiento para poder establecer el diagnóstico médico correcto.

En el año 1700 publica su célebre obra “De Morbis Artificum Diatriba”, considerando el primer libro de Medicina Ocupacional, obra comparada a las que efectuaron, en otras áreas de la medicina, Harvey (fisiología) y Vesalius (anatomía) (Alvarado, 2009). Disponible en: www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf).

La Revolución Industrial

Desde 1760 hasta 1830 se inicia en Europa, comenzando en Inglaterra, una serie de transformaciones de los procesos de producción, caracterizadas fundamentalmente por la introducción de maquinarias en la ejecución de diferentes trabajos. El oficio artesanal va siendo gradualmente reemplazado por la producción en serie por medio de fábricas cada vez más mecanizadas.

Aunque en este período también hubo modificaciones de otro tipo, por ejemplo económicas y sociales, y a pesar de que el lapso de tiempo en que ocurrieron los principales fenómenos es bastante prolongado como para denominar a esa etapa de la historia europea de una “Revolución”, el término ha sido aceptado considerando las notables modificaciones producidas en los métodos de trabajo y la repercusión que hasta el día de hoy tienen sus efectos.

En esa época se produjeron una serie de inventos que transformaron el modo de vida de las personas: El ferrocarril, la máquina a vapor, mejoría en las comunicaciones fluviales por la construcción de canales y una industrialización creciente como consecuencia de las nuevas formas de producción.

Los efectos que la Revolución Industrial tuvo en la Salud de la población fueron adversos y en un primer momento no se debieron directamente a una causa ocupacional. La estructura de la familia experimentó una ruptura cuando los hombres debieron trasladarse a las áreas industriales de las ciudades, dejando a sus familias; esta situación estimuló el desarrollo del alcoholismo y la prostitución. El hacinamiento producido en las ciudades por la migración masiva de trabajadores hacia ellas, unido a las malas condiciones de Saneamiento Básico existentes, originaron epidemias que causaron numerosas muertes.



Asimismo, el cambio de la estructura rural a la urbana condujo a la malnutrición y aumento de la pobreza y el desempleo, causadas por las fluctuaciones de la economía. Como reacción a estos fenómenos se comenzaron a crear servicios de salud pública, destinados a controlar las enfermedades y a mejorar las condiciones de salud de estas comunidades.

En el interior de las fábricas y minas en el siglo XIX los trabajadores estaban expuestos a un gran riesgo de sufrir enfermedades profesionales o accidentes del trabajo así como a los efectos adversos derivados de una jornada laboral prolongada.

La mejoría en las técnicas de fabricación de materiales se obtuvo a expensas de la utilización de máquinas cada vez más rápidas, peligrosas y complejas. Los trabajadores habitualmente no contaban con la preparación necesaria para operar correctamente la nueva maquinaria y las medidas de Seguridad Industrial eran muy escasas.

Por otra parte, los riesgos químicos aumentaron debido a la exposición prolongada a un espectro más amplio de nuevas sustancias, las cuales fueron introducidas sin considerar sus posibles efectos nocivos en los trabajadores. De esta manera, la transición desde un trabajo manual (artesanal) a uno mecanizado (industrial) se logró a costa de la salud o vida de muchos trabajadores. Este proceso condujo a la paulatina creación de servicios de salud ocupacional y a una mayor atención hacia las condiciones ambientales laborales y a la prevención de enfermedades ocupacionales. Actualmente, asistimos a un período en el que el trabajo mecanizado está siendo gradualmente reemplazado por la automatización de las faenas productivas (líneas de montaje, crecimiento de la informática, empleo de robots, etc.). El nuevo tipo de riesgos que se está produciendo es más sofisticado y existe una tendencia hacia la sobrecarga mental (stress laboral) y a la aparición de afecciones ergonómicas (Alvarado, 2009). Disponible en:

www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf.

La dinámica social no solo se da en razón de su rapidez de cambio, sino también responde a una pluralidad de situaciones, de patrones culturales, de estilos de vida, de capacidades económicas, de paradigmas psicológicos y de manera sustancial de la calidad de vida.

En estos momentos la gran competitividad e inseguridad laboral así como las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo vertiginoso, que si bien crea cambios favorables al ser humano, en otras puede



provocar angustia, agotamiento emocional, trastornos físicos y psicológicos y factores de riesgo en la salud de los individuos del siglo XX (Apiquian, 2007).

2.2. CONCEPTO DE SALUD

En la actualidad, se ha producido un avance espectacular en los conocimientos existentes sobre la salud y la enfermedad (Fernández y Garrido, 1999; en Jiménez, A. 2005).

La salud es la resultante de un proceso de interacción continuo permanente entre el ser humano y una serie de factores, algunos de los cuales provienen del propio individuo y otros del medio en que viven. Figuran su constitución física y psíquica, sus capacidades y limitaciones, sexo, edad, educación, etc. Los del medio ambiente pueden ser el hogar, la familia, el trabajo y el medio social, con todas sus variantes.

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 (Ruiz, 1987).

Herbert L. Dunn en 1959 propuso a la salud como “un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea” (Talavera, 2005). Disponible en red:

www.medicina.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc

El cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna define la salud como “Completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el hombre (UNED, 2007).

Disponible en red:



(http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educación_para_la_salud/formación-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_2).

La propia OMS, en su trigésima asamblea mundial de 1977, reformuló este ideal de salud, con la intención de hacerlo más medible, al plantear como meta para el año 2000 que “todos los ciudadanos” alcancen un grado de salud que les permita llevar una “vida social y económicamente productiva” (Benavides, Ruiz y García, 2005, p. 3).

La salud ha sido concebida de distintas formas a lo largo de la Historia:

En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que están relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan: “cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental (emocional, consciente o inconsciente; e inversamente) (Oblitas, 2006, p. 3).

La medicina tradicional considera generalmente a la salud como la ausencia de síntomas, molestia o dolor (Vega-Franco, 1980, p. 82-83).

Fernández y Garrido (1999) considera que un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo de la actividad laboral y constituye la base para conseguir el bienestar en el trabajo, el cual permite desarrollar las capacidades físicas e intelectuales (Jiménez, 2005).

René Dubos la ha definido como “una fuerza que capacita a los individuos para enfrentarse a las contingencias de la vida con un mínimo de sufrimiento y desajuste” (Ruiz, 1987, p. 53).

Noak (1994), citado en Almirall (2000) define la salud como un estado de equilibrio productivo entre estado y otros subsistemas.

También fue concebida como “un equilibrio dinámico, en el cual los individuos o grupos tienen capacidad óptima para afrontar las condiciones de la vida” (Last, 1988; citado en Benavides et al., 2005).

Doll en 1992 propuso una definición más restrictiva, que de forma operativa permitiera medir y comparar la salud en diferentes poblaciones y diferentes períodos. Así la salud sería “la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional, pudiendo dichas condiciones ser medidas objetivamente (Benavides, Ruiz y García, 2005).



Terris citado por Gil, J. (2004) considera la salud como un “estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de dolencias o enfermedades”.

Cortés (2001) menciona que el concepto de salud humana, personal e individual, es diferente para cada tipo de persona, ligado a su aspecto y difícil de valorar hasta que ya no se tiene (Lozano, 2008, p. 12).

Noriega (1989) postula que el punto central para el estudio y la mejor comprensión de la salud, debe cambiar en su totalidad. La meta principal, es conseguir un mayor control sobre los elementos que determinan nuestro perfil de salud-enfermedad. Es decir, controlar cada vez más los procesos vitales: el trabajo, las formas de consumo, las formas de organización, de la cultura, de relación. En resumen cambia la manera de interactuar con nuestra sociedad (Lozano, 2008, p. 12).

En la actualidad, la tendencia más aceptada considera a la salud como un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología (San Martín y Pastor, 1988; citado por Talavera, 2005). Disponible en red:

www.medicina.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos (Oblitas, 2006, p. 4).

Es así como podemos darnos cuenta que existen ciertas aproximaciones para definir el concepto de salud, que no sea percibido como algo a conservar sino más bien a desarrollar.



2.2.1. Salud en México

La salud es una de las principales fuentes de bienestar de las personas. Es también uno de los principales componentes del llamado capital humano y, como tal, uno de los determinantes del crecimiento económico y la pobreza (Lustig, 2007, p. 49).

En México, la protección a la salud es un derecho garantizado por la Constitución (artículo 4° de la Constitución). El cumplimiento efectivo de este derecho es fundamental en sí mismo, pero también lo es por su impacto en el desarrollo económico de un país, que está ligado a la eficiencia y competitividad de su fuerza laboral; para que el desarrollo económico sea sustentable, las personas deben tener una vida saludable (Fundación Este País, 2005, p. 61).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4 dice: toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Resumiendo la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, donde habla sobre la salud es lo siguiente:

- 1ª. El consejo de salubridad general dependerá directamente del Presidente de la República.
- 2ª En caso de epidemias de carácter grave o de peligro de invasión de enfermedades la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictaminar las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas por el Presidente de la República.
- 3ª La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Durante décadas, la extensión de los servicios de salud se basó en la ampliación de la cobertura de los seguros sociales para trabajadores del sector formal de la economía y dependió básicamente de dos grandes organismos, el Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores del sector privado de la economía y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, para el sector público (Lomelí, 2006, p. 108). Disponible en red: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>



La salud contribuye al crecimiento económico de largo plazo a través de una serie de mecanismos. Por ejemplo, tiene un impacto positivo en el desarrollo cognitivo del niño y la productividad laboral del adulto; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedad (Lustig, 2007, p. 49).

La salud es también uno de los principales determinantes de la pobreza y de su persistencia en el tiempo: las trampas de pobreza. Las trampas de pobreza asociadas a deficiencias en la salud ocurren porque los niños mal nutridos son más susceptibles de padecer enfermedades y tienen un desarrollo cognitivo menor, lo cual reproduce los bajos niveles de productividad e ingreso cuando llegan a edad adulta, dando comienzo al mismo ciclo en la generación siguiente. Una enfermedad catastrófica también puede sumir a una familia en la pobreza tanto por los gastos asociados a la enfermedad como por la pérdida de ingreso si el que la padece contribuye de manera significativa al ingreso familiar. El problema grave de México son los grandes contrastes entre regiones, etnias y grupos socioeconómicos (Lustig, 2007, p. 50).

El análisis de la incidencia del gasto público en salud (es decir, cómo se distribuye entre la población ordenada por su nivel de ingreso) indica que aquel que es ejercido a favor de la población sin acceso a la seguridad social, la llamada población abierta, es altamente progresivo (o sea, que beneficia de manera desproporcionada a la población pobre) y pro-rural, mientras que el gasto en beneficio de la población con acceso a la seguridad social es altamente regresivo (o sea, que beneficia de manera desproporcionada a la población que no es pobre) y pro-urbana (Lustig, 2007, p. 51).

A partir del índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) se llega a una conclusión inquietante: aquellos estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos, a la vez que su población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social y, por el contrario, en los estados que presentan un índice de marginación mayor los recursos públicos destinados a la salud son menores, mientras que en gran medida su población no se encuentra protegida por la seguridad social (Lustig, 2007, p. 51).

México en el 2005, enfrentó problemas en el acceso a servicios de salud y registra indicadores que resaltan la importancia de hacer más eficiente el gasto público. Por ejemplo, México es uno de los pocos países de la OCDE que no ha alcanzado el aseguramiento



universal en salud. Cifras oficiales indican que 43% de la población no tiene prestaciones de salud, pero investigaciones internacionales elevan dicha cifra a 55% (Fundación Este País, 2005, p. 64).

Un análisis de la OCDE en el 2005 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) sobre el sistema de salud en México, advierte la condición de retraso, desigualdad y fragmentación que padece el país en los servicios de salud, en contraste con la mayoría de los países integrantes de la OCDE. Así, en casi todos los indicadores de salud (condiciones del sistema y servicios que se ofrecen) México obtiene resultados inferiores al promedio de dicha organización (Fundación Este País, 2005, p. 63).

Las estadísticas de la OCDE, el gasto del sector privado en salud es mayor que el sector público: el gasto público en salud como porcentaje total en salud fue de 46.4% en 2003, un bajo nivel en relación con el promedio de la OCDE (72%) (Fundación Este País, 2005, p. 63).

Además, el sector privado suministra cerca de un tercio de las camas disponibles en todo el país y financia la mayor parte del gasto en medicinas, aunque los hospitales y las clínicas privadas están concentradas sobre todo en los grandes centros urbanos (Fundación Este País, 2005, p. 63).

La información disponible sugiere que el gasto total y público es menor al esperado para un país con el nivel de desarrollo de México. En 2004 fue de 6.3% del PIB (Producto Interno Bruto) (Lustig, 2007, p. 51).

La percepción del nivel de calidad en salud está por debajo de la educación o el transporte (Fundación Este País, 2002, p. 67).

En el 2002 México destinó el 5.7% del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud y de esta cifra, casi la mitad proviene del gasto público. En América Latina el promedio de inversión en el sector fue de 6.1% del PIB y países como Uruguay, Colombia y Costa Rica dedican 10, 9.3 y 8.7 por ciento de su riqueza, respectivamente, a la atención de sus necesidades de salud (Fundación Este País, 2002, p. 67).

A partir del Programa Nacional de Salud 2001-2006, la Secretaría de Salud ha puesto en marcha el proyecto denominado Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es el rescate de la calidad como valor para arraigarlo en la cultura del sistema



de salud, y garantizar un trato adecuado a los usuarios. De esta manera, se hace evidente la necesidad de que la evaluación de los niveles de calidad se base en la satisfacción del usuario, equiparándolo con un cliente, y no solamente en los niveles de productividad logrados durante la prestación del servicio (Fundación Este País, 2002, p. 69).

Cuando se habla de evaluación es preciso considerar tanto los recursos como la eficacia, la eficiencia, la efectividad y la calidad con que se otorgan los servicios, entendiendo por eficacia la realización de las actividades programadas; por eficiencia, el logro de una productividad óptima como consecuencia de una administración racional de los recursos y los procesos; y por efectividad, el logro de los resultados esperados (Fundación Este País, 2002, p. 68).

El plan de acción de este programa se basa en las premisas de que siempre es posible mejorar y de que los usuarios de los servicios merecen un trato digno y respetuoso, por lo que deben ser reconocidos como participantes activos del proceso de atención. Se pretende revisar la calidad técnica y el diseño de los sistemas y procesos, y se ha convocado a la presentación de propuestas de mejora por parte de todos los que intervienen en el sector; además, se busca instaurar la redención de cuentas como una práctica común, y el reconocimiento del buen desempeño (Fundación Este País, 2002, p. 69).

Establece entre sus principales líneas estratégicas: vincular a la salud con el desarrollo económico y social, la formación de una cultura del autocuidado de la salud para la prevención de enfermedades y la protección de la salud, al tiempo que propicie ambientes saludables. Esta estrategia parte de la premisa de que la salud y la educación son medios para llegar a un fin; son recursos que permiten llevar una vida individual, social y económicamente productiva (Durán, 2002, p. 794).

En 1996, México adquirió el compromiso de establecer Escuelas Promotoras de la Salud en todo el país y formar la Red Nacional para facilitar su difusión, intercambio, interrelación y desarrollo. Los objetivos de este programa es lograr mejores condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia para lograr una educación de alta calidad, a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social. La problemática general por atender es, romper el círculo vicioso de la pobreza (bajo nivel



educativo y de salud, es decir, baja productividad, escasos ingresos, bajo nivel de vida, menor desarrollo) (Durán, 2002, p. 795- 797).

Los objetivos específicos son:

- Fomentar valores, conocimientos, y desarrollar habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, la prevención de conductas de riesgo y la práctica de estilos de vida saludable en lo individual, familiar y social.
- Atender los casos de enfermedad.
- Impulsar la participación de la comunidad en todo el proceso.
- Integrar una red interactiva que enlace tanto a las escuelas como a las unidades de salud en los niveles municipal, estatal y nacional a fin de obtener información, multiplicar la capacitación, promover la interconsulta, realizar estudios epidemiológicos, identificar áreas de riesgo o enfermedades e instalar programas de apoyo a la salud mediante “sitios” dedicados a orientar e informar a niños, adolescentes y padres de familia a través de la Internet.
- Promover la investigación de los problemas existentes en regiones, municipios o comunidades, así como las soluciones pertinentes (Durán, 2002, p. 796).

El Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) es una iniciativa de las Secretarías de Salud y de Educación Pública, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia para lograr una educación de alta calidad con el apoyo de otros organismos públicos y la participación social (Durán, 2002, p. 792).

El PIES tiene cuatro líneas de acción:

- 1) Educación para la salud: promoción de una cultura para el autocuidado de la salud de los escolares y sus familias con el apoyo del trabajo docente.
- 2) Prevención, detección y referencia de casos: se conforma de un Paquete de Salud para Escolares (PASSE) con 14 intervenciones de prevención, atención y rehabilitación de problemas de salud.



- 3) Promoción de ambientes escolares saludables y seguros: consiste en la realización de acciones de mejoramiento físico del edificio escolar y su entorno para proteger la salud de los escolares.
- 4) Participación social: mediante la convocatoria y concertación con organizaciones civiles y empresas para que apoyen la realización de estas actividades, así como de los padres de familia y la comunidad en general (Durán, 2002, p. 792).

Una iniciativa importante orientada a mejorar la salud de los hogares pobres en el programa Progresá, lanzado en 1997 y cuyo nombre cambió a Oportunidades a partir del 2002. Este programa de transferencias de ingreso condicionadas a hogares en pobreza extrema tiene como objeto aliviar la pobreza monetaria presente y alentar la inversión en el capital humano de los niños (incluso desde antes de nacer) y con ello romper el llamado círculo vicioso intergeneracional de la pobreza (Lustig, 2007, p. 52).

Progresá/Oportunidades ha tenido impactos significativos en la salud de la población en extrema pobreza de México. Por ejemplo, se encontró evidencia de un aumento de alrededor de 67% de diferencia en la demanda de servicios de salud entre comunidades beneficiarias y aquellas que no lo eran (Lustig, 2007, p. 52).

Las dos instituciones con mayor productividad en consultorios son el IMSS y el ISSSTE, con 44 y 25 consultas diarias por consultorio, respectivamente. (Fundación Este País, 2002, p. 70).

Dados los niveles de pobreza extrema y desigualdad prevaletentes en México, el sistema de salud debiera de evitar que las personas muy pobres tengan que dedicar parte de sus muy magros ingresos a la atención de su salud (Lustig, 2007, p. 51).

Aunque en la última década los principales cambios en la política de salud se han orientado a extender el acceso a la población nacional que no está asegurada, por medio de instrumentos como el Seguro Popular, es un programa de bienestar social que provee acceso a salud preventiva y curativa y protección financiera en caso de gastos catastróficos en salud a las familias que, por sus condiciones laborales, no cuentan con acceso a la protección en materia de salud de las instituciones existentes de seguridad social (Fundación Este País, 2005, p. 63; Lustig, 2007, p. 53).



Su limitación es que no resuelve ciertos problemas básicos del sistema de salud. Por una parte, el sistema continúa fragmentado y así se pierde la oportunidad de mancomunar los riesgos de toda la población y ganar en eficiencia (Lustig, 2007, p. 54).

El financiamiento del Seguro Popular es tripartito, ya que según la ley deben contribuir al mismo el gobierno federal, los gobiernos de los estados y las familias beneficiarias. La ley contempla que de esta manera se dé una homogeneización de las fuentes de financiamiento del IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular (Lomelí, 2006, p. 111).

La reforma de la seguridad social comenzó formalmente en 1992, cuando se creó el sistema de ahorro para el retiro. En ese momento el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) fue un pilar complementario a los sistemas de reparto del IMSS y del ISSSTE, pero en 1995 el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley del Seguro Social que reemplazó al sistema de pensiones de reparto del IMSS por uno de capitalización individual basado en el SAR. La reforma entró en vigor en 1997 e implicó la creación de empresas especializadas en la administración de los fondos para el retiro (Afores). Los seguros de Enfermedad y Maternidad, de Accidentes de Trabajo y de Prestaciones Sociales se mantuvieron bajo la administración directa del IMSS. Ni en 1995 cuando se aprobó la reforma, ni dos años después, cuando entró en vigor, se habló del costo fiscal que implicaba, o de que la corrección del déficit del Seguro de Enfermedad y Maternidad solamente sería temporal, ni mucho menos, de los pasivos laborales del Instituto (Lomelí, 2006, p. 112).

El IMSS enfrenta un déficit actuarial como consecuencia del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que estuvo vigente hasta agosto de 2004 y que generó un pasivo laboral excesivo para la capacidad financiera del Instituto. Este déficit ha implicado el continuo uso de recursos provenientes de las cuotas de trabajadores y patronos al pago de las obligaciones contraídas con el IMSS con sus propios trabajadores, en perjuicio de la calidad y la cantidad de los servicios que debe prestar a sus derechohabientes. Esto se debe a que el gasto devengado por el Instituto en pago de pensiones y jubilaciones se incrementa más rápidamente que sus ingresos (Lomelí, 2006, p. 113).

El espectacular crecimiento de las actividades informales ha contribuido a que aproximadamente la mitad de la población haya quedado sin protección por parte de estos organismos. Que se haga cargo de la complejidad del problema y de los altos costos



económicos y sociales que conlleva persistir en la segmentación de los sistemas de seguro social público. A pesar de los intentos por separarlas, la reforma de los sistemas de salud sigue estando íntimamente relacionada a la de los sistemas de pensiones (Lomelí, 2006, p. 109).

Si “el desarrollo económico es el producto del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo, una de las claves para México está en fomentar la visión de que las iniciativas en materia de salud representan una inversión más que un gasto (Fundación Este País, 2005, p. 64).

Existe evidencia de que el gasto público en salud es aún insuficiente y, sobre todo, que no contribuye como debería a reducir la desigualdad. Antes del lanzamiento del Seguro Popular, alrededor del 50% de la población no estaba cubierta por la seguridad social. La contraparte de esto es que el bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por esta razón, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos de salud. El peso desproporcionado del gasto del bolsillo tiene dos consecuencias negativas: es ineficiente porque se pierde la oportunidad de agrupar riesgos de la salud y contribuye a perpetuar la pobreza extrema y la desigualdad (Lustig, 2007, p. 51).

Sería conveniente que en los esquemas de planeación para el desarrollo de la salud se planteen metas a nivel subnacional (estatal e incluso municipal) (Lustig, 2007, p. 53).

Se trata de complementarlos con iniciativas que lo hagan aún más efectivo en el ámbito de la salud (Lustig, 2007, p. 54).

La Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud recomienda establecer un seguro universal que cubra riesgos médicos preestablecidos y que éste sea financiado mediante un fondo único a nivel nacional cuyos recursos provengan de impuestos generales en lugar de contribuciones de los usuarios. Un esquema de este tipo aumentaría el componente solidario (y por tanto la equidad) del sistema y mejoraría su eficiencia: el carácter universal eliminaría la fragmentación actual y permitiría mancomunar riesgos y basar el financiamiento en impuestos generales en lugar de contribuciones, reduciría los incentivos al empleo informal, problema que probablemente exacerbe con el lanzamiento del Seguro Popular (Lustig, 2007, p. 54).



El problema fundamental que enfrentan los sistemas públicos de salud y seguridad social es la falta de una reforma integral, ya que las reformas fragmentarias solamente han reforzado la segmentación original de la seguridad social en México, ofreciendo soluciones de corto plazo que acarrearán mayores costos y complicaciones en el largo plazo (Lomelí, 2006, p. 115).

La reforma de los sistemas de salud pública deben encaminarse hacia la reorganización definitiva de los servicios de salud para crear un auténtico sistema nacional con cobertura universal (Lomelí, 2006, p. 115).

La salud se refiere a la protección y la mejora del bienestar biopsicosocial de los ciudadanos a través de la acción comunitaria más que la simple ausencia de la enfermedad o dolencia.

La salud es tan importante que en el marco jurídico se identifica que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano, contrario a la idea que advertiría el México de la posmodernidad. Ya que en el ámbito privado existe una exacerbación del modelo mercantil que identifica en el paciente una mercancía y cuyo patrón es la acumulación y enriquecimiento (Hernández, R., 2007).

De acuerdo a la Carta de las Naciones y la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud, el goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social, además se reconoce que la salud es un bien indispensable para el desarrollo del ejercicio pleno de las capacidades del individuo (Hernández, R., 2007).

El sistema de salud en México brinda atención principalmente por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 27.6%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 5.2%, otros como petróleos mexicanos, la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, actualmente el Seguro Popular, que es para las personas que no cuenta con trabajo alguno, siendo este el 14.6% (Hernández, R., 2007).

En México, los cambios en términos de salud en estos 30 años se caracterizan por la persistencia de enfermedades infecciosas como la neumonía y las diarreas en la población infantil y la ocurrencia de enfermedades crónico-degenerativas y el cáncer.



2.3. SALUD EN EL TRABAJO

Desde su aparición sobre la tierra, el hombre debe utilizar parte de su energía en actividades para modificar la naturaleza circundante con el fin de satisfacer sus necesidades y las de las de la sociedad en la que vive. El hombre necesita trabajar para alcanzar una vida sana, productiva y feliz.

Ese trabajo que al permitirle alcanzar sus objetivos se transforma en un medio indispensable para la realización individual y grupal, no siempre está exento de riesgos para la propia existencia.

Existe así una doble posibilidad del trabajo, en cualquiera de sus formas, ya sea este remunerado o no, es necesario para la vida humana saludable pero en muchos casos es, ese trabajo, capaz de dañar la propia salud de quienes lo realizan en forma individual o colectiva. De esta forma el trabajo aparece como uno de los determinantes del estado de salud.

Las personas llevan a su trabajo no sólo su capacidad física y aptitudes, sino también sus sentimientos, emociones y afectos, así como sus conflictos, tensiones, ansiedades y angustias. Y puesto que en el trabajo transcurre la mitad de la vida del individuo, es ahí donde realiza una función de trascendencia vital para sí mismo y para quienes dependen de él. Así, dicho trabajo puede ser fuente de experiencias positivas que contribuyen a integrar y mantener una personalidad normal y productiva, pero también puede provocar frustraciones, conflictos, insatisfacciones y hasta la manifestación de enfermedades psicosomáticas. Todo depende entonces, del grado de adaptación o de desadaptación entre la persona y su ambiente laboral (Ruiz, 1987, p. 167-168).

Es así como la salud ocupacional se convierte en un instrumento de mucha utilidad para las personas que de una manera u otra están involucradas dentro de todo el proceso productivo de una empresa, ya que ayuda a evaluar y controlar o por lo menos a minimizar los factores de riesgo inherentes a cada proceso donde existe interacción del individuo o trabajador con el medio.



2.3.1. Concepto de Salud Ocupacional o Laboral

La Organización Mundial de la Salud define a la salud ocupacional como una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo. No se limita solo a cuidar las condiciones físicas del trabajador, sino que también se ocupa de la cuestión psicológica (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2000). Disponible en red: (<http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>).

Vallenas (1970) y Tudón (2004) en Gomero, Zevallos y Llapyesan (2006), estos refieren que la salud ocupacional, es el resultado de un trabajo multidisciplinario donde intervienen profesionales en medicina ocupacional, enfermería ocupacional, higiene industrial, seguridad, ergonomía, psicología organizacional, epidemiología, toxicología, microbiología, estadística, legislación laboral, terapia ocupacional, organización laboral, nutrición y recientemente, promoción de la salud.

2.3.2. Objetivos de la Salud Ocupacional o Laboral

Un objetivo central que tiene la salud ocupacional es prevenir de manera adecuada las enfermedades o accidentes que se pueden generar en y por el trabajo. Todo ello con base en las disciplinas de la seguridad e higiene industrial y bajo el paradigma clásico de la relación de exposición/riesgo y sus efectos en la salud (Juárez, 2007a).

De manera más específica la salud ocupacional se ocupa de:

- 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.
- Promover y materializar los principios y derechos fundamentales en el trabajo.



- Crear mayores oportunidades para que hombres y mujeres consigan empleos e ingresos dignos.
- Ampliar la cobertura y eficacia de la protección social universal.
- Fortalecer el sistema tripartito y el dialogo social.

Es así como la OMS considera la salud laboral como un estado dinámico caracterizado por una armonía satisfactoria entre las aptitudes, las necesidades y las aspiraciones del trabajador y los inconvenientes por las circunstancias del medio ambiente de trabajo (OMS, 2000). Disponible en red: <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>.

La salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo (Nieto, 2005).

Los principales objetivos de la salud laboral son: identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como minimizar aquellos con un efecto ofensivo, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso sobre la salud y el bienestar del trabajador (Benavides, Ruiz y García, 2005).

Con todo esto se observa que la práctica profesional de la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores.

2.3.3. Relación del trabajo con la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000) consideran que un entorno laboral saludable es esencial, no solo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la



motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general (Barrios y Paravic, 2006).

En la sociedad actual, diariamente se invierte una gran parte del tiempo en el trabajo. El trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad. La realización de un trabajo es, imprescindible para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás como un sujeto de pleno derecho y para conquistar la libertad personal a través de la independencia económica (Fernández, 1998; en Fernández y Piñol, 2000).

El trabajo no solo proporciona seguridad económica, sino que puede producir placer y satisfacción, además de ofrecer beneficios importantes para la salud (Hernández, Terán, Navarrete y León, 2007, p. 53).

Mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para la manutención de un buen estado de salud. Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, como pueden ser: salario, actividad física y mental, contacto social, desarrollo de una actividad con sentido, producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos, entre otros (Parra, 2003).

Por otra parte, el trabajo es una actividad humana que se puede realizar individual o colectivamente, y que requiere de las personas ciertas contribuciones, como esfuerzo, tiempo, habilidades, entre otras, además de llevarse a cabo con el fin de proporcionar bienes y servicios a la sociedad, obtener compensaciones materiales, económicas, psicológicas y sociales que contribuyen a satisfacer las propias necesidades de cada individuo (Barragán, 2004).

De esta manera, el trabajo cubre ciertas dimensiones psicosociales tales como: dar sentido a la vida mediante la realización personal, proporcionar estatus y prestigio social, es una fuente de identidad personal y de oportunidades para la interacción y los contactos sociales, permite estructurar el tiempo, es una oportunidad para desarrollar habilidades y destrezas, transmite



normas, creencias y expectativas sociales, proporciona poder y control, entre otras funciones. Sin embargo, no en todos los trabajos se cuenta con las mismas condiciones para proporcionar a los individuos todas las facilidades para satisfacer sus necesidades. Existen ciertos sistemas en donde las condiciones de trabajo no garantizan ni siquiera la seguridad personal y mucho menos la satisfacción de las necesidades sociales de las personas (Peiró y Prieto, 2007).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) sostienen que la salud de los trabajadores y sus familias es considerada por los organismos internacionales como un tema prioritario, ya que el costo social por su deterioro es un obstáculo para el desarrollo sostenible de cualquier país (Sánchez, Pérez, Sánchez-Vizcaino, Ortega, Pérez-Martínez y Haro, 2007).

Benavides, Ruíz y García (2005) indican que la salud ocupacional es el esfuerzo organizado de la sociedad que tiene como finalidad el prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. Ésta tiene como finalidad fomentar y mantener el mayor nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir cualquier daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlo en su trabajo contra los riesgos para su salud y colocar y mantener a los trabajadores en el empleo que les convenga de acuerdo a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas, es decir, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

Considerando que los recursos humanos, es decir, los trabajadores, son vitales para el buen funcionamiento del sistema laboral, se puede decir que de ellos también depende el desarrollo económico, el progreso técnico, el incremento en la productividad, la calidad en los servicios y la estabilidad social. Es por esta razón que la OMS recomienda cuidar los recursos humanos o como actualmente se maneja factor humano (Sánchez, et. al., 2007).

Si por una parte se considera que la salud es una fuerza que capacita a los individuos para enfrentarse a las contingencias de la vida con un mínimo de sufrimiento y desajuste, y si se piensa por otra parte que el trabajo es un componente esencial de la vida del hombre, que así como puede ofrecerle condiciones propicias de adaptabilidad y oportunidades para la realización de sus potencialidades creativas, también puede depararle obstáculos para su adaptación y las más graves amenazas contra la salud y contra su propia existencia, es fácil



apreciar con claridad que la salud de la gente que trabaja ofrece no solamente aspectos específicos muy importantes, sino que es la fuente generadora y reguladora de las características de salud física y mental del trabajador.

Comprender en su totalidad la complejidad de esta relación nos ayuda a tener una visión más global, que sin duda permite pensar en soluciones más imaginativas e idóneas para resolver los numerosos problemas que de ella surgen.

2.3.4. Disciplinas relacionadas con la salud laboral

Manuel Parra (2003) en su libro de conceptos básico en salud laboral comenta: Aplicando la definición acordada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) al campo del trabajo, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social. Las especialidades y profesionales encargados de llevar a cabo este objetivo son:

Ingeniería: especial en prevención de riesgos e higiene del trabajo. Cuenta con capacidades y conocimientos para adoptar medidas técnicas y organizacionales que reduzcan o eliminen el riesgo de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

Medicina: posee la capacidad de detectar enfermedades y proponer medidas preventivas para las enfermedades causadas directamente o agravadas por el trabajo.

Psicología: puede proponer medidas organizacionales que reduzcan riesgos para la salud física y mental causados por el trabajo.

Sociología: puede proponer medidas organizacionales que reduzcan riesgo derivado de los factores sociales.

Enfermería: mediante un enfoque basado en la salud pública y ocupacional puede realizarse una importante labor de promoción y educación para una mejor salud en el trabajo.

Ergonomía: especialidad que tiene como propósito adecuar las condiciones del trabajo a las personas, de modo que se reduzcan los riesgos derivados del trabajo. Desde diversos



campos profesionales se ha ido constituyendo como una disciplina integradora de las anteriores.

Seguridad industrial: estudia las condiciones materiales que ponen en peligro la integridad física de los trabajadores, y su objetivo es la prevención de los accidentes del trabajo. Efectúa inspecciones de seguridad, revisando máquinas, y conductas de peligro.

Administración: Es la disciplina que permite diseñar y operar una organización para que interactúe en sus mercados de manera que genere valor para sus participantes.

2.3.4.1. Psicología Laboral

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

La Psicología laboral es vista como una ciencia aplicada de carácter social que, haciendo eje en el hombre en su medio laboral, intenta explicar los complejos procesos psicológicos que se desencadenan en la interdependencia.

La Psicología laboral es la ciencia que se ocupa del estudio de la conducta humana por lo cual su eje de estudio se centra en un aspecto muy particular, el hacer. El hombre tiene la capacidad de transformar la naturaleza que está establecida por el trabajo cuyo producto preexiste en su conciencia antes de producirlo. En función de ello, se define a la Psicología laboral como una ciencia aplicada de carácter social (Schultz, 1999).



2.3.4.2 Objetivo de la Psicología Laboral

Describir, explicar y predecir los fenómenos psicosociales que se dan en esos contextos, así como prevenir o solucionar los posibles problemas que se presentan, su objetivo último consiste en mejorar la calidad de vida laboral, la productividad y la eficacia laboral, son algunos de los objetivos que la psicología del trabajo.

De acuerdo a Schultz (1999), el máximo reto de la Psicología del trabajo es humanizar el trabajo y mejorar la calidad de vida laboral, procurando que el trabajo sea interesante y que el trabajador goce de autonomía y participe en la toma de decisiones.

Es así como la psicología del trabajo o laboral funge un papel importante en la salud organizacional, así como en el individuo.

2.4. SALUD OCUPACIONAL EN MÉXICO

Los individuos con actividad laboral, se exponen diariamente a condiciones laborales que pueden resultar riesgosas para su salud. Los agentes desfavorables más comunes son el ruido excesivo, el calor, el frío intenso y la humedad extrema, así como la presencia de tóxicos: sustancias químicas, radiaciones ionizantes y ondas electromagnéticas; así como otras situaciones (Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo, OIT, 1999).

Berlinguer (1980) la patología que prevalece en la actualidad puede describirse en base a ciertos fenómenos fundamentales:

- Una toxicología masiva, por causas múltiples.
- Distorsiones de la fisiología natural del hombre debido a la falta de movilización o a la excesiva movilización de grupos musculares, distorsión de ritmo cardiaco, debido al trabajo por turnos.
- Existencia de violencia en el trabajo en forma de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, por mencionar algunas.
- Efectos negativos psicológicos producidos por el aumento de exigencias cognitivas y emocionales (Almirall, 2000).

En el país la salud en el trabajo es considerada como un elemento de poca importancia, con alto costo económico para las empresas y para las instituciones. En la mayoría de los casos



se ha pretendido efectuar acciones de carácter preventivo a través de una legislación, la que incluye reglamentos y normas, aplicación de medidas que disminuyan la ocurrencia de accidentes y enfermedades de trabajo con escaso o nulo resultado, situación que puede constatar por datos estadísticos, su consecuente impacto en lo económico, político, y social tanto para empresas, trabajadores como a las instituciones (Ramos, Arias, Arias y Nava, 2001).

La salud mental y las enfermedades crónicas degenerativas han condicionado, múltiples complicaciones en el área de la calidad de vida del trabajador, de su salud laboral, de la incidencia de lesiones y accidente laborales, así como ausentismo y retiro temprano por incapacidad, todos ellos con alto costo social y económico, tanto para el trabajador como para los sistemas productivos en nuestro país (Romero, Súmano y Romero, 2009).

El 20% del ausentismo se ve ligado a aspectos de salud mental cuya sintomatología se traduce en procesos de depresión-compulsión. Condiciona salarios caídos o un nuevo personal en corto tiempo, tiene consecuencias económicas y de tiempo, requiere la inversión de recursos para la capacitación y la habilitación de nuevos trabajadores en el sistema productivo (Romero, Sumano y Romero, 2009).

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a nivel mundial se registrarán cerca de 270 millones de accidentes, el costo que tienen éstos para la economía global, es equiparable al 4% del Producto Interno Bruto (PIB) (Lozano, J., 2010, 28 de abril). Disponible en red: <http://www.presidencia.gob.mx/>.

De acuerdo a datos del IMSS, en un año se registrarán en México mil 412 defunciones por riesgos laborales, así como 411 mil accidentes de trabajo, los cuales son la primera incapacidad temporal en el país y representan el 81% de los riesgos registrados por el Instituto (Sánchez, 2010).

Como puede verse el tema de la salud ocupacional y específicamente la Psicología ocupacional, a contado con poco auge y empuje del sector organizacional. La falta de comunicación e integración entre investigaciones y especialistas del área ha tenido como resultado la falta de desarrollo de este campo.

Uno de los avances más significativos que se ha tenido es la realización del Primer Foro de Factores Psicosociales del Trabajo realizado en 2006 en la Universidad Autónoma de Morelos



Cuernavaca, que concentró a más de 30 investigadores nacionales en el tema y donde se creó una red con el propósito de desarrollar el campo de la Psicología de la Salud Ocupacional (Juárez, 2007c). La cual ha aportado diversas investigaciones referentes al tema de la salud ocupacional, con el fin de evidenciar la falta de atención a la calidad de vida en el trabajador, así como sugerencias para su mejora.

2.5. FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD

La aparición de problemas de salud comienza a presentarse cuando las exigencias del trabajo no se ajustan a las necesidades, expectativas o capacidades del trabajador.

Entre ellos se encuentra:

2.5.1. Factores inherentes al trabajo

a) *Ajuste Persona-Entorno*. Esta teoría ofrece un marco para evaluar y predecir la forma en que las características personales y el entorno laboral determinan conjuntamente el bienestar del trabajador. Es decir los conocimientos, aptitudes y capacidades de la persona sean los correspondientes a las características que exija el puesto.

Existen 2 tipos de ajuste: *El ajuste subjetivo (As)* se refiere a las percepciones de persona y entorno que tiene el trabajador, mientras que *el ajuste objetivo (Ao)* se refiere a evaluaciones que en teoría no presentan sesgo subjetivo ni error.

Existe un modelo de ajuste de French, Rogers y Cobb (1974) en el cual se muestra que los cambios de ajuste objetivo, ya sea por una intervención planificada o a otras causas, no son siempre percibidas de manera fiel por el trabajador, de forma tal que surgen discrepancias entre el ajuste subjetivo y el ajuste objetivo. Lo que puede provocar un efecto sobre su bienestar. El bienestar se desglosa en respuestas denominadas tensiones, que consideran factores de riesgo de una enfermedad posterior; estas pueden comportar respuestas emocionales (depresión, ansiedad), fisiológicas (colesterol sérico, presión arterial), cognitivas (baja autovaloración, atribuciones de culpa a uno mismo o a otros) y de comportamiento (agresividad, cambios en el estilo de vida, consumo de estupefacientes y alcohol) (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

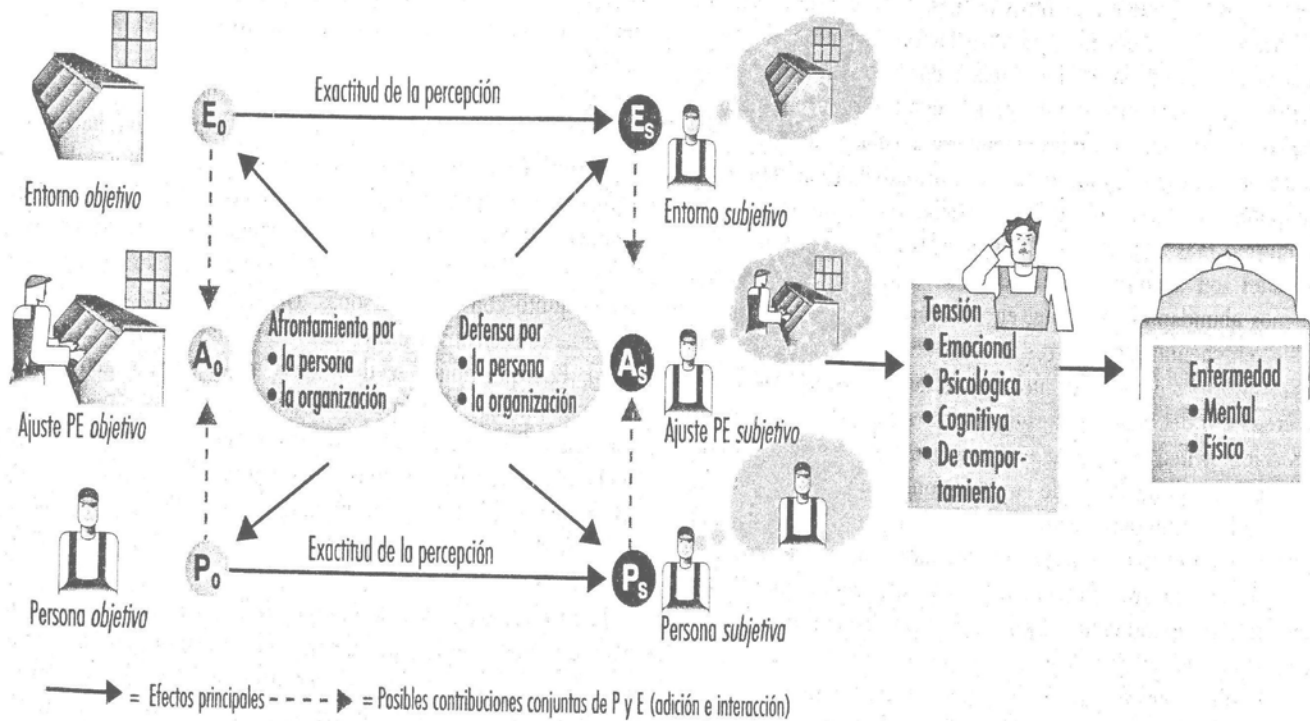


Figura 2. Esquema de la teoría del ajuste persona-entorno (PE) de French, Rogers y Cobb (1974).

b) *La Carga de trabajo*. Frankenhaeuser (1989) en su artículo comenta lo siguiente: El conocimiento de las necesidades, capacidades y limitaciones humanas ofrece una orientación cuando se trata de configurar las condiciones psicosociales del trabajo. Cuando la afluencia total de impresiones procedentes del mundo exterior cae por debajo de un nivel crítico y las exigencias del trabajo son demasiado bajas, las personas tienden a perder atención, a aburrirse y a perder su capacidad de iniciativa. En cambio, en condiciones de un flujo de estímulos excesivos y unas exigencias demasiado elevadas, pierden su capacidad de integrar mensajes, los procesos mentales se fragmentan y la capacidad de juicio se deteriora. Existen estudios que demuestran que cuando un cierto grupo de hormonas (catecolaminas, adrenalina, noradrenalina) se encuentran en un nivel elevado de producción pueden provocar amenazas de salud, muy frecuentemente las cardiovasculares, presión arterial, tensión de músculos (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).



c) *Jornada de trabajo*. Monk (1992) destacó que la biología humana está orientada a la vigilia durante el día y al sueño durante la noche, por lo que todo horario que altere el ritmo biológico, alterará la salud del trabajador. No solo en trastornos del sueño, también problemas gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares que se da más en personas con trabajos con turnos rolados, que con trabajo diurno.

d) *Diseño del Entorno*. Stokols (1992) entiende como una serie de condiciones físicas del entorno laboral que pueden observarse objetivamente, o registrarse o modificarse, mediante intervenciones de diseño arquitectónico, diseño de interiores y medidas urbanísticas (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

Hay estudios que demuestran que los accesos de los trabajadores a zonas de recreo al aire libre disminuyen el estrés (Kaplan y Kaplan, 1989; en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

e) *Factores Ergonómicos*. La Ergonomía es la ciencia que estudia el ajuste del entorno y las actividades de trabajo a las capacidades, dimensiones y necesidades de las personas (Smith 1989; citado en la Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

Las características ergonómicas adversas del trabajo pueden producir trastornos visuales, musculares y psicológicos como fatiga, dolores musculares, trastornos traumáticos acumulativos, dolores de espalda, tensión psicológica, ansiedad y depresión. En ocasiones estos efectos son temporales y desaparecen cuando la persona deja de trabajar o se le da la oportunidad de descansar en el trabajo, o cuando se mejora el diseño del entorno.

Smith y Sainfort (1989, en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999) han definido cinco elementos del sistema laboral que son importantes en el diseño del trabajo y que guardan relación con las causas y el control del estrés. Se trata de: la persona, el entorno físico del trabajo, las tareas, la tecnología y la organización del trabajo.



Tabla 2. Recursos de diseño del lugar de trabajo y posibles beneficios para la salud (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

Niveles de diseño del entorno	Elemento de diseño del entorno en el lugar de trabajo	Efectos emocionales, sociales y de salud física
Zona de trabajo inmediata	Cerramiento físico de la zona de trabajo Mobiliario y equipo ajustables Controles localizados del nivel acústico, la iluminación y la ventilación Elementos naturales y decoración personalizada Ventanas en la zona de trabajo	Más intimidad y satisfacción en el trabajo Reducción de: fatiga visual, fatiga por tareas repetitivas, dolor en la región lumbar Mayor confort y menor estrés Más sensación de identidad y participación en el lugar de trabajo Satisfacción en el trabajo y reducción del estrés
Características ambientales de la zona de trabajo	Intimidad para la conversación y control del ruido Niveles confortables de densidad social Buena combinación de espacios privados y de grupo Símbolos de la identidad de la empresa y de los equipos iluminaciones natural, indirecta y enfocada a la zona de trabajo Ventilación natural frente a sistemas de aire acondicionado	Menor estrés fisiológico y emocional Menor estrés fisiológico y emocional Mejor clima social, cohesión Mejor clima social, cohesión Mejor fatiga visual, más satisfacción Tasas más bajas de problemas respiratorios
Organización del edificio	Contigüidad de unidades que interactúan Legibilidad de signos y señalizaciones Arquitectura resistente a accidentes Atractivas zonas sociales y para comer Guardería en el lugar de trabajo Lugares destinados a ejercicio físico	Más coordinación y cohesión Menos confusión e incomodidad Tasas más bajas de accidentes Más satisfacción con el trabajo y en el lugar de trabajo Comodidad para los trabajadores, menos estrés Más prácticas saludables, menos estrés
Recreo exterior y características urbanísticas	Zonas de recreo próximas al edificio Acceso a aparcamiento y tránsito público Proximidad a restaurantes y comercios Buena calidad del aire en la zona Niveles bajos de violencia en la zona	Más cohesión, menos estrés Comodidad para los trabajadores, menos estrés Comodidad para los trabajadores, menos estrés Mejor estado del sistema respiratorio Tasas bajas de lesiones intencionadas



f) *Autonomía y Control*. Se entiende la autonomía como el margen de discrecionalidad que tienen los trabajadores en cuanto a la forma de realizar su labor (Ganster, s. f., en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999) y el control se refiera a la capacidad de los trabajadores para influir realmente en lo que sucede en su entorno laboral. Esto se ve en la salud puesto que, el aumento de control de los trabajadores puede mejorar de manera significativa su salud y bienestar.

g) *El ritmo del trabajo*. El impacto de la salud dependerá de la personalidad del trabajador.

h) *Claridad y sobrecarga de los roles asignados*. Desde el primer día de trabajo, a éste se le presenta una cantidad considerable de información con la que la organización quiere comunicarle las expectativas que tiene sobre sus roles. Parte de esa información se le presenta formalmente, mediante una descripción escrita del puesto y comunicaciones reguladores con su supervisor (Jex, s. f. en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

Años de investigación sobre la ambigüedad de funciones han demostrado que es un estado nocivo, asociado a efectos negativos de orden psicológicos, físico y de comportamiento. Los trabajadores que perciben una ambigüedad de rol en sus puestos de trabajo tienden a estar insatisfechos con su trabajo, ansiosos y tensos, plantean numerosas quejas de problemas somáticos, tienden a estar ausentes del trabajo y pueden acabar abandonando el empleo. A una sobrecarga de roles le suele corresponder sobre todo el agotamiento físico y emocional, pueden tener un mayor riesgo de enfermedad coronaria.

2.5.2. Factores interpersonales

a) *Acoso sexual*. Es un factor de estrés laboral que supone una amenaza para la integridad y seguridad psicológicas y físicas del trabajador, en un contexto en el que éste tiene poco control debido al riesgo de represalias y el miedo a perder su medio de sustento.

Al igual que otros factores de estrés laboral, puede tener también efectos negativos sobre la salud, a veces bastante graves. Cuando el acoso es grave, como cuando hay una violación o un intento de violación, la mujer queda gravemente traumatizada. Incluso cuando es menos grave puede dar origen a problemas psicológicos. En ocasiones aparecen síntomas físicos,



como dolores de estómago, cefaleas o náusea. Puede haber problemas de comportamiento, como insomnio, desajuste en los hábitos dietéticos, problemas sexuales y dificultades en las relaciones con los demás (Swanson, 1997; citado por Piotrkowski s. f. en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

b) *Violencia en el lugar de trabajo (mobbing)*. Peña y Cortes (2009) mencionan que la violencia o mobbing, implica a todas aquellas acciones que durante un tiempo prolongado, afectan la dignidad del trabajador, su derecho a no ser discriminado, el respeto de su honra y su integridad física, psíquica y moral. En casos extremos, desencadenan daños psicológicos graves, pérdida del empleo y hasta suicidios. Hay víctimas que se ven tan afectadas que terminan renunciando y les resulta muy difícil reintegrarse al mercado laboral (El Universal, 2009, 12 de enero).

2.5.3. Seguridad en el empleo

Maslow (1954), Herzberg, Mausner y Snyderman (1959), y Super (1957), las personas tienen una necesidad de seguridad. Los trabajadores se sienten seguros cuando tienen un trabajo permanente o cuando son capaces de controlar sus tareas (Ivancevich, 1989).

De lo contrario la inseguridad se explica como un estresor que introduce una amenaza, la cual es interpretada y respondida por el individuo. Esa interpretación y respuesta pueden adoptar diversas formas: esforzarse menos por rendir, sentirse enfermo o bajo de forma, buscar otro empleo, tratar de hacer frente a las amenazas o buscar una mayor interacción con los compañeros para amortiguar los sentimientos de inseguridad (Greenhalgh y Rosenblatt, 1984; citado en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

2.5.4. Factores macroorganizativos

a. *Gestión de la Calidad Total (GCT)*. La Gestión de calidad total es un sistema integral de gestión basado en una filosofía de la gestión que hace hincapié en las dimensiones humanas del trabajo. La Gestión de Calidad Total se apoya en una serie de técnicas eficaces que permiten utilizar los datos obtenidos de los procesos de trabajo para documentar, analizar y mejorar continuamente estos procesos.



Si se aplica correctamente, la GCT puede aportar muchos beneficios a los trabajadores y a la salud de éstos. En términos muy generales, la organización que realiza su transformación para la calidad mejora sus perspectivas de supervivencia y de éxito, económicos y, por tanto, las de su plantilla y, lo que es más importante, aumenta sus posibilidades de convertirse en una organización basada en el respeto a las personas.

b. *Estilo de dirección.* Las buenas relaciones entre los miembros de un equipo de trabajo se consideran un elemento primordial de la salud personal y de la organización, en especial por lo que respecta a las relaciones entre superiores y subordinados (Cooper y Payne, 1988; citado en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

Karasek (1998) demostró que el control sobre el puesto de trabajo (esto, es la libertad para aplicar la discrecionalidad intelectual personal) y la mayor libertad de programación del trabajo constituían importantes factores predictivos del riesgo de cardiopatía coronaria. La limitación de la posibilidad de participación y de autonomía se traduce en una mayor depresión, agotamiento y consumo de tranquilizantes, y en una mayor morbilidad (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

c. *Estructura Organizativa.* La estructura organizativa pertenece a la distribución formal de los roles y funciones dentro de una organización que coordina los diversos subsistemas o funciones que la integran para conseguir más eficazmente el logro de sus objetivos (Porras y Robertson, 1992; en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999). Una buena estructura, es decir con funciones y divisiones bien definidas, permite al trabajador encontrar expectativas positivas hacia él, en cambio una mala estructura o rediseño en la organización, puede contribuir a la generación de estrés, al perturbar la seguridad y la estabilidad, generando incertidumbre respecto al puesto y al rol al afrontar y superar.

d. *Clima y Cultura Organizacional.* El clima organizacional se asocia a la percepción de la práctica organizativa comunicada por las personas que trabajan en un lugar (Rousseau, 1998; en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

En cuanto a la cultura organizacional esta es entendida como el conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten y aceptan los miembros de una organización (Guizar, 2004).



Existen algunos estudios donde demuestran que de acuerdo al grado de congruencia de los valores del trabajador con los de la organización influye fuertemente en estrés y la satisfacción (O'Reilly y Chatman, 1991). Se ha podido establecer que las culturas débiles y fragmentadas por conflictos de roles y desacuerdos entre los miembros provocan reacciones de estrés y crisis de identidad profesional (Meyerson, 1990; en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999). Hirsh (1987) indica que la fragmentación de una cultura organizativa por causa de convulsiones políticas o económicas influye en el bienestar psíquico y físico de las personas, especialmente en el contexto de los redimensionamientos de empresas, reducciones de plantilla y otros fenómenos concurrentes de reestructuración organizativa (en Rousseau, s. f., Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo, 1999).

e. *Medición y remuneración del rendimiento.* La remuneración implica un pago monetario por el esfuerzo humano y resulta necesaria para la subsistencia personal y familiar en la mayoría de las sociedades. El intercambio de trabajo por dinero constituye una práctica muy arriesgada.

Un mal manejo de la remuneración en el trabajador, o bien una falsa motivación de la misma, puede provocar en el trabajador, problemas de estrés e inclusive físicos (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

2.5.5. Factores individuales

a. *Patrones de comportamiento de Personalidad Tipos A y B.* Personalidad Tipo A son impetuoso, competentes, se fijan normas de desempeño elevadas y se someten constantemente a presiones de tiempo, debido a lo cual sufren presiones intensas que les provocan una serie de desordenes físicos (Guizar, 2004).

Personalidad Tipo B, estos muestran una actitud más relajada, aceptan las situaciones como se presentan y trabajan con ellas en lugar de enfrentrarlas, y son singularmente tranquilas en lo relativo a presiones de tiempo, por lo que son poco propensos a padecer problemas relacionados con la tensión (Guizar, 2004).



b. *Resistencia*. Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Kahn 1982, señalan:

Las características de la resistencia se basan en una teoría existencial de la personalidad y permiten definirla como aquella actitud básica de una persona ante su lugar en el mundo y su disposición a responder ante los retos (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

La resistencia como rasgo de la personalidad se caracteriza por un modo de reaccionar ante los hechos estresores de la vida que contribuye a reducir la tensión subsiguiente al estrés que es susceptible de provocar enfermedades somáticas y mentales.

c. *Autoestima*. Un bajo nivel de autoestima se ha considerado desde hace mucho tiempo como uno de los factores causantes de trastornos fisiológicos y psicológicos (Beck, 1967; Rosenberg, 1965; Scherwitz, Berton y Leventhal, 1978; citado en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

d. *Locus de control*. De acuerdo con Murphy y Hurrell (1992) sugieren que el rasgo de la personalidad que refleja la creencia general de que las experiencias vitales están regidas, bien por los actos propios (locus de control interno), o bien por influencias externas (locus de control externo). Indicando así que las personas que tienen un locus de control interno se consideran capaces de controlar los hechos y circunstancias de la vida incluidos los refuerzos asociados, esto es, los resultados que se perciben como recompensas de los propios comportamientos y actitudes. Los trabajadores con un locus de control externo son más propensos a manifestar más agotamiento psíquico, insatisfacción en el puesto de trabajo y estrés, así como niveles inferiores de autoestima (Kasl, 1989; citado en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).

e. *Estilos de Afrontamiento*. Lazarus y Folkman (1984) define afrontamiento como los esfuerzos por reducir los efectos negativos del estrés sobre el bienestar individual.

Algunas investigaciones de Watson y Clark (1984) explicaron que las personas con una elevada afectividad negativa acentúan los aspectos negativos al evaluarse a sí mismas y al evaluar a los demás y a su entorno global, y muestran mayores niveles de estrés negativo. En cambio, las que poseen una elevada afectividad positiva realzan los aspectos positivos al evaluarse así mismas y al valorar a los demás y al mundo que les rodea, éstas presentan niveles inferiores de estrés (Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 1999).



2.6. ENFERMEDAD LABORAL

El estudio de la salud y de la enfermedad ha sido una preocupación constante para el ser humano, ya que son cualidades inherentes a su naturaleza y a su supervivencia. Es por ello que históricamente han existido varias aproximaciones que han abordado su estudio; sin embargo todas ellas, coinciden en que la salud es un estado de bienestar, equilibrio, armonía o equidad, y han dejado todo lo opuesto a la enfermedad (Zuñiga, 2008).

Al finalizar el siglo XX, el fenómeno de la globalización marcó el ritmo de las condiciones del mundo, específicamente las del mundo laboral, ya que intervienen en la forma en que las personas, las organizaciones y las economías trabajan y funcionan, así como en los riesgos que debe afrontar (Romero, 2008).

A continuación se definen varios conceptos relacionados con enfermedad laboral. Es importante saber que es y que no es enfermedad.

Riesgo de trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. El riesgo de trabajo, desde un punto de vista técnico, implica la existencia de la interrelación entre factores: trabajador, agente y medio ambiente.

Entre los riesgos se encuentran:

- a) *Mécanicos:* Locales de trabajo, maquinaria, herramienta.
- b) *Físicos:* Ruidos, vibraciones, radiaciones.
- c) *Químicos:* Sustancias y elementos tóxicos.
- d) *Biológicos:* Virus, bacterias, parásitos, hongos.
- e) *Psicosociales:* Organización, relaciones, ritmos de trabajo, salarios.
- f) *Carga de Trabajo:* Exigencias físicas y psíquicas propias del puesto.

El riesgo se presenta cuantitativamente toma en cuenta la exposición y el tiempo de exposición (Gomero, Zevallos y Llapyesan, 2006).

Enfermedad: Alteración de la salud producida por un agente biológico o algún factor físico. Química o ambiental que actúa lentamente, pero en forma continua o repetida.



Enfermedad profesional: Estado patológico que sobreviene por una causa durante largo tiempo, como obligada consecuencia de la clase de trabajo que desempeña la persona, o del medio en que tiene que trabajar y que produce en el organismo una lesión o perturbación funcional, permanente o transitoria, pudiendo ser originada por agentes químicos, físicos, biológicos, de energía o psicológicos.

El artículo 475 de la Ley Federal del trabajador define así a las afecciones profesionales:

“Enfermedad de trabajo es todo patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se ve obligado a prestar sus servicios” (p. 84).

Las enfermedades profesionales producen ausencia en el trabajo, lo cual provoca una disminución en la producción. Además, tiene una recuperación de tipo económico en forma negativa en el desarrollo integral (económico, social, cultural) del país en los aspectos siguientes:

- a. Producción. Principalmente por dos causas: *ausentismo* (costo de lo que no se produce) y *falta de energía* (apatía) que conduce a una baja producción.
- b. Mortalidad. Que disminuye gente a la población económicamente activa y puede significar la pérdida de talentos.
- c. Gastos. Que impide aplicar recursos financieros a otras metas.

Hay indicadores de que las enfermedades de trabajo más comunes son las que resultan de la exposición a temperaturas extremas, ruido excesivo, polvos, humos, vapores o gases. Por tanto, es vital que los trabajadores ayuden a prevenir estas enfermedades.

Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos:

- **Variabilidad biológica:** En relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad.
- **Multicausalidad:** Una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo y que contribuye a su desencadenamiento.
- **Inespecificidad clínica:** La mayoría de las enfermedades profesionales no tiene un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.



• **Condiciones de exposición:** Un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingresos al organismo (Estrucplan on line, 2000). Disponible en red: (www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp).

Para atribuir el carácter del profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

Agente: Debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o parte del mismo.

Exposición: Debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud.

Enfermedad: Debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos anátomo-patológico y terapéutico, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes.

Relación de causalidad: Debe existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrente, que permitan establecer una sensación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo (Estrucplan on line, 2000). Disponible en red: (www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp).

Accidente de Trabajo: Es toda lesión, médico-quirúrgica o perturbación psíquica o funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, o la muerte, producido por la acción repentina de una causa exterior que puede ser medida, sobrevenida durante el trabajo, en ejercicio de este, o como consecuencia del mismo; y toda lesión interna determinada por un violento esfuerzo, producida en las mismas circunstancias.

La Ley federal del trabajo en su artículo 474 define al accidente de trabajo como:

“Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte. Producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste”. Se incluyen los accidentes que sufren los trabajadores al ir o volver de su trabajo” (p. 84).



2.6.1. Epidemiología de las enfermedades profesionales

- Producidas por agentes químicos: Plomo, mercurio, cadmio: en la piel producen lesiones precancerosa y cáncer, DXC y alérgicas.
- Producidas por inhalación de sustancias y agentes: como la neumoconiosis, el asma profesional.
- Por agentes físicos: El ruido (como sordera por traumatismo acústico) también radiaciones ionizantes, aire comprimido, vibraciones mecánicas con lesiones tales como bursitis, tendónisínovitis y lumbalgias.

Es así como el Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó una nueva lista de enfermedades profesionales, el 26 de marzo de 2010. Elaborada con el objetivo de ayudar a los países en la prevención, el registro, la notificación y, si procede, la indemnización de las enfermedades causadas por el trabajo, esta nueva lista sustituye a la que figura en el anexo de la recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales y el registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, adoptado en 2002 (Organización Internacional del Trabajo, 2010).

La nueva lista incluye una serie de enfermedades profesionales reconocida internacionalmente, desde enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos hasta enfermedades de origen respiratorio y de la piel, trastornos del sistema osteomuscular y cáncer profesional. Por primera vez se han incluido de manera específica en la lista de la OIT los trastornos mentales y del comportamiento. En las secciones de la lista se incluye puntos abiertos que permiten reconocer el origen profesional de enfermedades que no figuran en la lista siempre y cuando se haya establecido un vínculo entre la exposición a los factores de riesgo que resulte de la actividad laboral y las enfermedades contraídas por el trabajador.

Lista de enfermedades profesionales (revisada por la OIT 2010)

Cuando se aplique esta lista habrá que tener en cuenta, según proceda, el grado y el tipo de exposición, así como el trabajo o la ocupación que implique un riesgo de exposición específico (ver tabla 3). Se puede observar en esta lista la inclusión de las enfermedades que como psicólogos nos compete, que se encuentran en el apartado, 2.4 y 2.4.1 *que se refieren a enfermedades mentales y del comportamiento.*



Tabla 3. Lista de Enfermedades Profesionales revisada por la OIT (2010).

Enfermedades profesionales causadas por la exposición a agentes que resulte de las actividades laborales	Enfermedades por agentes físicos	Agentes biológicos y enfermedades infecciosas o parasitarias	Trastornos mentales y del comportamiento
<p>1.1. Enfermedades causadas por agentes químicos</p> <p>1.1.1. Enfermedades causadas por berilio o sus compuestos</p> <p>1.1.2. Enfermedades causadas por cadmio o sus compuestos</p> <p>1.1.3. Enfermedades causadas por fósforo o sus compuestos</p> <p>1.1.4. Enfermedades causadas por cromo o sus compuestos</p> <p>1.1.5. Enfermedades causadas por manganeso o sus compuestos</p> <p>1.1.6. Enfermedades causadas por arsénico o sus compuestos</p> <p>1.1.7. Enfermedades causadas por mercurio o sus compuestos</p> <p>1.1.23. Enfermedades causadas por agentes farmacéuticos</p> <p>1.1.36. Enfermedades causadas por plaguicidas</p> <p>1.1.38. Enfermedades causadas por disolventes orgánicos</p> <p>1.1.39. Enfermedades causadas por látex o productos que contienen látex</p> <p>1.1.40. Enfermedades causadas por cloro</p> <p>1.1.41. Enfermedades causadas por otros agentes químicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes químicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.</p>	<p>1.2.1. Deterioro de la audición causada por ruido</p> <p>1.2.2. Enfermedades causadas por vibraciones (trastornos de músculos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos periféricos o nervios periféricos)</p> <p>1.2.7. Enfermedades causadas por otros agentes físicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes físicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador</p>	<p>1.3.1. Brucelosis</p> <p>1.3.2. Virus de la hepatitis</p> <p>1.3.3. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</p> <p>1.3.4. Tétanos</p> <p>1.3.5. Tuberculosis...</p> <p>1.3.9. Enfermedades causadas por otros agentes biológicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes biológicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.</p>	<p>2.4.1. Trastorno de estrés posttraumático.</p> <p>2.4.2. Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastornos(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.</p>



Tabla 3. Continuación. Lista de Enfermedades Profesionales revisada por la OIT (2010).

Enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado	Cáncer profesional	Otras enfermedades
<p>2.1. Enfermedades del sistema respiratorio</p> <p>2.1.1. Neumoconiosis causadas por polvo mineral fibrogénico (silicosis, antracosilicosis, asbestosis).</p> <p>2.1.9. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas causadas por inhalación de polvo de carbón, polvo de canteras de piedra, polvo de madera, polvo de cereales y del trabajo agrícola, polvo de locales para animales, polvo de textiles, y polvo de papel que resulte de las actividades laborales.</p> <p>2.1.12. Otras enfermedades del sistema respiratorio no mencionadas en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.</p> <p>2.2. Enfermedades de la piel</p> <p>2.2.4. Otras enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos en el trabajo no incluidos en otros puntos cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) de la piel contraída(s) por el trabajador.</p> <p>2.3. Enfermedades del sistema osteomuscular</p> <p>2.3.1. Tenosinovitis de la estiloides radial debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca.</p> <p>2.3.2. Tenosinovitis crónica de la mano y la muñeca debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca.</p> <p>2.3.7. Síndrome del túnel carpiano debido a períodos prolongados de trabajo intenso y repetitivo, trabajo que entrañe vibraciones, posturas extremas de la muñeca, o una combinación de estos tres factores.</p> <p>2.3.8. Otros trastornos del sistema osteomuscular no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastornos(s) del sistema osteomuscular contraído(s) por el trabajador.</p>	<p>3.1. Cáncer causado por los agentes siguientes (21 ejemplos)</p> <p>3.1.9. Derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos</p> <p>3.1.11. Alquitrán, brea, betún, aceite mineral, antraceno, o los compuestos, productos o residuos de estas sustancias.</p> <p>3.1.20. Virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC)</p> <p>3.1.21. Cáncer causado por otros agentes en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes que resulte de las actividades laborales y el cáncer contraído por el trabajador.</p>	<p>4.1. Nistagmo de los mineros</p> <p>4.2. Otras enfermedades específicas causadas por ocupaciones o procesos no mencionados en esta lista cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador.</p>



2.7. ENFERMEDAD LABORAL EN MÉXICO

Un grupo de investigadores en medicina laboral de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) plantel Xochimilco sostienen que en la estadística oficial hay ocultamiento de accidentes y enfermedades asociadas con el trabajo (Martínez, 2010, 17 de mayo).

De acuerdo con análisis sobre el tema, los especialistas señalan que mientras el índice nacional de accidentes (por 100 trabajadores) es de 2.5 y el de enfermedades de 0.06, “algunos estudios realizados por los investigadores en medicina laboral de la UAM muestran que los accidentes tienen tasas hasta 17.8 veces mayores y el de enfermedades de trabajo fue 6 mil 316 veces superior” (Martínez, 2010, 17 de mayo).

Ante esta realidad, las principales tendencias que se vislumbran alrededor de la salud de los trabajadores son mayores exigencias, menor reconocimiento de los accidentes y enfermedades de trabajo e incremento de la morbilidad laboral en grupos altamente vulnerables de empleados y sus familias, directamente relacionadas con estas nuevas condiciones de trabajo.

Lo anterior representa un deterioro de las condiciones de trabajo y de la salud en México, concluye el grupo integrado por Mariano Noriega, Gabriel Franco, Ángeles Garduño, Laura León, Susana Martínez, Cecilia Cruz, Aishah Montoya, Carlos Sanabria, Karina Trejo y Jorge Villegas.

El perfil de mortalidad se caracteriza por un marcado predominio de los padecimientos crónico degenerativos. Entre la población derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social se han incrementado las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y también los trastornos y los accidentes (Martínez, 2010, 17 de mayo).

Se registraron en México mil 412 defunciones por riesgos laborales, así como 411 mil accidentes de trabajo, los cuales son la primera causa de incapacidad temporal en el país y representan el 81% de los riesgos registrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, en Sánchez, 2010, 27 de abril).

Además, cada año ocurren cerca de 337 millones de accidentes en centros laborales que resultan en ausencias prolongadas.



Resalta que los empleos identificados como de mayor riesgo, desde el punto de vista de la prevención, son los de peones de carga, debido a su escasa preparación.

Con estos, los trabajadores de tiendas de autoservicio (vendedores, demostradores, de almacenes); empleados de apoyo a los servicios de producción (operadores de máquinas y herramientas); oficinas, hospitales, hoteles; y en menor grado, los trabajadores de la construcción (albañiles).

El IMSS precisa que los daños al cuerpo derivados de los accidentes de trabajo tienen mayor incidencia en manos y muñecas, así como en tobillos y pies, seguidos por abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis.

Y principalmente se generan heridas, traumatismos, quemaduras, cuerpos extraños y amputaciones, entre otras.

Rodolfo Arias Díaz, jefe de la División de Prevención de Riesgos de Trabajo, de la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS, menciona que los accidentes ocurren en 62% a hombres, mientras que 38% a mujeres.

Sin embargo, ante la demanda de las maquiladoras o fábricas donde la incorporación de la mujer cada día va en aumento, la tasa de incidencia supera a la de los hombres.

De acuerdo con estadísticas oficiales, el jefe de la División de Prevención de Riesgos de Trabajo informó que es preocupante que los accidentes de trabajo ocurran en la edad productiva, de los 25 a 29 años; con antigüedad en el puesto de uno a cuatro, es decir, principalmente hombres jóvenes; seguidos en frecuencia de 30 a 34 años y de 35 a 39 años.

Por otro lado, Frida Medina, jefe del Servicio de Facturas Expuestas y Polifracturas del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, indicó que ocho de cada 10 accidentes de trabajo tienen como resultado lesiones músculo-esqueléticas; en su mayoría, se presentan en industrias, oficinas e inclusive el hogar.

Explicó que se consideran lesiones músculo-esqueléticas aquellas que afectan músculos, ligamentos, tendones, huesos y articulaciones (Sánchez, 2010, 27 de abril).

Por esta razón es que la Secretaría de Trabajo y Previsión Social inició una consulta para elaborar una guía y contar con planes de emergencia y prevención de enfermedades o adicciones en centros laborales. En este proyecto participaron la Comisión Federal para la



Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de sector Salud y de la COPARMEX (Confederación Patronal de la República Mexicana), pretendiendo incluir estrategias para prevenir accidentes y enfermedades de trabajo.

Con ello se incorporarán las acciones y programas de promoción para la salud de los trabajadores y las relacionadas con la prevención integral de las adicciones, así como la atención de emergencias sanitarias en empresas (El Universal, 2009, 17 de mayo).

Resumen

En los primeros años de la historia se mantuvo el pensamiento primitivo, centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual. En la antigua civilización hebrea, se encuentra uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad. La palabra higiene así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega.

En la actualidad, se ha producido un avance espectacular en los conocimientos existentes sobre la salud y la enfermedad; la salud es la resultante de un proceso de interacción continuo permanente entre el ser humano y una serie de factores. 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.

En 1946, la OMS definió la salud como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad. Son numerosas las definiciones que a partir de ese momento se han formulado sobre el concepto de salud. En la actualidad, la tendencia más aceptada considera a la salud como un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad.

El hombre necesita trabajar para alcanzar una vida sana, productiva y feliz, nos encontramos con que el trabajo, en cualquiera de sus formas, es necesario para la vida humana saludable, pero en muchos casos, es ese trabajo capaz de dañar la propia salud de quienes lo realizan en forma individual o colectiva.



La OMS define a la salud ocupacional como una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo. El objetivo central que tiene la salud ocupacional es prevenir de manera adecuada las enfermedades o accidentes que se pueden generar en y por el trabajo. El nivel de salud de una comunidad o un país se puede mejorar asegurando que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no solo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos de trabajo, como lo son el salario, la actividad física y mental, entre otros.

Si por una parte la salud es una fuerza que capacita a los individuos para enfrentarse a las contingencias de la vida con un mínimo de sufrimiento y desajuste, y por otra parte el trabajo es un componente esencial de la vida del hombre, es fácil apreciar con claridad que la salud de la gente que trabaja ofrece no solamente aspectos específicos muy importantes, sino que es la fuerza generadora y reguladora de las características de salud física y mental del trabajador. La psicología laboral es una ciencia aplicada de carácter social que, haciendo eje en el hombre en su medio laboral, intenta explicar los complejos procesos psicológicos que se desencadenan en la interdependencia.

La aparición de problemas de salud comienza a presentarse cuando ciertos factores psicosociales se alteran, entre ellos se encuentran: los factores inherentes al trabajo, factores interpersonales, la seguridad en el empleo, factores macroorganizativos y factores individuales.

Los riesgos de trabajo son los accidentes o enfermedades a los que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo. Una enfermedad es una alteración de la salud por un agente biológico o algún factor físico, químico o ambiental que actúa lentamente, pero en forma continua o repetida. En el campo profesional, la enfermedad es el estado patológico que sobreviene por una causa durante largo tiempo, como obligada consecuencia de la clase de trabajo que desempeña la persona. Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos la variabilidad biológica, la multicausalidad, la inespecificidad clínica y las condiciones de exposición.



Capítulo 3

Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)





La gran competitividad e inseguridad laboral así como las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo vertiginoso que genera angustia, agotamiento emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, actividad física y descanso, con dolencias físicas, psíquicas y factores de riesgos en la salud de los individuos del nuevo milenio (Apiquian, 2007). Dentro de los problemas que han surgido a los trabajadores, se encuentra el síndrome de Burnout o el Síndrome de Desgaste Ocupacional, que se ha llamado así en México (Bosqued, 2008). Ahora después de tantos intentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha considerado como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos (Apiquian, 2007).

3.1. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Moreno, González y Garrosa (2001) El mismo término de desgaste ocupacional (Burnout) lleva implícito la referencia a un proceso disfuncional de deterioro (Buendia y Ramos, 2001).

Bloch (1972) lo define como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes (Buendia y Ramos, 2001).

Reidl (1977) se enfoca en el concepto de Bloch, y le agrega la deshumanización de los clientes (Buendia y Ramos, 2001).

Seiderman (1978) lo conceptualiza como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios (Buendia y Ramos, 2001).

Storline (1979) lo describía como un colapso espiritual (Buendia y Ramos).

Según Freudenberger (1974) denominó al conjunto de síntomas con una progresiva pérdida de energía, desmotivación por el trabajo, cambios en el comportamiento, menor sensibilidad y comprensión hacia ellos, dispensándoles un trato distanciado, con tendencia de culparse de los propios problemas que padecían, al igual que síntomas de ansiedad y depresión (Bosqued, 2008).

En la década de los ochenta parece que se produce una ligera inflexión y se insiste preferentemente en las disfunciones laborales que entrañaban el Burnout (Buendia y Ramos, 2001).



Edelwich y Brodsky (1980) lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo (Apiquian, 2007).

Para Cherniss (1980) es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral (Apiquian, 2007).

Christina Maslach (1981) oficializó el término Burnout como el síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes (Bosqued, 2008).

Pines, Aronson y Kafry (1981) lo define como “el estado de agotamiento físico, emocional y mental causado porque la persona se encuentra implicada durante largos periodos de tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente” (Apiquian, 2007).

Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea (Buendía et al., 2001).

McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral (Buendía et al., 2001).

Padró (1982) señala que es un proceso que cansa o agota los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. También involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando con ello en los individuos un pobre autoconcepto, actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida de interés por los pacientes, es el proceso de una lucha excesivamente inapropiada por lograr expectativas irreales en el tratamiento de los pacientes (Pinelo y Salgado, 2002; citado en Pichardo y Retiz, 2007).

Farber (1983) define al síndrome de Burnout como la percepción que tiene el sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y otros síntomas psicológicos como: irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (Quinceno y Vinaccia, 2007).



Brill (1984), el agotamiento es una excepcional medida relacionada con el trabajo, el estado disfórico y disfuncional en una psicopatología individual, que funcionó durante un tiempo en el desempeño adecuado y los niveles de la situación afectiva y que no se recuperará a los niveles anteriores sin ayuda externa o recomposición ambiental (Schaufeli y Buunk, 2004).

Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales (Buendía y Ramos, 2001).

Burnke (1987) entiende que el síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral (Buendía et al., 2001).

Etzion (1987) lo define como un proceso de desarrollo lento, de repente e inesperadamente, uno se siente agotado y no es capaz de relacionar esta experiencia devastadora (Schaufeli et al., 2004).

Shirom (1989), define al Burnout (Desgaste Ocupacional) como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo, concluye que definido de este modo, el Burnout no se solapa con otros conceptos establecidos de la ciencia de la conducta (Buendía, 2001; citado en Pichardo y Retiz, 2007).

Hallsten (1993) lo considera como una forma de depresión, es una causa necesaria para que el resultado del proceso sea el Burnout (Schaufeli et al., 2004).

Moreno y Peñacoba (1999) dicen que el Burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto (Quinceno et al., 2007).

Para Moreno B., González y Garrosa (2001), el Burnout profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza; supone deterioro, desgaste y una problemática interna acusada (Buendía et al., 2001).

Pérez Jauregui (2001) define el síndrome de Burnout como un tipo específico de estrés laboral, padecido por profesionales de la salud los cuales en su capacidad para adaptarse y responder eficazmente un exceso de las demandas y presiones laborales se esfuerzan de modo intenso y sostenido en el tiempo citado (Pichardo y Retiz, 2007).



Gil-Monte (2005) considera al síndrome de Burnout como la respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas. Se caracteriza por un orden deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización (Bosqued, 2008).

Martínez Gamarra (2005) lo define como un sentimiento de desmoralización individual o colectiva en el ámbito laboral (Bosqued, 2008).

Es así como el síndrome de Burnout tiene diferentes definiciones, pero en todas ellas siempre se toman en cuenta los factores, agotamiento, despersonalización e insatisfacción, aunados a diversos factores psicosomáticos, lo que lo lleva hacer un evento bastante alarmante en la actualidad.

En esta investigación la definición que mejor se ajusta a ella, es la propuesta por Manessero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili, donde se refieren al Síndrome de Desgaste Ocupacional, o síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) como “el conjunto de sentimientos emocionales, síntomas físicos y comportamiento específicos como consecuencia de condiciones no favorables de los trabajos de servicios o asistencia a otras personas, tales como pacientes o clientes, siendo considerado en general como una respuesta al estrés crónico” (Uribe, García, Pichardo y Retiz, 2008).

3.2. HISTORIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

El origen del término Burnout tiene muchos enfoques, algunos consideran que se debe a la novela de Graham Greene, *A Burnout Case*, publicada en 1961, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana. En 1953, Schwart y Will hacen un estudio sobre el caso de una enfermera psiquiátrica, “la señorita Jones”. Esta palabra se comenzó a utilizar en la literatura especializada sobre estrés laboral a partir de los años setenta. A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de ocupaciones o empleos relacionados con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda, tales como médicos, enfermeras, profesores, abogados y policías, siendo el resultado de este trabajo un agotamiento de energía que los



hace sentirse abrumados por los problemas de otros, que han sido descritos como síndrome de Burnout (Mc Cornell, 1982; citado en Hernández, Terán, Navarrete y León, 2007; Schaufeli y Buunk, 2004).

En 1901 Thomas Mann, en su novela *The Buddensbrooks*, se refiere ya a este término o concepto. En esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra (Quinceno y Vinaccia, 2007).

El término “agotamiento del personal” fue mencionado por primera vez por Bradley en 1969, en un artículo acerca de agentes de libertad vigilada, que dirigía un programa de tratamiento basado en la comunidad para delincuentes juveniles (Schaufeli y Buunk, 2004).

Este síndrome ha sido estudiado desde hace más de 30 años por diversos autores, entre los que a menudo se encuentran diferencias derivadas de la dificultad de definir un proceso complejo como el Burnout.

En 1974 el psiquiatra Herbert Freudenberger, define este síndrome como un estado caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo (Tonon, 2004).

En 1976 la psicóloga social Christina Maslach, utilizó el mismo término para referirse al proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros de trabajo. En 1981 aparece, el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Bosqued, 2008).

En el congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en el año de 1977 Maslach da a conocer el término, haciendo referencia a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos, consistente en el hecho de que después de meses o años de trabajo y dedicación, acaban “quemándose” o “agotándose” (Corsi, 2004; De Dios, 1998; Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte y Peiró, 1999; Guerrero y Vicente 2001; citado en Vega, 2005).



La I Conferencia Nacional sobre Burnout en noviembre de 1981, realizada en Filadelfia, sirvió para unificar criterios acerca del término y poner en común resultados y experiencias (De Dios, 1998; citado en Vega, 2005).

En 1996 Golembiewski publicó un libro llamado “Global Burnout” con la frase “una pandemia en todo el mundo” (Schaufeli y Buunk, 2004).

En el 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó al Síndrome de Burnout como una enfermedad de riesgo laboral (Palmer, Gómez, Cabrera, Prince y Saercy, 2005).

3.3. DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) Y OTROS CONCEPTOS

El concepto de Burnout ha sido criticado por su solapamiento y confusión con otros constructos como estrés, fatiga, insatisfacción en el trabajo, aburrimiento, tedio, ansiedad, depresión, etc. (Ovejero, 2006).

1) Estrés VS Burnout

Para Schaufeli y Buunk (1996) la distinción entre estrés laboral y el Burnout no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El Burnout se puede considerar como el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. En cambio el estrés se refiere a procesos temporales más breves (Ovejero, 2006).

2) Fatiga VS Burnout

Una buena diferencia entre el cansancio o fatiga y el Burnout, es que el primero se soluciona con el descanso donde se recuperan fuerzas y la persona vuelve a incorporarse a sus tareas laborales sintiéndose renovada; en cambio, no sucede así en el caso del Burnout (Ovejero, 2006).

3) Depresión VS Burnout

Investigaciones empíricas muestran que el cansancio emocional, está significativamente asociado a la depresión.



Por otra parte, el Burnout es un constructo referido al trabajo y a situaciones laborales, mientras que la depresión es un fenómeno más amplio y puede surgir en otros contextos de la vida del sujeto (personal, familiar y social) (Ovejero, 2006).

4) Acoso Psicológico VS Burnout

En el Mobbing (acoso psicológico) se producen conductas de ataque sistemático contra un trabajador, con el propósito deliberado de perjudicarlo y el objetivo último de excluirlo de la empresa. Esto no se produce en el síndrome de desgaste profesional, aunque ambos casos tengan como denominador común el hecho de que surgen preferentemente en ambiente organizativos tóxicos, además de presentar algunos síntomas parecidos (Bosqued, 2008).

5) Fatiga crónica, Adicción al trabajo VS Burnout

En esta, el sujeto vive por trabajar, y al menos temporalmente el trabajo es una fuente de satisfacción, de evasión o de refugio frente a otros problemas personales o profesionales (Ovejero, 2006).

En cambio los trabajadores que tienen Burnout o Desgaste Ocupacional lo viven como imposición agobiante en la que nunca dejan de pensar.

6) Karioshi VS Burnout

Es un término que proviene de Japón, sirve para denominar las muertes producidas por un exceso de trabajo en ambientes de trabajo sumamente competitivos y en los que se exigen altísimos niveles de producción; provocado por una hemorragia cerebral y/o trombosis debido al exceso de trabajo Disponible en red: (<http://www.rincondelasalud.com/es/sabiasque/K/>)

No obstante, para diferenciar el Burnout de otros constructos no conviene olvidar la multidimensionalidad del mismo, y que surge como un proceso progresivo y continuo dentro del contexto laboral (Ovejero, 2006).



3.4. FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Existen, por un lado los factores organizativos; otro los personales y finalmente los de tipo sociocultural. Pero no todas estas variables tienen el mismo peso en la génesis del desgaste profesional (Bosqued, 2008).

Los factores personales son facilitadores del síndrome, mientras que las variables organizativas son desencadenantes, es decir, el síndrome de Burnout se produce como el resultado de que las cosas no van bien en la organización (Bosqued, 2008).

El fenómeno de Burnout es una experiencia individual, específica del contexto laboral, sin embargo existen factores correlacionados con este síndrome (Uribe, 2008):

A) Factores Individuales:

Estos factores personales incluyen variables sociodemográficas, rasgos de personalidad y actitudes ante el trabajo (Uribe, 2008).

1) Factores Sociodemográficos:

- **Edad:** Existe una relación negativa entre edad y desgaste profesional. Parece que a mayor edad es menos probable la experiencia de Burnout, (Gil-Monte y Peiró, 1997). La prevalencia del síndrome es significativamente mayor en empleados jóvenes que en los mayores de 30 o 40 años (Uribe, 2008).
- **Sexo:** En comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal, mientras que hombres puntúan alto en despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997; De Dios, 1998; Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006; García y De Juan, 2006).
- **Estado civil:** Se ha encontrado que los profesionales casados experimentan índices menores del síndrome que los que no están casados (Vega, 2005; Apiquian, 2007; García y De Juan, 2006).



- Nivel Escolar: Algunos estudios han encontrado que personas con un mayor nivel educativo reportan mayores niveles de Burnout en comparación con empleados menos educados (Apiquian, 2007; Uribe, 2008).
- Tiempo Libre: El tiempo diario dedicado al descanso se observa como factor de predicción del síndrome de Burnout, de manera que aquellos que tiene entre dos o cuatro horas de descanso al día presentan menor grado de Burnout que aquellos que descansan menos de dos (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gulalp, Karcioğlu, Sari y Koseoglu, 2008).

2) Factores de Personalidad:

Se han estudiado los rasgos de personalidad para tratar de identificar qué tipo de personas se encuentran en mayor riesgos de presentar Burnout, mostrando así que la personalidad indicada como Tipo A (alto neurotismo y locus de control externo) es más vulnerables a sufrir el síndrome de Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997; García y De Juan, 2006). Las personas más propensas a desarrollar Burnout son las sensibles, idealistas, excesivamente dedicadas, responsables, perfeccionistas y muy empáticas, pero a la vez impacientes, omnipotentes, susceptibles de sobreidentificarse con los pacientes, obsesivas, intolerantes y que se olvidan del cuidado propio. Pareciera como si estos individuos se preocuparan y cuidaran más de los demás, que de si mismos (Espinosa y Quintana, 2010).

Maslach (1982) agrega otro factor de personalidad en el Bournout. El individuo necesitado de ser aprobado y aceptado por las demás personas. Razón por la cual será muy dependiente y trabajará muy duro para complacer y satisfacer todas las demanadas de sus pacientes (Espinosa et al., 2010).

3) Expectativas respecto al trabajo:

Aquellas que sean elevadas, o exageradas, hacen prácticamente inevitable que se vean insatisfechas por la simple razón de que tan sólo en muy raras ocasiones la realidad supera a lo pensado o previsto en el individuo.



B) Factores Socioculturales:

Aunque de un modo indirecto, este tipo de factores está contribuyendo también, en el aumento progresivo de profesionales desgastados. Claro esta no por sí solos, pero sí añadido con los otros factores (Bosqued, 2008).

Chernis destaca fundamentalmente dos cuestiones: por un lado, la progresiva ruptura de la cohesión social que se traduce en una mayor demanda hacia las profesiones de ayuda a los demás (Bosqued, 2008). Y no sólo se acude más a ellos, sino que además se les exige de una u otra manera, directa o indirecta, que se involucren más en la resolución de los problemas que se les presentan.

Ramos y Buendia (2001) manifiestan: que el apoyo social generalmente, envuelve a un grupo de familia o amigos que proveen al sujeto de una autoestima profesional de la que en muchas ocasiones carece en el trabajo.

McGrath, Reid y Boore (1989), comentan que las relaciones interpersonales con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van aumentar los sentimientos de Burnout (Buendia y Ramos, 2001).

Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o de la administración de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, pueden ser fuentes de desarrollo de problemas físico y psicológicos del individuo (Buendia et al., 2001).

Existen investigaciones (Menezes, 2000 en Buendia y Ramos (2001) entorno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos con un contacto social limitado.

C) Factores Organizacionales:

Las profesiones de servicio, son profesiones en las que inciden especialmente los estresores laborales, estos están vinculados a qué hace el sujeto, cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace (Buendia et al., 2001).



1) *Contacto continuo con el dolor y las emociones de los demás*

Se produce entre aquellas personas cuyo trabajo consiste precisamente en proporcionar ayuda directa a los demás y atender sus necesidades, digamos más penosas (Bosqued, 2008; Gulalp, Karcioglu, Sari y Koseoglu, 2008).

2) *Sobrecarga de trabajo*

En múltiples investigaciones se ha establecido que el Burnout constituye una respuesta a la sobrecarga de trabajo, es decir a una demanda cuantitativa (Apiquian, 2007; Gulalp et al., 2008; Uribe, 2008).

Cuando las exigencias del trabajo sobrepasan lo racionalmente aceptable, se genera en los trabajadores tensión, sensación de desbordamiento, de no poder llegar a todo y a la larga, frustración (García y De Juan, 2006; Bosqued, 2008).

3) *Falta de medio para realizar las tareas encomendadas*

Si la excesiva carga de trabajo ya es por sí sola estresante, va acompañada de un déficit cualitativo, esto es de escasez de los medios que la empresa proporciona para realizar las tareas adecuadamente y conseguir los objetivos propuestos por la dirección, se llega a una situación que deja al profesional todavía más desbordado, frustrado, insatisfecho con la labor que lleva a cabo y con la sensación de que no llega a todo, porque no hace lo que debería hacer (Apiquian, 2007; Bosqued, 2008).

4) *Falta de definición del rol profesional*

Cuando el trabajador no tiene claro cuál es su cometido, que se espera de él, ya sea debido a una insuficiente definición de funciones, a un déficit en la información necesaria para desarrollarlas o la falta de establecimiento de límites profesionales, se produce en el profesional una sensación de incertidumbre e inseguridad que resulta generadora de estrés (Bosqued, 2008).

5) *Falta de control sobre el propio trabajo*

Tanto un déficit como un exceso de control representan situaciones perjudiciales para el trabajador. Ambas situaciones hacen sentir el trabajo como algo amenazante: en el primer



caso, por indefensión; en el segundo por la elevada responsabilidad que conlleva (Apiquian, 2007).

6) Cambios sociales y/o tecnológicos continuos a los que hay que adaptarse rápidamente

Centrándonos en las profesiones con mayor tasa de Burnout destacaríamos circunstancias como: rápidos avances electrónicos y tecnológicos; las personas están mejor informados y son más exigentes (Apiquian, 2007).

7) Trabajos por turnos

Resulta especialmente estresante el trabajo nocturno y los turnos inestables o cambiantes. Conllevan trastornos del sueño, horarios irregulares de alimentación, desajustes en los biorritmos, disminución cuantitativa y cualitativa en el rendimiento laboral y dificultades para compatibilizar la vida social y familiar con el trabajo (García y De Juan, 2006; Apiquian, 2007; Gulalp, Karcioğlu, Sari y Koseoglu, 2008).

8) Falta de participación de los profesionales en la toma de decisiones

Es lamentable que en muchas organizaciones las grandes decisiones sean tomadas por los directivos sin contar con la opinión, la experiencia y en ocasiones, la capacidad real de los trabajadores. Esta circunstancia produce en el profesional falta de motivación y compromiso con los acuerdos a los que se ha llegado porque no se trata de su decisión, sino que viene impuesta desde arriba (Gulalp et al., 2008).

9) Clima social laboral existente en la empresa

Una atmosfera sociolaboral enrarecida y poco facilitadora de las relaciones interpersonales es un elemento claramente favorecedor del Burnout (Apiquian, 2007; Gulalp et al., 2008).

10) Estilo Directivo

Los estilos directivos coercitivos producen en los trabajadores insatisfacción laboral y tensión cuando éste no brinda estructura y orientación al trabajo, provocando en los empleados escaso compromiso por el trabajo ya que éstos tiene poca o nula participación en la toma de decisiones, y escaso apoyo emocional requerido por el subordinado de parte de los superiores, entre otros resultados negativos (Apiquian, 2007; Pichardo y Retiz, 2007).



11) *Carencia de apoyo y reconocimiento*

La percepción de no sentirse respaldado por la empresa, la escasa posibilidad real de promocionarse, no recibir información adecuada acerca de cómo se están realizando las tareas o que no exista un sistema justo de remuneración económica (García et al., 2006; Apiquian, 2007). La insuficiente retribución por el trabajo desempeñado, no favorece la calidad de vida del profesional, lo que puede estar relacionado con otros factores, y llevar por ejemplo, al desempeño de dos o más empleos con la consiguiente sobrecarga de trabajo (Pichardo y Retiz, 2007).

12) *Estructura de la organización*

Por un lado tenemos las organizaciones excesivamente burocráticas centralizadas y rígidas; en el extremo contrario se encuentra la empresa informal y demasiado descentralizada en la que la improvisación en la toma de decisiones es la norma que impera. Tanto uno como otro tipo de estructura favorecen el desgaste profesional (Apiquian, 2007).

13) *Falta de retroalimentación*

Cuando el trabajador se encuentra con que no recibe información acerca de los resultados de la calidad de su quehacer profesional cotidiano, se generan en él distintas situaciones que favorecen el desgaste profesional.

Por un lado, una suerte de indefensión profesional: “haga lo que haga, da igual ni me felicitan ni me penaliza”. Por otra parte, esa indefinición en los resultados le crea confusión e incertidumbre.

Cabe decir que cuando el feedback (es indicar al individuo, que comportamientos pueden seguir realizando, dado los efectos positivos que causa sobre los otros, o cuales modificar o cambiar en función del impacto negativo que ejercen) que se proporciona no es de calidad, buscando la mejora tanto personal de los empleados como global de la empresa, sino arbitrario; el individuo le puede crear incertidumbre y desajuste emocional y/o físico (Bosqued, 2008).



14) *Conflicto de rol*

Se produce conflicto de rol como consecuencia de la contradicción entre las órdenes recibidas o las posibilidades reales en el desarrollo del trabajo y los propios valores y metas del trabajador (Apiquian, 2007; Bosqued, 2008).

15) *Antigüedad laboral*

El nivel de Burnout se encuentra relacionado con la antigüedad en el desempeño laboral o profesional. Tomando esto en consideración, el síndrome se presenta en dos períodos, el primero se ubica en los dos primeros años de ejercicio laboral o profesional, fase de confrontación o transición entre las expectativas idealistas sobre la profesión o trabajo, y la realidad que vive en la práctica cotidiana. El segundo período se presenta después de los diez años de antigüedad, aunque en menor grado, porque entre el primero y el segundo período, muchos profesionales desgastados, quemados, con síndrome de Burnout terminan por cambiar o abandonar su trabajo o incluso su profesión (Pichardo y Retiz, 2007).

16) *Excesivo control burocrático*

La organización que no favorece la autonomía y libertad del profesional para realizar su trabajo, e impone límites de tipo administrativo a su personal, fomenta en ellos insatisfacción laboral y personal (Pichardo y Retiz, 2007).

17) *Compañeros de trabajo*

La atmósfera social fría, distante y demasiado formal entre los compañeros, favorece que las personas no se sientan parte de un equipo, dificultando la comunicación y las relaciones de apoyo y retroalimentación (Pichardo y Retiz, 2007).

18) *Satisfacción/insatisfacción laboral*

Aquí podrían incidir de manera directa e indirecta todos los factores anteriores, porque un trabajo que no ofrece posibilidades de desarrollar personal profesional, reconocimiento a la labor realizada, un ambiente agradable de trabajo, buenas relaciones interpersonales con los jefes y compañeros, un salario digno y una estabilidad laboral se convierten en fuente de insatisfacción, que puede desencadenar el desarrollo de Burnout. Por el contrario, un trabajo estable, gratificante, que ofrece nuevos retos posibles de afrontar, satisfacción y



reconocimiento constante, posibilidades de ascenso y desarrollo profesional, que ofrece condiciones económicas dignas, etc., contribuye a que el Burnout disminuya o no se desarrolle (Pichardo y Retiz, 2007).

D) Factores en la interacción humana

Para Maslach (1982) la relación interpersonal cuando es estresante y difícil es la causa primordial de la aparición del Burnout, para lo cual considera principalmente las siguientes:

- 1) **Clientes difíciles:** los rasgos de personalidad positivos o negativos del cliente condicionan el servicio que brinda el profesional. Las personas difíciles son las que requieren por parte del profesional la inversión de más tiempo y esfuerzo, lo que puede generar desgaste (Pichardo y Retiz, 2007).
- 2) **Relaciones sociales:** Pines y Aronson (1988) sostienen que a mayor cantidad y calidad en las relaciones interpersonales menor será el nivel de Burnout, y mientras más relaciones difíciles y estresantes se mantengan, el nivel de Burnout se incrementará de igual manera si existe un sentimiento de soledad. Los profesionales que requieren del contacto continuo con la gente, y que depositan una fuerte carga emocional en la interacción, suelen mantener relaciones difíciles y estresantes, porque éstas pueden resultar molestas o deprimentes, y repercutir en el ámbito personal, traducidas en insatisfacción conyugal o de pareja y empobrecimiento en las relaciones familiares (Pichardo y Retiz, 2007).
- 3) **Personas recurrentes (con poca o nula posibilidad de cambio):** Aquellas personas que no obtienen un cambio en la prestación de su servicio, lo cual provoca desgaste y deterioro en la calidad de las relaciones interpersonales, además de pérdida de la motivación, angustia, frustración, desánimo y agotamiento (Pichardo y Retiz, 2007).
- 4) **Ausencia de retroalimentación positiva:** Los profesionales buscan de manera inconsciente el reconocimiento, la aprobación y aprecio por lo que hacen, sin embargo, cuando no reciben el reconocimiento a su labor por parte del beneficio directo de su servicio y reciben ataques o reclamos del cliente, provocándole un deterioro de su autoconcepto (Pichardo y Retiz, 2007).



3.5. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

1) Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del Yo

En este modelo se encuentran los trabajos de Albert Bandura, se analizan los mecanismos psicológicos que interviene en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.

Según esta teoría el síndrome sucede de la siguiente manera:

- Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.
- La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión y el estrés que acompaña la acción (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Dentro de ellas se encuentran tres modelos bajo esta perspectiva:

a) Modelo de competencia de Harrison (1983)

Las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a los demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que así mismo retroalimenta negativamente su motivación para ayudar (Ramírez, 2008).

b) Modelo de Pines y Aronson (1988)

Proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima (Ovejero, 2006).



c) Modelo de Cherniss (1993)

Cherniss afirma que existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso, motivación y el estrés. Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida, experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza y las situaciones son menos estresantes cuando los sujetos creen que pueden afrontarlas de manera exitosa (Ovejero, 2006).

2) Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Cater (1983)

Para estos autores el Burnout tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El estrés laboral está generado básicamente por una sobrecarga laboral y por pobreza de rol. En estos casos el sujeto siente una pérdida de autonomía y control, teniendo una disminución de la autoimagen y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En la segunda fase del proceso se llevan a cabo las estrategias de afrontamiento que pasa por un distanciamiento profesional de la situación estresante. El distanciamiento puede tener un carácter constructivo (el profesional no se implica en el problema) o contra productivo (el distanciamiento conlleva indiferencia emocional). En el segundo caso se habla de síndrome de quemarse porque se corresponde con actitudes de despersonalización. Aunque inicialmente el sujeto intente resolver las cosas de forma constructiva, la persistencia de condiciones adversas, dan como resultado actitudes de despersonalización desarrollando posteriormente una experiencia de baja realización personal, en el trabajo y a largo plazo agotamiento emocional. A consecuencia de esto disminuye la satisfacción y la implicación en el trabajo con la siguiente pérdida de productividad (Gil-Monte y Peiró 1997).

3) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Este modelo está basado en el autocontrol, se encuentran con cuatro variables que lo afectan: la discrepancia entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia del sujeto, sus expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza.

En este modelo la autoconciencia desempeña un papel fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la

capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo.

Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemáticas. El retiro conductual de los profesionales denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Pero además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono, experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

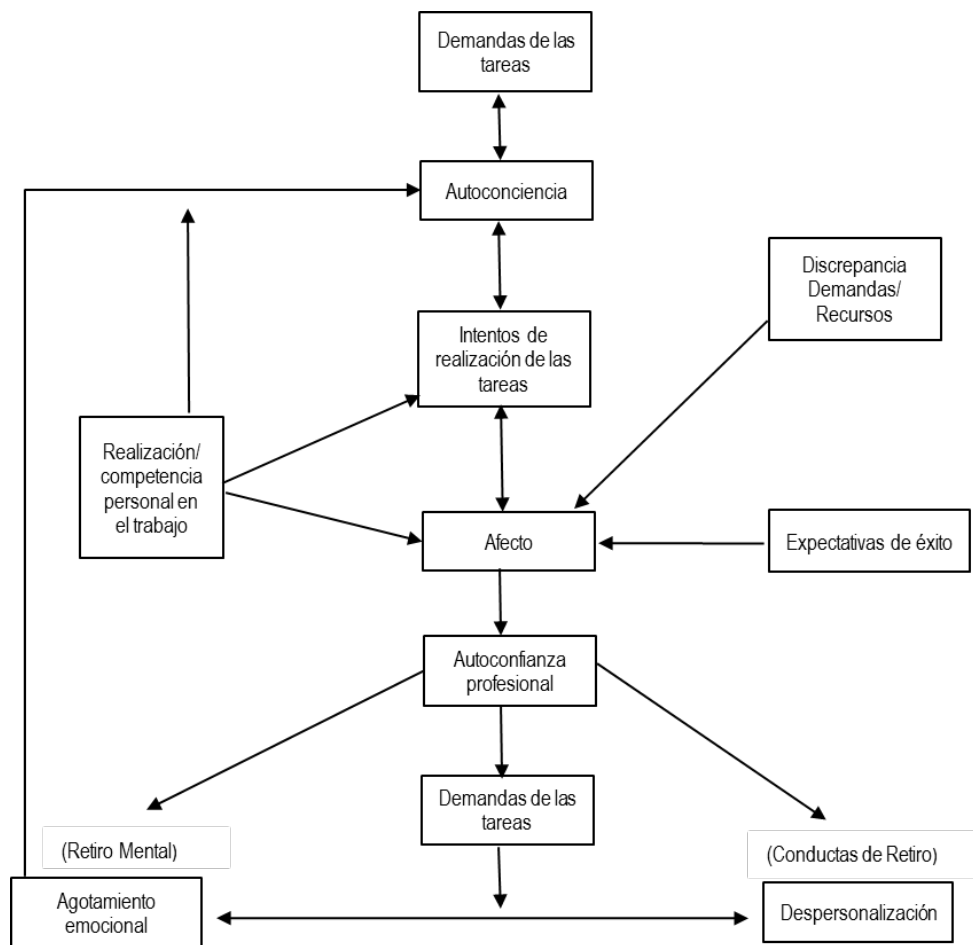


Figura 3. Modelo de autocontrol de Thompson y Cols. (1993) citado en Gil-Monte (1997).



4) Modelo elaborado de la teoría del intercambio social

Estos modelos parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales (Ramírez, 2008). Cuando los sujetos perciben que aportan más que lo que reciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo (Hernández, Terán, Navarrete y León, 2007).

Además, la relación entre las variables mencionadas y los sentimientos de quemarse por el trabajo, está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo y por la orientación en el intercambio.

5) Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo explica la etiología del Burnout para los profesionales de enfermería.

a) *Proceso de intercambio social con los pacientes:* Se identifican tres variables estresoras, la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que se da y lo que se recibe) y falta de control (posibilidad por parte del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborales). Para estos autores la enfermería es un trabajo que genera bastante incertidumbre y las expectativas de recompensa y equidad suele aparecer frustrada frecuentemente no resultando recompensante la interacción.

b) *Procesos de afiliación y comparación social con los compañeros:* Según estos autores los (as) enfermeros (as) en situaciones de estrés no buscan el apoyo social de sus compañeros por miedo a ser criticados, lo cual es contra productivo. Los autores destacan también que el proceso de afiliación social llevaría a situaciones de sentimientos de autoestima, los niveles de reactividad y por la orientación en el intercambio. Por último consideran que el Burnout tiene un doble componente: emocional despersonalización es una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional caracterizada por actitudes negativas. Los sentimientos de baja realización personal se caracterizan por una actitud negativa hacia sí mismo en relación



con el trabajo entendido como una estrategia de afrontamiento del agotamiento emocional, pero asociada a bajos niveles de autoestima (Gil-Monte et al., 1997).

6) *Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)*

Para estos autores el estrés surge cuando los sujetos perciben que lo que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los sujetos generando inseguridad sobre sus habilidades. Señala la importancia de las relaciones con los demás y sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de posibilidad de pérdida. Las estrategias de afrontamiento influyen en el síndrome de quemarse. Como esta teoría es de corte motivacional, emplea estrategias de carácter activo, disminuirá los sentimientos de quemarse porque conlleva ganancia de recursos. Señalan que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan desempeñar eficazmente el trabajo y cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos (Gil-Monte y Peiró, 1997).

7) *Modelos de la Teoría Organizacional*

Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Ponen énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización (estructura organizacional, clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc.) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse (Gil-Monte et al., 1997).

8) *Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)*

Para Cox, Kuk y Leiter, el síndrome de *Burnout* es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador (Gil-Monte y Peiró, 1997).



Señalan que la experiencia de agotamiento emocional es la dimensión central del síndrome de *Burnout*. Está teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Es hipotética que la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación entre estrés-síndrome de *Burnout*. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Asimismo, apuntan que la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997) (ver figura 4).

9) Modelo de Winnubst (1993)

Para este autor el *Burnout* es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido a la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral que se da en todos los trabajadores. Este modelo se centra en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social. Los diferentes tipos de estructura dan lugar a diferentes culturas organizacionales, por lo tanto hay diferencias en los antecedentes del síndrome de *Burnout*. La burocracia mecánica se caracteriza por la estandarización y formalización del trabajo, y el *Burnout* se da por el agotamiento emocional diario debido a la rutina y falta de control. La burocracia profesionalizada se caracteriza por la estandarización de habilidades y baja formalización; en estos casos el síndrome de quemarse se debe a la continua confrontación con los demás, originando disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- a) Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- b) Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- c) Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
- d) Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de quemarse por el trabajo (ver figura 5).

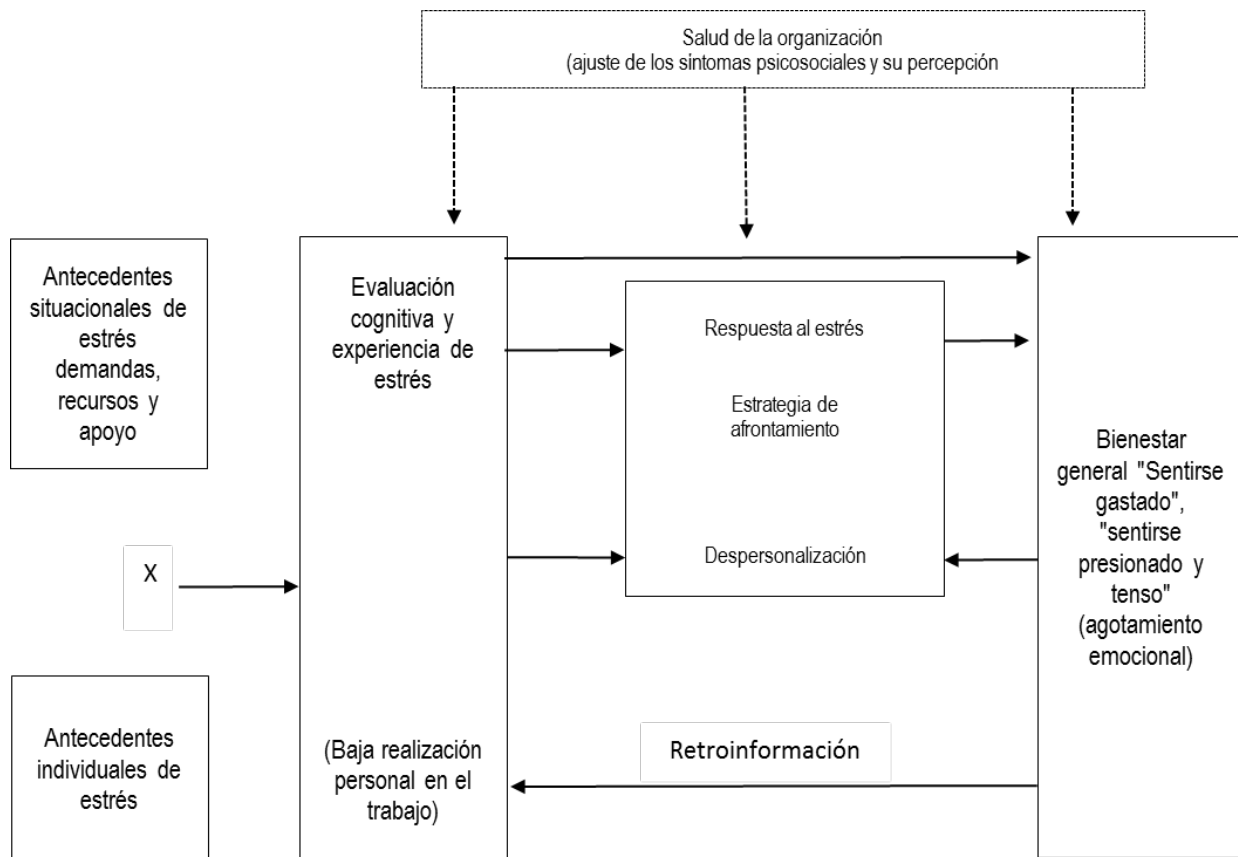


Figura 4. Adaptación del modelo transaccional de Cox, Kuk y Leiter (1993) en Gil-Monte (1997).

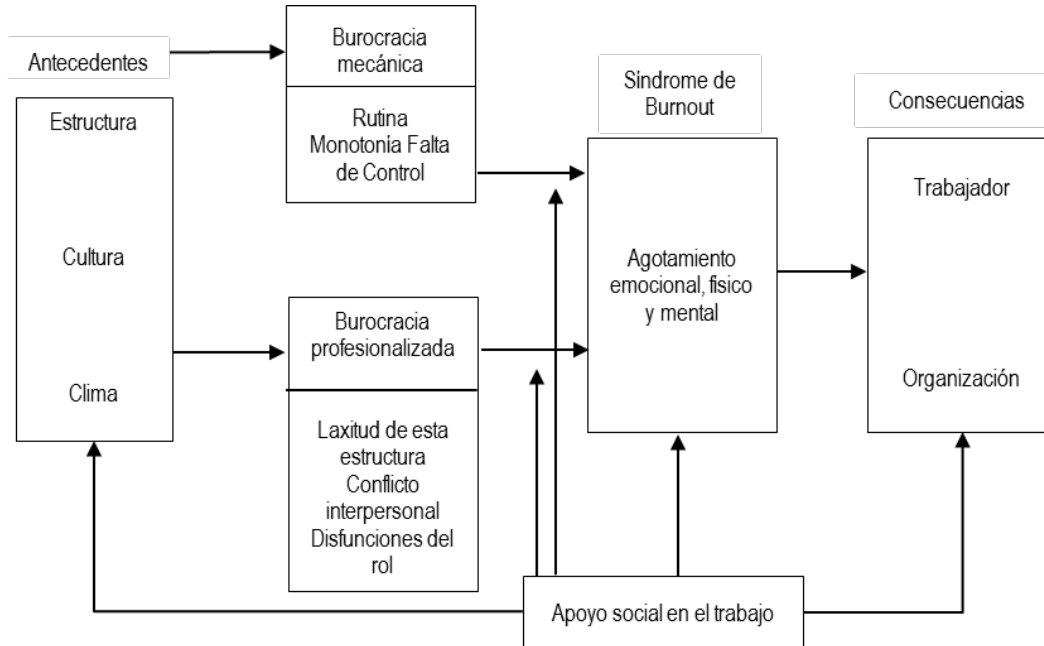


Figura 5. Modelo de Winnubst (1993) sobre el síndrome de quemarse por el trabajo.

10) Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural

Este modelo ha analizado tres líneas de investigación. La primera da importancia a las variables personales en la etiología del síndrome y enfatiza variables como los sentimientos de competencia, sentido existencial que se alcanza a través del trabajo y los niveles de autoconciencia del sujeto. La segunda hace hincapié en los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales; resalta la importancia que tiene la percepción de relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida. La tercera destaca la importancia de las variables del entorno laboral, en especial la disfunción del rol, los problemas derivados del tipo de estructura organizacional y el clima organizacional (Hernández, J. et al., 2007) (ver figura 6).

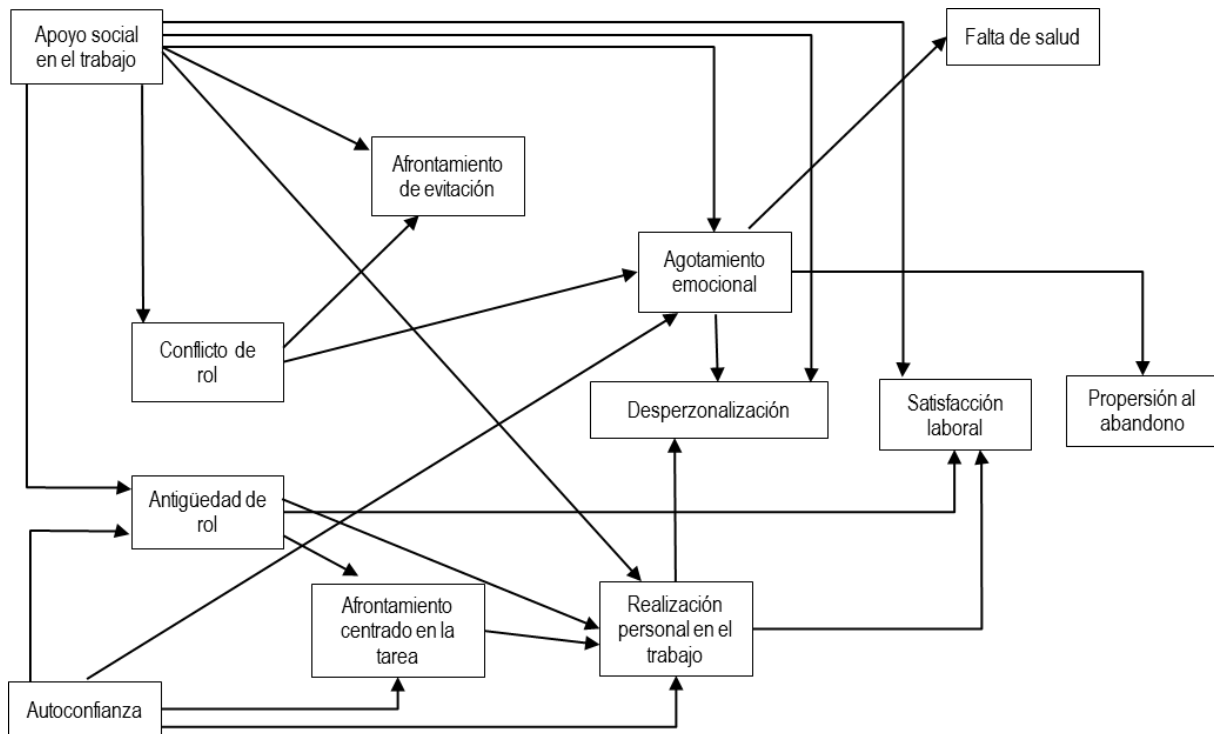


Figura 6. Modelo estructural elaborado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

En *Psicología para el docente*, El Sahili González menciona 4 modelos que pretenden explicar cómo se produce el Burnout enfocado en docentes.

- 1) El *modelo de descompensación valoración-tarea-demanda* representa uno de los primeros modelos teóricos para explicar el Burnout, propuesto por Kyriacou y Sutcliffe (1978), quienes consideran que se presenta cuando existe una descompensación entre la valoración del esfuerzo realizado con toda la gama de estrategias que tiene que realizar el docente a lo largo del día y la existencia de solicitudes laborales que exceden sus capacidades; los factores personales y organizacionales también influyen sobre dicho proceso (Sahili, 2010).
- 2) El *modelo sociológico*, creado por Woods, propone tres variables: micro (personalidad y profesionalización personal), media (instituciones educativas) y macro (política gubernamental y economía global). El capitalismo presiona para que se logre la eficiencia; las tareas de alto nivel se transforman en rutinas, lo que hace que el docente se vuelva más técnico que profesionalista; la escuela y las características de personalidad del docente se conjugan para dar por resultado el Burnout (Sahili, 2010).

- 3) El *modelo opresión-demografía*, propuesto por Maslach y Jackson (1981), considera que las características opresoras del trabajo, en combinación con las características sociodemográficas, son las causas principales del Burnout. Entre estas últimas, destaca la vivencia del estrés, la evaluación de los demás y la evaluación de sí mismo. Cabe destacar que este modelo es el más seguido en la actualidad (Sahili, 2010).
- 4) El *modelo demografía-personalidad-desilusión*, propuesto por El Sahili González (2010), incluye los factores sociodemográficos, que se conjugan con la presión emocional, el elevado involucramiento en las tareas, así como la demanda de atención, lo cual engloba el concepto de desgaste por estrés, en conjunto con la desilusión gradual sobre el entorno, todo lo cual genera una pérdida en el interés vocacional y una disminución de la energía.

3.6. PROCESO DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

No existe una causa precisa para la aparición de este Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout). Sin embargo se sabe que su curso se va desarrollando de forma continua y fluctúa en el tiempo, de manera que pueden aparecer fases más agudas y otras más leves, y en función de las medidas preventivas o de intervención que se realicen, los síntomas pueden ir agudizándose o por el contrario, estabilizarse o incluso decrecer (García y De Juan, 2006).

La pérdida de las expectativas laborales marca de forma importante el comienzo del proceso (Buendía y Ramos, 2001).

1) Proceso según Golembiewski, Muzenrider y Carter (1983)

Este inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, después los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

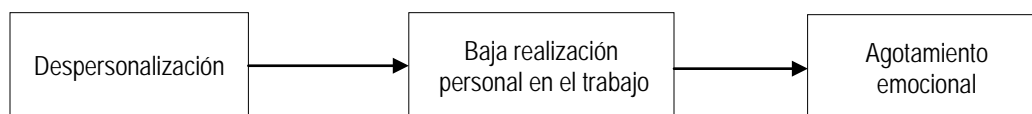


Figura 7. Proceso de Golembiewski, Muzenrider y Carter (Gil-Monte y Peiró, 1997).

2) Proceso según Leiter y Maslach (1988)

Según este modelo, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional sería la dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal. Según este autor, el agotamiento emocional sería lo que sentiría un trabajador con Burnout y por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias observables del Burnout como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc.) mediatizadas por la despersonalización (Gil-Monte et al., 1997).

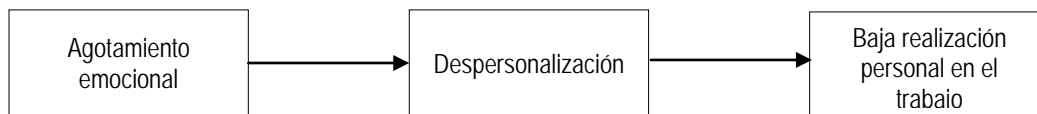


Figura 8. Proceso de Leiter y Maslach (1988), en Gil-Monte et al., 1997.

3) Leiter (1993)

Leiter mantiene que su modelo es perfectamente compatible con el desarrollo teórico sobre las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, señala que el agotamiento emocional sobrevive como respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico, desarrollan actitudes de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo, por el contrario, considera que los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte et al., 1997) (ver figura 9).

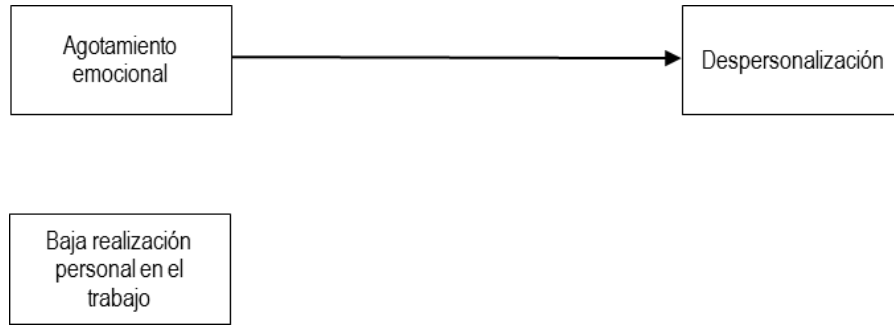


Figura 9. Proceso de Leiter (1993), en Gil-Monte et al., 1997.

4) Proceso de Lee y Ashforth (1993)

Aquí se subraya que la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa del agotamiento emocional. Pero plantean que los modelos de Leiter y Maslach y el de Golembiewski, Munzenrider y Carter coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y ven el Burnout como un proceso que se va desarrollando (Gil-Monte et al., 1997).

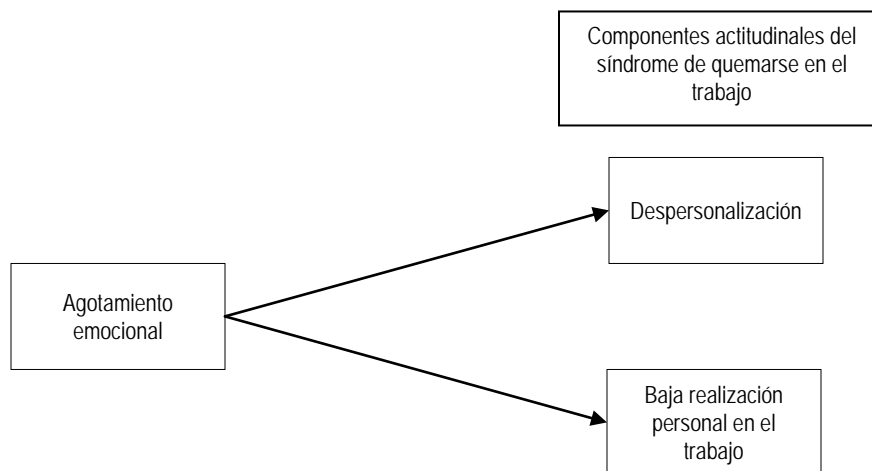


Figura 10. Proceso de Lee y Ashforth (1993), en Gil-Monte et al., 1997.

5) Proceso Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Para estos autores, el proceso de Burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997).

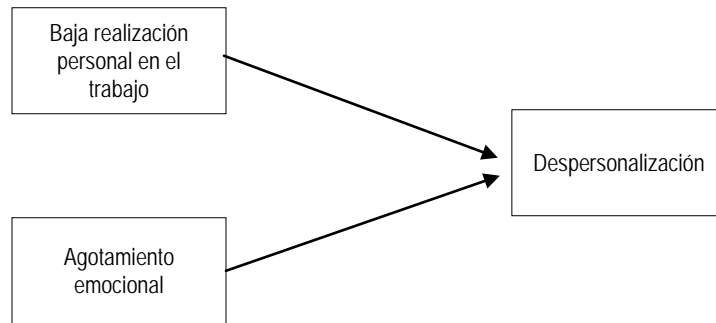


Figura 11. Proceso de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), citado en Gil-Monte et al., 1997.

Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de Burnout. Se identifican dos perfiles de Burnout, personas que sufran Burnout y no desarrollan sentimientos de culpa intensos, se pueden adaptar al entorno laboral; en cambio al Burnout cuando se agrega el sentimiento de culpa, el cual intensifica los síntomas, lo que lleva a una disminución en rendimiento laboral, ausentismo y provocando una baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización.

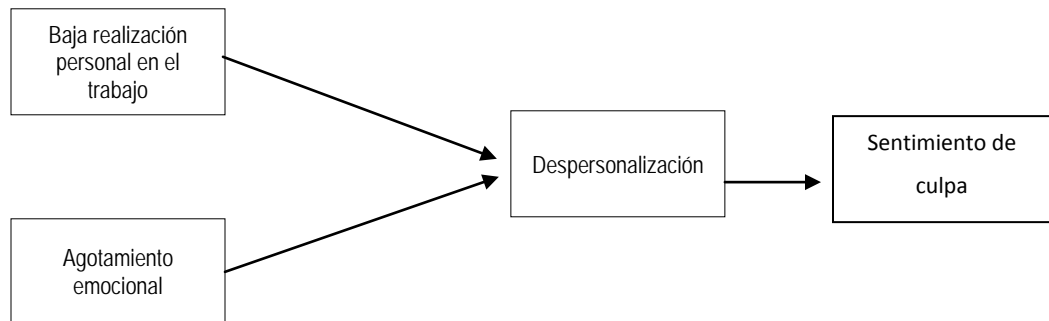


Figura 12. Proceso de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) incorporando el sentimiento de culpa; citado en Gil-Monte et al., 1997.



3.7. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL CUADRO DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Entre las consecuencias derivadas de este síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de eficiencia laboral y alteraciones leves de la vida familiar (García y De Juan, 2006) (ver tabla 4).

3.7.1. El proceso de contagio del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)

El Burnout puede transmitirse mediante un proceso de contagio emocional, pues los miembros de la organización pueden transmitir a sus compañeros emociones negativas (Harfield, Cacioppo y Raspón, 1994; citado en Pichardo y Retiz, 2007). El contagio emocional es la tendencia a imitar los aspectos verbales, fisiológicos y conductuales de la experiencia o de la expresión emocional de otra persona, y de esta manera expresar o sentir idénticas emociones de otros como resultado de procesos conscientes o inconscientes (por ejemplo apoyo social, emocional, empatía, imitación facial). Algunos estudios han obtenido evidencia empírica de que el contagio emocional influye en el desarrollo del Burnout, con muestras de maestros y profesionales de la salud (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld y Dierendonck, 2000; citado en Pichardo y Retiz, 2007).

Edelwich y Brodsky, en su obra *Burnout: stages of disillusionment in the helping*, distinguen cuatro fases en el desarrollo del Burnout (Bosqued, 2008):

- a. *Fase de entusiasmo o luna de miel.* Es el período del inicial apasionamiento en el que uno quiere dar cada día más de sí mismo. El trabajo parece estupendo, lo es todo, y la persona se encuentra plétórica de energía para afrontarlo, de manera que todo parece posible (Bosqued, 2008).
- b. *Estancamiento. El despertar.* Como ocurre con la luna de miel en otras situaciones de la vida, ésta no dura eternamente, y el trabajador aquí comienza a darse cuenta de que lo que había planeado en ese inicial período idílico no responde exactamente a la realidad. Se produce una percepción de que las recompensas personales, profesionales y materiales no son las que se esperaban. Es una fase positiva en el sentido de que es mucho más realista y objetiva que la anterior, en ese sentido hay que



llegar a ella en algún momento de la vida laboral. Pero puede devenir en negativa, cuando se comienza a deslizarse sin darse cuenta a la siguiente fase, empezando así el desgaste profesional (Bosqued, 2008).

- c. *Fase de frustración o el “tostamiento”*. El entusiasmo y energía, que ya van quedando lejanos, han troncado en una fatiga crónica e irritabilidad. Empiezan a aparecer repercusiones a nivel psicofisiológico: los patrones de sueño y alimentación cambian y es posible que se empiece a buscar satisfacción en conductas adictivas y de evasión como la bebida, las drogas, el sexo o las compras. Se ha perdido la motivación que justificaba la dedicación y el esfuerzo anterior. En el desempeño laboral, el individuo se vuelve indeciso y baja la productividad con el siguiente deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo (Bosqued, 2008).
- d. *Apatía. El Burnout ya instalado*. Si la anterior fase no es interrumpida por la acción del propio afectado o por otra persona de su entorno, el “tostamiento” va derivando hacia su Burnout propiamente dicho en un período de tiempo que oscila para cada persona, pudiendo ir desde algunos meses hasta años, siendo lo más común entre dos y cuatro años. El profesional experimenta un abrumador sentimiento de fracaso y una devastadora pérdida de autoestima y autoconfianza (Bosqued, 2008).

El Burnout en sus casos más graves llega a ser un proceso irreversible, en cuyo caso la única solución es el abandono de la profesión.



Tabla 4. Sintomatología asociada a situaciones de Burnout (García y De Juan, 2006).

<p>Manifestaciones Psíquicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso e impotencia ✓ Baja autoestima, pobre realización laboral ✓ Nerviosismo e inquietud ✓ Dificultades de concentración ✓ Baja tolerancia a la frustración ✓ Comportamiento agresivo, y en ocasiones paranoídes hacia los compañeros y la propia familia.
<p>Manifestaciones Físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefaleas ✓ Insomnio ✓ Algias osteomusculares ✓ Úlceras y otras alteraciones gastrointestinales ✓ Taquicardias ✓ Fatiga crónica
<p>Manifestaciones Emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distanciamiento afectivo, como forma de protegerse ✓ Aburrimiento y actitud cínica ✓ Impaciencia e irritabilidad ✓ Sentimiento de desorientación ✓ Sentimientos depresivos
<p>Manifestaciones Conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Predominio de conductas adictivas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.) ✓ Conductas de evitación (ausentismo laboral, abandono a la profesión) ✓ Incapacidad para vivir de forma relajada ✓ Comportamientos de alto riesgo ✓ Aumento de la irritabilidad y bajo rendimiento personal
<p>Manifestaciones en el ambiente laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decremento de la capacidad de trabajo ✓ Decremento de la calidad de los servicios que presta clientes/ usuarios ✓ Aumento de las interacciones hostiles ✓ Frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo ✓ Comunicaciones deficientes



3.8. INVESTIGACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Actualmente, se han llevado a cabo muchos estudios sobre Burnout en países como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Israel y España entre otros, con avances clínicos, teóricos, metodológicos y culturales realmente sorprendentes (Uribe, 2008).

Se estima que un 20% de los trabajadores europeos padecen del síndrome de Burnout.

Los estudios que se han realizado consisten en identificar la intensidad del síndrome y su correlación con diversos factores. Esto ha permitido que se generen algunas estrategias de intervención y prevención del síndrome (Vargas, 2008).

Es así como se han realizados diversos estudios en áreas como enfermería, doctores, cirujanos dentistas, cuidadores de pacientes, vigilantes de presos, docente, deportistas, psicólogos, etc. (ver tabla 5).

3.9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Un requisito indispensable de cualquier investigación es contar con un instrumento de medida que determine de manera objetiva lo expuesto en dicha investigación. Por lo que este Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional no queda exento de dicho requisito, incluso dada su dificultad de comprensión muestra la necesidad de un instrumento de medición válido y fiable que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e idealmente en diferentes países, siendo así varios los instrumentos creados para la evaluación del síndrome (Hernández, Terán, Navarrete y León, 2007).

El Burnout ha sido descrito en sus inicios por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto-informes y cuestionarios, recientemente estos métodos de evaluación han sido sustituidos por instrumentos de medición más confiables en términos de escalas para medir principalmente los tres factores de Leiter. Algunos de los instrumentos más conocidos son los siguientes:

**Tabla 5. Poblaciones, objeto de estudio del Burnout en investigaciones realizadas en España (Ortega y López, 2003; citado en Vargas, 2008).**

Profesionales de Enfermería	Caranna (1989); García (1990); Alvarez Gallego y Fernández (1991); Gómez, León, Durán, López, Carrasco y Moreno (1991); De la Fuente, García, Ortega y De la Fuente (1994); López (1996); Olmedo (1996); Atance (1997); Manzano (1997); González-Roma, Ripol, Caballer, Ferreres, Gil y Peiró (1997); Formes (1998); Garza et al. (1999); Carmona (2000); Manzano y Ramos (2000); Fernández (2000); Bujalance et al. (2001); Caballero et al. (2001); Gil-Monte (2001); Muñoz, Gómez, García, Bono y Pérez (2001a); Muñoz et al. (2001b).
Médicos de atención primaria y especial	García (1995); Atance (1997); Cebriá et al. (2001); Olmedo et al. (2001).
Médico de atención especializada	Caranna (1989); López (1996); Atance (1997); Caballero et al. (2001); Tello, Tolmos, Váñez y Vázquez (2002).
Cuidadores de pacientes geriátricos	Bujalance (2001); Menezes (2000).
Auxiliares de clínica	Montalbán, Durán y Bravo (2000); Carmona Sanz y Marín (2000); Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001); Muñoz, López, Fernández, Medina y Torrente (2001b).
Monitores de educación especial	Gil-Monte y Peiró (2000).
Profesionales de salud mental	Álvarez y Fernández (1991); Torrado, Fernández, Ríos y Martínez (1996); Olmedo, García y Morante (1998); García y Llor (2000); Olmedo et al. (2001).
Cirujanos Dentistas	Díaz, Lartigue y Acosta (2001).
Deportistas	Garcés (1995); Garcés, García y Martínez (1995).
Docentes	García (1995); Yela (1996); Aluja (1997); Quevedo et al. (1997), Gil Monte y Peiró (1999, 2000); Guerrero y Vicente (2001); Matud, De Aboma y Matud (2002).
Psicólogos	Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); García (1995); Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales (2006).
Administrativos y auxiliares administrativos	Lozano y Montalbán (1999).
Trabajadores centros ocupacionales	Gil-Monte y Peiró (1996).
Trabajadores Sociales	Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); García (1995).
Vigilantes de instituciones penitenciarias	Buendía y Riquelme (1995).
Voluntarios	Chacón y Vecina (1996); Chacón et al. (1999); Gil-Monte y Peiró (2000).



Hay otro tipo de cuestionarios que han sido empleados con poca frecuencia. Algunos de estos instrumentos han sido elaborados para estimar el síndrome exclusivamente en profesionales de servicios de ayuda. Por ejemplo, el “Teacher Burnout Scale” elaborado por Seiman y Zager (1987), se plantean que si bien el MBI es un instrumento adecuado para medir Burnout en profesiones de servicios humanos, no lo es para medir específicamente el Burnout en profesores. Midiendo 4 factores: satisfacción con la carrera, que correlaciona con reducida realización personal; afrontamiento del estrés relacionado con el trabajo, que correlaciona con agotamiento emocional; actitudes hacia los estudiantes correlacionada con despersonalización; finalmente percepción de apoyo por parte del supervisor (Garcés, López y García, 1997).

Por otro lado, Jones (1980) elabora “Staff Burnout Scale for Health Professionals” (SBS-HP) con la finalidad de medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional de forma clara en profesionales de la salud, integrado por 20 ítems en escala de likert, señala cuatro factores: insatisfacción laboral, tensión psicológica e interpersonal, efectos negativos del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Aunque la escala fue hecha para estimar el Síndrome de Desgaste Ocupacional en profesionales de la salud, algunos trabajos han modificado algunos de sus reactivos para ser empleada en la estimación del síndrome en otros profesionales de servicios de ayuda (Lozano, 2008; Vargas, 2008).

“Emner-Luck Burnout Scale” (ELBOS), los autores realizaron diversos estudios con este instrumento (Emener y Luck, 1980; Gohs, 1980; Emener, Luck y Gosh, 1982), consiguiendo aislar seis factores que configuraban la escala: Trabajo General, Sensaciones Relacionadas con el Trabajo y Consigo Mismo, Trabajo-Preparación del Ambiente, Negativas Respuestas de la persona dentro del Ambiente, Disonancia Autoconcepto frente al Autoconcepto de otros y Carrera/Alternativas del Trabajo (Garcés de los Fayos, 1995).

El creado por Pines, Aronson y Kafry (1981) es llamado “Tedium Measure” (TM), integrado por 21 ítems en escala tipo Likert, que mide cansancio emocional, físico y cogniciones. Un punto desfavorable de este instrumento es que no maneja el ámbito laboral de forma clara. Estos autores en un principio hicieron una distinción entre el tedio y el Síndrome de Desgaste Ocupacional, tomando en cuenta que aunque ambos constructos tienen una sintomatología similar su origen es diferente. Después estos autores mencionan, que el tedio es el resultado



de presiones físicas o psicológicas de carácter crónico, mientras el Síndrome de Desgaste Ocupacional es el resultado de una presión emocional de carácter crónico, que se relaciona con una intensa implicación con las personas a las que se atiendes (Pines y Aronso, 1981; citado por Lozano, 2008). Por tal motivo el TM cambio de nombre por el de “Burnout Measure” (BM), y el síndrome se puede desarrollar tanto en profesionales de la salud como en otro tipo de profesionales (Gil-Monte y Peiró, 1997; en Lozano, 2008; Vargas, 2008).

El instrumento más común entre los investigadores es el “**Maslach Burnout Inventory**” (MBI), el cual fue elaborado por Maslach y Jackson (1981 y 1986). Con lo cual casi se podría asegurar que después de su elaboración, se normaliza el concepto de Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), el cual lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997; citado por Lozano, 2008). Este instrumento está compuesto de 22 ítems en forma de afirmaciones que tratan sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los receptores de su servicio. Para este instrumento el Síndrome del Burnout es una variable continua que se puede presentar en diferentes niveles (Vargas, 2008).

Comprende tres dimensiones:

- 1) Desgaste emocional: se refiere al agotamiento o empobrecimiento de los recursos emocionales.
- 2) Despersonalización: puntos del desarrollo negativo, callado, indiferente y actitud cínica (deshumanizada) hacia los que reciben el servicio (público).
- 3) Pérdida de realización personal: es la tendencia de evaluar negativamente el trabajo; estas creencias son de objetivos no alcanzados, los cuales son acompañados de sentimientos de insuficiencia y pobre autoestima profesional (Firt-Cozens y Payne, 1999).

Existen tres versiones del MBI (Schaufeli y Buunk, 2004; Vargas, 2008):

- 1) El MBI-Human Services Survey (MBS-HSS): (servicios humanos) está orientado a los profesionales de la salud y es el que originalmente desarrollaron las autoras con las tres dimensiones anteriormente señaladas.



2) MBI-Educators Survey (MBI-ES): se dirige a los profesionales educativos, en lugar de manejar el concepto paciente se emplea alumno.

3) MBI-General Survey (MBI-GS): es global ya que no es único para profesiones dedicadas a trabajar con personas.

Actualmente es el indicador del Síndrome de Desgaste Ocupacional en profesionales de servicio asistencial y el más usado en estudios con individuos que se dedican “al trabajo con personas” (Pines y Aronson, 1988; en Lozano, 2008).

Faber (1984) desarrolló un instrumento de 65 ítems el “Teacher Burnout Attitude”, el cual es una versión modificada del MBI. En este instrumento se describen situaciones frecuentes de satisfacción o de estrés laboral en la docencia (Gil-Monte y Peiró, 1997 en Lozano, 2008).

Meier (1984) empleo el “Meier Burnout Assesment” (MBA), el cual está conformado por 27 ítems, de formato verdadero-falso, con una muestra de 120 estudiantes; fue validado con las siguientes variables: proceso de aprendizaje, autoestima, cristalización del autoconcepto vocacional y búsqueda de emociones. Sin embargo estos autores entienden el síndrome como la existencia de bajas expectativas de recompensa laboral, acompañado por agotamiento físico y emocional (Lozano, 2008; Sánchez, I., 2010).

El instrumento “The Gillespie-Numerof Burnout Inventory” (GNBI), diseñado en 1984 por Gillespie y Numerof, este instrumento está compuesto de 10 ítem basados en sentimientos hacia el trabajo. No se le ha correlacionado con el MBI (Vargas, 2008).

“Burnout Scale” (BS) de Kremer y Hofman (1985) no es realmente un intento de desarrollar un instrumento de medida del Burnout, más bien es las consecuencias de estudiar el Burnout en una investigación más amplia. En este sentido, los autores crean cinco ítems que a modo de autoinforme se incluyen en un instrumento más ambicioso que mide otros constructos (Garcés de los Fayos, 1995).

“Energy Depletion Index”, realizado por Garden (1987) tampoco es un intento de desarrollar un instrumento de medida del Burnout, sino que se trata de una escala para valorar la dimensión de agotamiento emocional de Maslach y Jackson (1981). Esta escala mide energía o agotamiento (Garcés de los Fayos, 1995).



A su vez Matthews (1990) realizó un estudio comparativo entre diversos profesionales (médicos, enfermeras, maestros, trabajadores sociales, personal de banca, directivos, etc.), utilizando el “Matthews Burnout Scale for Employees” (MBSE) con la finalidad de calcular los niveles de estrés existentes. El instrumento está compuesto por 50 ítems que muestran al síndrome como un constructo unidimensional, el cual lo integran aspectos conductuales, cognitivos, afectivos y psicosomáticos (Lozano, 2008).

“Escala de Variables Predictoras del Burnout” (EVPB), los autores Avenu y Albani (1992); no es un instrumento propio de Burnout, ya que surge como predictor de las variables del Burnout. Ya que deben tener correlación con las encontradas en otros dos constructos: ansiedad y depresión (Garcés de los Fayos, 1995).

“Cuestionario de Burnout del Profesorado” (CBP), fue presentado aún en su fase experimental por Moreno y Oliver (1993), es consecuencia del planteamiento teórico que los autores habían mantenido años antes. Así, Fernández, Mayo, Oliver, Aragoneses y Moreno (1990) habían encontrado que la escala de despersonalización no aparecía suficientemente descriptiva, ni con una clara independencia estadística. Como consecuencia de estos estudios previos, Moreno y Oliver (1993) se proponen mejorar esta dimensión construyendo una escala exclusiva de despersonalización, la cual se compone de 16 ítems que corresponden a los siguientes descriptores: culpabilidad del usuario, asilamiento, distancia interpersonal, endurecimiento emocional, autodefensa deshumanizada, cambio negativo en las actitudes hacia los usuarios e irritabilidad con los usuarios. Al mismo tiempo se crea el “Cuestionario Breve de Burnout” (CBB) con 21 ítems y siete escalas: cansancio emocional, despersonalización, reducida realización personal, tedio, clima organizacional, características de la tarea y repercusiones del Burnout en la vida del sujeto (Moreno, Bustos, Matallana y Miralles, 1996; citado por Garcés de los Fayos, 1995).

“Holland Burnout Assessment Survey” (HBAS), fue presentando por Hollan y Michael (1993), intentaban comprobar la validez del cuestionario, está dirigido a profesores; se compone de 18 ítems con cinco opciones de respuesta, tiene cuatro factores: percepción positiva de la enseñanza, compromiso con la enseñanza, apoyo de los supervisores y conocimiento del



Burnout. De ahí que los autores lo contrasten con la versión MBI-ES (MBI-Educators Survey) (Garcés de los Fayos, 1995).

García (1995) elaboró el instrumento “Efectos psíquicos del Burnout” (EPB), para medir el Burnout en el entorno sociocultural. La componen 12 ítem en escala de Likert (Vargas, 2008). “Escala de Burnout de Colegios”, Friedman (1995) presenta un instrumento para evaluar el Burnout en directores de escuela, adaptando el MBI; obteniendo así: agotamiento (tanto físico como emocional), reserva (es el distanciamiento que el profesor establece con los problemas cotidianos) y desprecio (enfocada hacia otros profesores, estudiantes y padres) (Garcés de los Fayos, 1995).

Shirom y Melamed (2006), estudiaron ciertos aspectos de la validez de la estructura del MBI-General (MBI-GS), el instrumento de estos autores “Shirom-Melamed Burnout Medida” (SMBM), encontraron que su instrumento era más confiable que el de Maslach (Sánchez, I., 2010).

En el 2002, Benavides, Moreno- Jiménez, Garrosa y González construyen el “Inventario de Burnout en Psicólogos” (IBP), compuesto de 30 ítems, distribuidos al igual que el MBI, en tres escalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los ítems son tipo Likert con siete categorías de respuestas, desde “nunca”, que tiene valor 0, hasta “todos los días”, con valor 6. Todos los ítems están elaborados de forma tal que pueden ser aplicados en las diferentes áreas de la práctica profesional de la psicología: educativa, organizacional, clínica y demás (Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006).

“Cyberia Shink” es un instrumento propuesto por la autora del mismo nombre; identifica el desgaste emocional, la pérdida de interés en el trabajo, el proceso de despersonalización y el agotamiento en general; consta de 35 ítems con respuesta de 3 opciones que exploran la situación actual de la persona (Vargas, 2008).

“Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Burnout” (CESQT): por Gil-Monte (2005), está diseñado para evaluar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y en profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad. El instrumento está formado por 21 ítems que se valoran con una escala tipo Likert, y mediante esta escala el individuo indica con un rango de 5 adverbios que van de “Nunca (0) a Todos los días (4)”, con qué frecuencia



experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Su estructura está formada por cuatro rubros: Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa (Pichardo, A., 2008).

“Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional” (EMEDO). En México se tuvo la necesidad de hacer investigación original en el campo de la salud ocupacional, un grupo de psicólogos de la UNAM (Uribe-Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano) se dieron a la tarea de desarrollar el primer instrumento de medición del Burnout para mexicanos, el cual después de realizar redes semánticas naturales y lluvia de ideas en grupo focales llegaron a la conclusión de que para México el nombre adecuado para el instrumento sería el de “Desgaste Ocupacional”. El instrumento se construyó en 2 etapas: la primera de construcción y desarrollo en forma exploratoria y la segunda de confirmación y validez; se aplicó a una muestra de 523 sujetos con 130 reactivos, de los cuales quedaron 105 con un nivel de confiabilidad del 89% (Uribe, 2008).

Se utilizaron los conceptos desarrollados por Maslach y Jackson (1981 y 1982) y por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para definir las tres dimensiones o factores del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout):

- 1) *Agotamiento (cansancio emocional):* pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos, clientes, etc.).
- 2) *Despersonalización:* se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, presos, etc.). puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas, por ejemplo, el enfermo bien se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto detestable, el preso es un delincuente que merece su condena, el alumno merece ser reprobado, etc.



3) *Insatisfacción de logro (falta de realización personal)*: son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

También fue utilizado el DSM-IV-TR de López-Ibor y Valdés (2002) para definir un cuarto factor llamado psicósomático, el cual dio lugar a la medición de algunos trastornos somatomorfos (Uribe, 2008; Bonilla y Santamaria, 2010), son los siguientes:

1) *Sueño*: se divide en disomnia y parasomnias. Las disomnias, son condiciones psicógenas, en las que las alteraciones afectan la cantidad, la calidad o secuencia temporal del sueño, las disomnias comprenden el insomnio, la hipersomnia y alteraciones del patrón vigilia-sueño. Sin embargo las parasomnias son acontecimientos episódicos anormales que ocurren durante el sueño.

2) *Psicosexuales*: comprende el trastorno del deseo sexual (trastorno por aversión al sexo), trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastorno del orgasmo (disfunción orgásmica femenina y disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo).

3) *Gastrointestinales*: se presentan náuseas, distensión abdominal vómitos no durante el embarazo, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos.

4) *Psiconeurótico*: hay un déficit que sugiere una condición neurológica, no limitada al dolor, hay síntomas de conversión que se refiere a la presencia de uno o más síntomas neurológicos, como el deterioro de la coordinación o del equilibrio, la pérdida de la sensación de dolor o de tacto, sordera, parálisis, debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, retención urinaria, alucinaciones, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta al desmayo, ceguera, etc.

5) *Dolor*: se presenta dolor en uno o más lugares anatómicos. El dolor causa un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento social, laboral u otras áreas.

6) *Indicador Ansiedad*: ansiedad excesiva y preocupación por una serie de eventos, que están presentes casi todos los días la mayor parte del día. Hay una dificultad para controlar



sus preocupaciones, las cuales se deben de acompañar por lo menos de tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, sensación de estar al límite, tensión muscular elevada, dificultades para dormir (insomnio inicial). Durante las crisis de angustia (panic attacks) se pueden presentar taquicardia transitoria y elevación moderada de la tensión arterial sistólica.

7) *Indicador Depresión*: su principal característica es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos con este trastorno describen su estado de ánimo, triste y desanimado. Presentan una pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, una baja autoestima, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de interés y aumento de la autocrítica.

Otros instrumentos: Teacher Stress Inventory (TSI) de Schultz y Long (1988); Stress Profile for Teachers (SPT) de Klas, Kendail y Kennedy (1985); Escalas de Evaluación de Estrés, Satisfacción Laboral y Apoyo Social (EESSA) de Reig y Caruana (1987); Rome Burnout Inventory (RBI) de DellÉrba, Venturi, Rizzo, Porcus y Pancheri, 1994; Venturi, DellÉrba y Rizzo (1994) (Garcés de los Fayos, 1995; Espinosa y Quintana; 2010).

Existe una gama muy extensa de instrumentos para evaluar el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), sin embargo solo cubre las necesidades de los países en los que fueron creados (Lozano, 2008). Algo que vale la pena destacar, es que algunos autores mencionan que el síndrome de Burnout es un problema generalizado en múltiples profesiones incluyendo a estudiantes (Buendia y Ramos, 2001; Pines y Aronson, 1988; en Ovejero 2006).



3.10. MÉXICO Y EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

En estudios empíricos en México sobre el desgaste profesional (ocupacional) que pueden destacarse se encuentran:

Juárez (2007), se enfocó en analizar factores psicosociales como predictores del síndrome de Burnout y entusiasmo laboral en enfermeras de un hospital público en la Ciudad de México (Mendoza, López y Arias, 2008).

Arias y Fernández (2008), estudiaron este síndrome en factores organizacionales en el ámbito laboral en personal de enfermería. Dando como resultado insatisfacción con la vida y desgaste emocional relacionados con el poco compromiso de la organización, resaltada por la antigüedad en la institución (Mendoza, Arias y López, 2008).

Arias y González (2008), estudiaron el agotamiento profesional (síndrome de Burnout) en personal de educación.

Mendoza, Arias y López (2008) estudiaron sobre factores sociodemográficos y organizacionales en una institución pública de salud, desde el modelo de Maslach, donde encontraron cansancio emocional, despersonalización e insatisfacción laboral.

Uribe Felipe (2006) desarrolló la primera Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional en la Ciudad de México en los sectores público y privado, agregando los constructos propuestos por Maslach y Jackson (1981 y 1982), agregando dos factores: sociodemográficos y trastornos psicosomáticos.

En un noticiero se presentó una investigación en México mostrando que cada vez es más frecuente el número de personas que padecen el síndrome de Burnout o estar quemado.

Según Guadalupe Aguilar (2008) investigadora de IMSS, comenta como primera evidencia el cansancio, la depresión, trastornos del sueño, cambios de apetito, irritables. Arrojan también que quienes más lo presentan son médicos, enfermeras, policías, profesores, estudiantes y todas aquellas profesiones que tienen que ver con el servicio a otras personas (Rivera, 2008).

La tabla 6 muestra ejemplos de investigaciones en México.



Tabla 6. Investigaciones de Burnout en México.

Médicos especialista	Palmer, Gómez, Cabrera, Prince y Searcy (2005); Beltrán, Pando, Torres, Salazar y Aldrete (2006); Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez (2004); Aranda, et al. (2005); Paredes O y Sanabria P. (2008); Hernández y Dickinson (2006).
Enfermería	Palmer, Prince, Searcy y Compean (2007); Tapia, Ávalos, César, Franco, Gómez y Rodríguez (2009); López y López (2005).
Profesores	Barraza (2007); Pando, Torres, Gómez, Marín, Ocampo y Navarrete (2006); Arias y González (2009); Aldrete, Preciado, Franco, Pérez y Aranda (2008); Sandoval, Rojas y Ignacio (2006), Camacho y Arias (2006).
Administrativos	Hernández y Dickson (2006); Cabrera, Ruíz, González, Vega y Valdez (2009); Hernández, Juárez, Arias y Dickinson (2008).
Psicólogos	Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales (2006); Ortiz y Ortega (2008); Godeleva y Ortega (2008).
Estudiantes	Camacho, Juárez y Galicia (2010).
Cirujanos Dentistas	Díaz, Lartigue y Acosta (2001); Díaz (2006); Hernández, Monroy, Rivera, Rojas y Sánchez (2007); Díaz, Pérez y Lartigue (2006).

Entre muchos otros; sin embargo aún no es tomado en cuenta en las leyes mexicanas como un padecimiento laboral, sino como una condición, que es difícil detectar y se confunde, como ya se había visto en temas anteriores con algún otro padecimiento, pero es importante destacar que hay que tener la preparación para poder identificarlo.

No hay evidencia que indique que tan grave es el problema, casi siempre se confunde con depresión- comenta Zamora (2008) psiquiatra del IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social) (Rivera, 2008).

En este mismo artículo mencionan que las mujeres son quienes más sufren este síndrome de estrés laboral, sobre todo las mayores de 44 años, divorciadas, solteras y con hijos.



En México, las investigaciones que sean realizado han sido en el campo relacionado al estrés en general (Del Pino, 2005; Gutiérrez, 2000; Gutiérrez y Contreras 2002; citado por Uribe, 2008).

Uribe (2008) menciona investigaciones que se han realizado con problemas en el trabajo y los riesgos a partir de adicciones al tabaco, alcohol y otro tipo de drogas en personal del sector salud.

Mireles, Pando y Aranda, (2002); Murphy, Beaton, Pike y Cain (1994) mencionan en el estrés laboral o en el Burnout no siempre se manifiesta de la misma manera en todos los grupos. En algunas ocasiones puede ser satisfacción por el trabajo, estrés organizacional y actitudes negativas hacia la persona que se tiene contacto, en otras ocasiones tenemos fatiga física, emocional, sentimientos de desesperanza, culpa de no sentirse adecuado para el trabajo, cinismo, indiferencia y resignación; labores monótonas y continuas también son presas de causar estrés (Uribe, 2008).

El Dr. Felipe Uribe (2006, 31 de diciembre) considera el síndrome de desgaste ocupacional como la plaga del siglo XXI, pues las estadísticas de muerte revelan que el estrés por trabajo provoca ataques cardíacos, afecciones cerebrales o infecciones en las vías respiratorias. Apuntando así como reto de los psicólogos el diagnosticar e identificar a tiempo este mal, que trae consigo un gasto enorme tanto a las empresas, como a los países. Se han encontrado variables no solo organizacionales, sino también familiares, económicas o políticas (NOTIMEX, 2006, 31 de diciembre). Disponible en red:

(<http://defecito.com/2006/12/31/advierte-especialista-que-el-estres-laboral-puede-provocar-la-muerte/>).

Hasta el momento no existen estudios que proporcionen información, solo estimaciones poblacionales sobre la prevalencia del Burnout. Los estudios existentes ofrecen información sobre grupos específicos de profesionales (Uribe, 2008). Sin embargo ya se comienza a hablar del mismo como en la revista del consumidor (16 marzo, 2009), en la misma gaceta de la UNAM (Olvera, 3 de febrero, 2009) dónde el profesor Felipe Uribe Prado menciona que los más proclives son los hombres y la población joven; que en la actualidad casi cualquier actividad produce estrés, la falta de indicaciones y estabilidad, los recortes de personal, las



presiones financieras, del sindicato, de los empleados, de los clientes y la rotación de turnos, entre otros, son factores que afectan la esfera biológica, psicológica y social; como también en la revista de *psychologies* (febrero, 2010).

En la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2009, encontramos los siguientes datos de los trastornos más frecuentes, se encuentran la ansiedad con un 14.3%, seguidos del uso de sustancias con un 9.2% y los trastornos afectivos 9.1%.

Resumen

Observamos en el capítulo 3, las definiciones del Síndrome Desgaste Ocupacional (Burnout), así como su historia y la diferencia que existen con otros conceptos, ya que comúnmente no identificamos adecuadamente el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout); existen factores que pueden destacar este síndrome entre ellos están los socioculturales, individuales, organizacionales y de interacción humana desarrollando en esta investigación cada uno de ellos. También se muestran los diferentes modelos, que explican cómo se desarrolla el Síndrome de Desgaste Ocupacional así como su proceso; finalmente se mencionan las investigaciones relacionadas con este síndrome en diferentes países, así como la forma de evaluación y las investigaciones realizadas en México.

Es importante destacar que el síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional, es un mal que afecta directamente a la población de nuestros días, analizando en cada uno de los capítulos anteriores que existen factores que afecta a la persona, pero que estos están en interacción constante y que dependerá de cada individuo, pues como se sabe somos seres únicos e irrepetibles, de esta manera queda ratificado que lo que puede afectar a uno, puede no hacerlo con otros y viceversa.

Es difícil identificar si no se tienen los elementos necesarios para hacerlo, por lo que una vez más para esta investigación puntualizamos que deben contar con tres características primordiales: agotamiento, despersonalización e insatisfacción, así como la interacción de trastornos psicosomáticos, para poder ser diagnosticado como síndrome de Burnout.

En psicología y sobre todo en México hace falta mayor difusión al respecto de este síndrome, aunque se están haciendo foros y congresos relacionados con la salud ocupacional, falta que la comunidad con que se tiene el primer contacto comience a conocerla y saber que herramientas aportarle con el fin de mejorar su calidad de vida.



Método



JUSTIFICACIÓN

Actualmente la gran competitividad e inseguridad laboral, así como las demandas del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo vertiginoso, que puede generar angustia, agotamiento mental, físico y psicológico, estos factores son un riesgo para la salud de los individuos del nuevo milenio (Apiquian, 2007).

Existen investigaciones como la de Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez (2004) que enfatizan la problemática que atraviesan las organizaciones con respecto a sus trabajadores, principalmente por las condiciones económicas en las que se encuentra la población a nivel mundial a partir de la crisis económica que se está atravesando, la cual provoca mucha incertidumbre a los trabajadores, y a los propios empresarios (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004). Los cambios tan acelerados en el mercado de trabajo han puesto exigencias laborales cada vez más incompatibles con el ser humano y sus capacidades psicofísicas (Uribe, 2008); lo que provoca malestares psicofísicos en los trabajadores; desarrollando lo que es llamado “Síndrome de Burnout” o como se conceptualizó en México “Desgaste Ocupacional”. Este síndrome tiene como características generales el agotamiento, la despersonalización, insatisfacción de logro así como variables psicosomáticas en el individuo que se encuentra en un ámbito laboral (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004).

Por tanto esta investigación surge de una necesidad de contribuir a evidenciar la presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout); así como su relación con los factores Psicosomáticos y Sociodemográficos.

El conocer estos elementos asociados al Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), nos permite establecer alternativas de prevención y contrarrestar este síndrome para el personal que ya lo tiene a nivel organizacional obteniendo así una mejor calidad de vida y evitar, ausentismo, rotación y disminución de la productividad.

Es necesario tomar en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar la eficacia de una determinada organización (Gómez, 2007), pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización y principalmente con los trabajadores. Generando conciencia en las



organizaciones en cuanto a invertir en los recursos humanos, en su formación y salud laboral, se dará cuenta de que es una ganancia a futuro. Una organización sana puede anticiparse y enfrentarse a los cambios, es competitiva y eficaz.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de esta investigación son:

Objetivo General:

- ✓ Detectar la presencia y el nivel de Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) en personas que trabajan en una empresa mexicana con giro de servicio-entretenimiento.

Objetivo Específico:

- ✓ Identificar qué factores sociodemográficos y psicosomáticos se asocian con el Síndrome de Desgaste Ocupacional.
- ✓ Determinar que grupos son los vulnerables en función de factores sociodemográficos y psicosomáticos de padecer Síndrome de Desgaste Ocupacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pretenderá conocer la posible relación entre los factores psicosomáticos y sociodemográficos con el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout).

Para buscar en qué grado el Síndrome de Desgaste Ocupacional es un factor de influencia en el desarrollo de los factores psicosomáticos, así como su relación con los factores sociodemográficos; con el fin de anticipar y contrarrestar el mismo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)?

¿Qué nivel predomina del Síndrome de Desgaste Ocupacional en el personal de la empresa mexicana con giro de servicio-entretenimiento?

¿Qué factores sociodemográficos y psicosomáticos influyen en la presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional?



HIPÓTESIS

1) H1 Existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional y los factores psicosomáticos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento.

H0 No existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional y los factores psicosomáticos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento.

2) H1 Existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional y los factores sociodemográficos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento.

H0 No existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional y los factores sociodemográficos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento.

VARIABLES:

Las variables que se considerarán en la presente investigación serán de tipo clasificatorio: Síndrome de Desgaste Ocupacional, factores Psicosomáticos y factores Sociodemográficos.

- Variable Dependiente clasificatoria: *Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)*
- Variable Independiente clasificatoria: *factores Sociodemográficos y factores Psicosomáticos.*

Definición conceptual de las variables:

Variable Dependiente:

Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout): de acuerdo a Gil Monte (2005) citado en Mendoza, Arias y López (2008), define el desgaste ocupacional como: “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”.



Variable Independiente Clasificatoria:

Variables Psicosomáticas:

Esta variable forma el cuarto factor del instrumento Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). En base al CIE 10 este trastorno es la existencia de síntomas recurrentes y con frecuencia variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prologando camino a través de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistemas corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.), quejas menstruales y sexuales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencia duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar.

El diagnóstico de DSM-IV lo establece como el trastorno de somatización o somatoforme (llamada antiguamente "histeria") es un diagnóstico psiquiátrico aplicado a pacientes quienes se quejan crónica y persistentemente de varios síntomas físicos que no tienen un origen físico identificable. Una explicación etiológica común es que conflictos psicológicos internos son expresados como signos físicos. Los pacientes con desorden de somatización por lo general visitarán muchos doctores intentando obtener el tratamiento que imaginan necesitar.

El desorden de somatización es un trastorno somatoforme. El DSM-IV establece los siguientes cinco criterios para este trastorno: Una historia de síntomas somáticos antes de la edad de 30 años:

- Dolor en por lo menos cuatro diferentes partes del cuerpo;
- Dos problemas gastrointestinales, que no sean dolor, como por ejemplo vómito o diarrea;



- Un síntoma sexual, tal como falta de interés o disfunción eréctil;
- Un síntoma psiconeurológico similar a aquellos vistos en el trastorno de conversión, tales como desmayo o ceguera.

Tales síntomas no pueden relacionarse a condición médica alguna. No todos los síntomas pueden ocurrir en el curso del trastorno. Si una condición médica está presente, entonces los síntomas deben ser lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico separado. Una misma queja no puede ser contabilizado como dos síntomas (ejemplo: si un paciente se queja de dolor al tener relaciones, no puede considerarse como un síntoma de dolor y un síntoma sexual por separado). Finalmente, los síntomas no pueden ser simulados para ganar atención u otra clase de ganancia por enfermedad, y no pueden ser inducidos deliberadamente.

Variables Sociodemográficas:

Agrupación de las características de la muestra conformadas por los datos:

Educativos: Conjunto de características que poseen los individuos con respecto a su situación educativa.

Laborales: Características relacionadas con el ámbito laboral del individuo.

Calidad de Vida: Conjunto de características relacionadas con el bienestar y satisfacción del individuo, que le permite un funcionamiento positivo de su vida (Zúñiga, 2008).

Definición operacional de las variables:

Variable Dependiente

Síndrome de Burnout:

Puntaje que será emitido por cada uno de los empleados en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), que mide factor de cansancio emocional (agotamiento), despersonalización, falta de realización personal (insatisfacción) así como factores psicosomáticos.



Variable Independiente

Psicosomáticas: Puntaje que será expuesto en la prueba de la escala EMEDO en la dimensión psicossomático, entre los factores que se puntúan se encuentran: Sueño, Psicosexuales, Gastrointestinales, Psiconeurótico, Dolor, Indicador de Ansiedad e Indicador de Depresión. Por los sujetos de las empresa privada mexicana.

Sociodemográficos: Respuestas que serán formuladas en el cuestionario sociodemográficos que se les aplicará a los trabajadores de una empresa privada con giro de servicio-entretención, entre las que se encuentra: edad, género, escolaridad, estado civil, años de pareja, hijos y número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, contacto con usuarios, otros trabajos, actividades diarias, número de horas laborales, antigüedad laboral, años trabajados, número de trabajos a lo largo de su vida, número de ascensos, ingreso mensual, tipo de organización, tipo de contrato, personal a cargo, ingesta de medicamentos, accidentes, intervención quirúrgica, consumo de cigarro y número de cigarros, ingesta de alcohol, consumo de drogas, horas libres y actividad física.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, porque a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional se conocerá el nivel del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) en los trabajadores de una empresa privada. Además de ser de tipo correlacional porque se quiere conocer la relación entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y los factores Sociodemográficos y Psicossomáticos.

DISEÑO

Fue un diseño no experimental ya que no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos (Kerlinger y Lee, 2002). Transversal, ya que se recolectarán datos en un solo momento en un tiempo único, donde su propósito será describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2009).



SUJETOS

La muestra fue conformada por 120 trabajadores que estaban laborando en la empresa privada mexicana con giro de servicio-entretenimiento.

Sujetos tipo, porque son específicos, se solicitó la colaboración de los trabajadores de la empresa privada con nivel operativo en la Cd. de México.

MUESTRA

No Probabilística e intencional; ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra, limitando así muestras a estos casos (Hernández, Fernández y Baptista, 2009; Christense, 2005).

INSTRUMENTO

Se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), para medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) para la población mexicana. Este instrumento fue realizado por un grupo de psicólogos de la UNAM encabezado por el doctor Jesús Felipe Uribe Prado; utilizando conceptos desarrollados por Maslach y Jackson (1981 y 1982) y por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para definir tres dimensiones o factores del Burnout (agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro), también fue utilizado el DSM-IV de López-Ibor y Valdés (2002) para definir un cuarto factor llamado psicósomático, el cual dio lugar a la medición de algunos trastornos somatomorfos e incluyeron un quinto factor que es el sociodemográfico; teniendo este instrumento el 89% de confiabilidad (Uribe, 2008).

El instrumento está conformado por 105 reactivos, se dividen entre los 5 factores de la siguiente manera: 9 reactivos para agotamiento, 9 reactivos para despersonalización, 12 reactivos para insatisfacción de logro, 40 para psicósomático (sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeurótico, dolor, indicador ansiedad e indicador depresión) y 35 reactivos para sociodemográficos (Uribe, 2008); los reactivos son de tipo likert y situacionales con seis opciones de respuesta (Lozano, 2008).



PROCEDIMIENTO

Se solicitó al gerente general el permiso para realizar la aplicación de la prueba EMEDO al personal que se encontraba en turno; siendo aplicada en la parte del staff room.

El estudio se realizó en las instalaciones de una empresa privada, su giro es de servicio-entretenimiento, tomando de ella la población que contara con el nivel operativo.

Se les pidió a los sujetos que respondieran el cuestionario (EMEDO) siguiendo las instrucciones especificadas en este, recordándoles el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Una vez que las personas contestaron el instrumento se procedió a capturar los datos obtenidos mediante la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, al programa estadístico SPSS para realizar estadística descriptiva, Correlaciones, Anovas, t de Student y Alpha de Cronbach.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis de estadística descriptiva por medio de la cual se obtuvo la media, moda, mediana y desviación estándar de los datos obtenidos.

Posteriormente se hizo una estadística inferencial, obteniendo así, análisis de varianza de una vía para identificar qué grupo hace la diferencia en el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), factores Sociodemográficas y en los factores Psicosomáticos. Finalmente se llevó a cabo correlaciones entre las variables de Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) con los factores Sociodemográficos; así como también una correlación entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y los factores Psicosomáticos para detectar la existencia de la relación entre ellas.

Finalmente para identificar la consistencia de la EMEDO se aplicó un Alpha de Cronbach; la cual consta de 3 factores como son: agotamiento, despersonalización e insatisfacción y un cuarto factor que es el Psicosomático.

Todos estos resultados fueron capturados y analizados en un programa estadístico SPSS.



Resultados

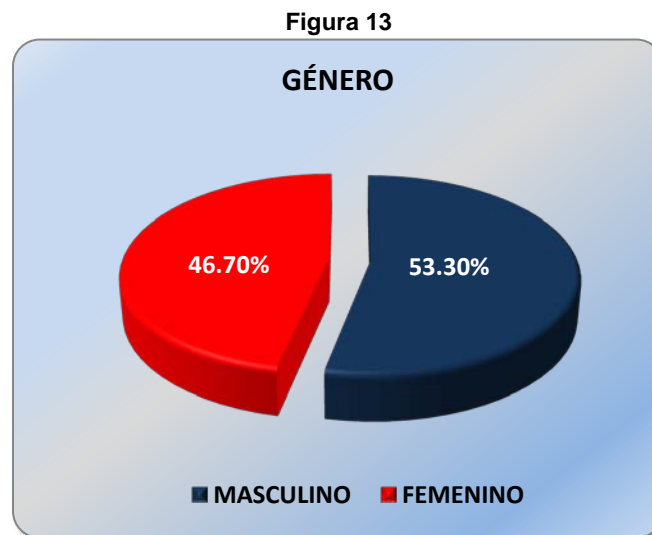
RESULTADOS

El principal objetivo de esta investigación fue contribuir en la evidencia de la existencia y su nivel del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), e investigar su relación con los factores sociodemográficos y psicosomáticos como también la identificación del grupo que es vulnerable en función de estos factores, en los trabajadores en una empresa mexicana con giro de servicio-entretenimiento además de través de EMEDO.

Características sociodemográficas de la muestra

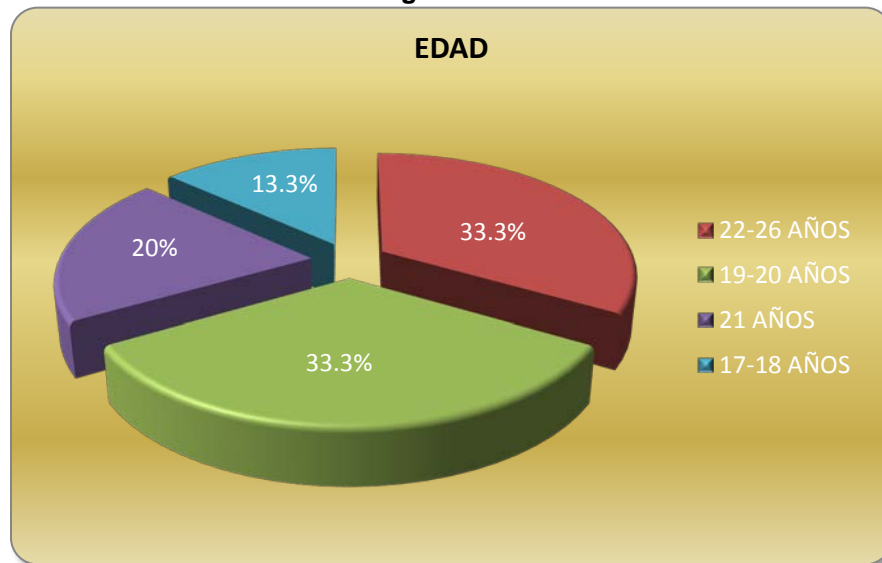
La muestra estuvo conformada por personal operativa de servicio-entretenimiento (cine).

- i. **Género:** De los 120 sujetos que conformaron la muestra, 64 eran hombres y el 56 eran mujeres, donde el porcentaje se muestra en la figura 13.



ii. **Edad:** La edad de los sujetos osciló entre los 17 y 26 años, la mayoría se encontraba en 2 grupos, el grupo de los 22-26 años y de 19-20 años; equivalente a 40 sujetos cada uno; el tercer grupo conformado por 24 sujetos teniendo 21 años, finalmente un grupo de 16 sujetos con una edad de 17-18 años, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 14



iii. **Escolaridad:** Las frecuencias de distribución por nivel escolar se comportaron de la siguiente manera: 61 sujetos contaban con nivel de bachillerato, mientras que 59 sujetos reportó tener la licenciatura.

Figura 15



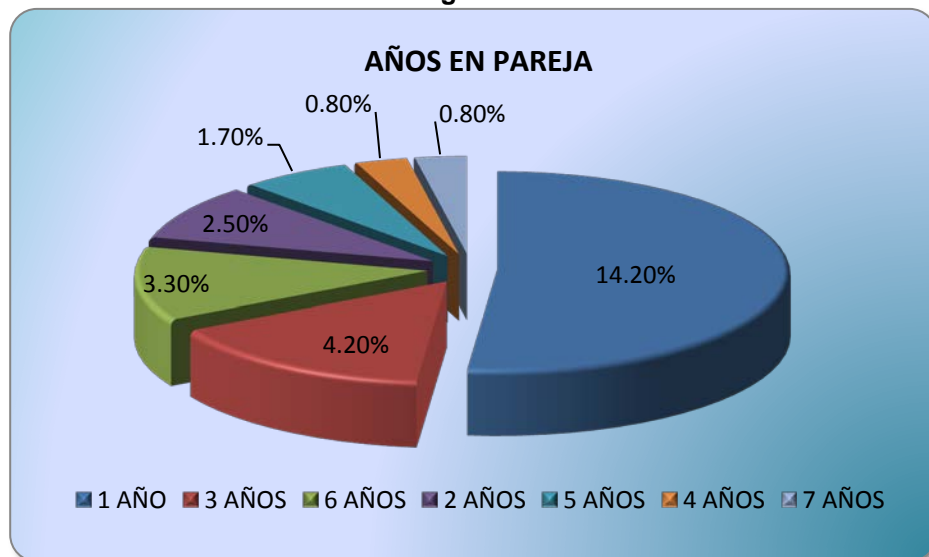
- iv. **Estado Civil:** Se encuentra que 50 sujetos contaba con pareja, y 70 sujetos sin pareja.

Figura 16



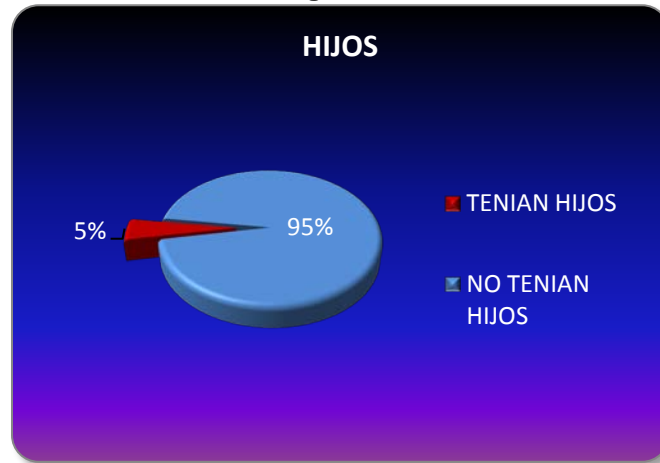
- v. **Años con pareja:** De las personas que reportaron tener más de un año con su pareja se distribuyó de la siguiente manera, 17 sujetos llevaban un año con su pareja, 3 sujetos llevaban 2 años, 5 sujetos llevaban 3 años, 1 sujeto llevaba 4 años, 2 sujetos llevaban 5 años, 4 sujetos llevaban 6 años y 1 sujeto llevaba 7 años con su pareja.

Figura 17



vi. **Hijos y número de hijos.** 114 sujetos reportaron no tener hijos, mientras que 6 sujetos contaban con un hijo.

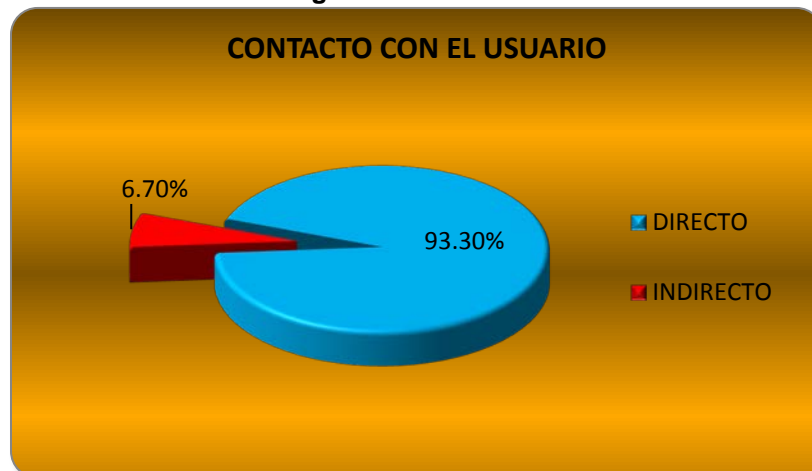
Figura 18



Variables Laborales de la Muestra

- I. **Tipos de puesto.** El 100% de los encuestados, es decir los 120 sujetos de la muestra consideraron que su puesto es operativo.
- II. **Tipo de trabajo.** 120 de los empleados del cine es decir el 100% es del sector privado.
- III. **Contacto con Usuarios.** 112 sujetos de la muestra consideraron que el contacto que tenían con el usuario era de manera directa, mientras que 8 sujetos dijeron que su contacto era de manera indirecta.

Figura 19



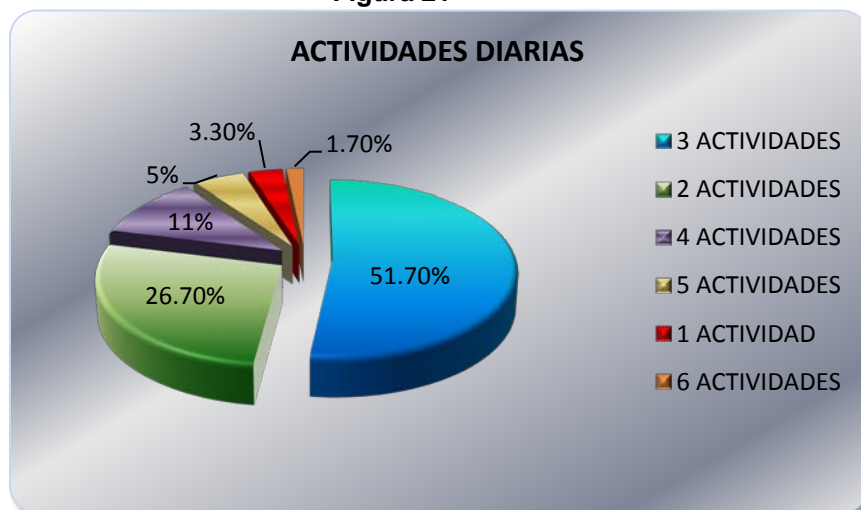
IV. **Otros trabajos.** De los sujetos empleados para esta investigación, 118 empleados sólo trabajaban para esta organización, mientras que 2 empleados, contaban con otro empleo.

Figura 20



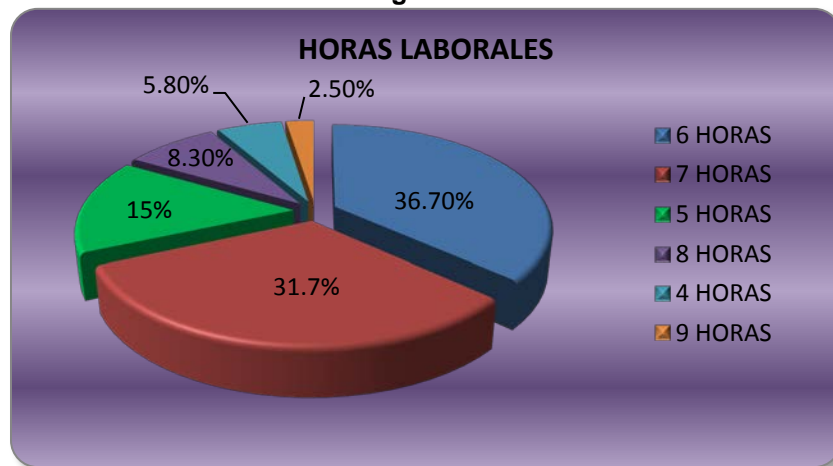
V. **Actividades diarias:** Referente al número de actividades diarias que podían realizar los empleados se encontró que 4 sujetos realizaban 1 actividad, 32 sujetos realizaban 2 actividades, 62 sujetos realizaban 3 actividades, 14 sujetos realizaban 4 actividades, 6 sujetos contaban con 5 actividades y el de menor porcentaje siendo 2 sujetos realizaban 6 actividades.

Figura 21



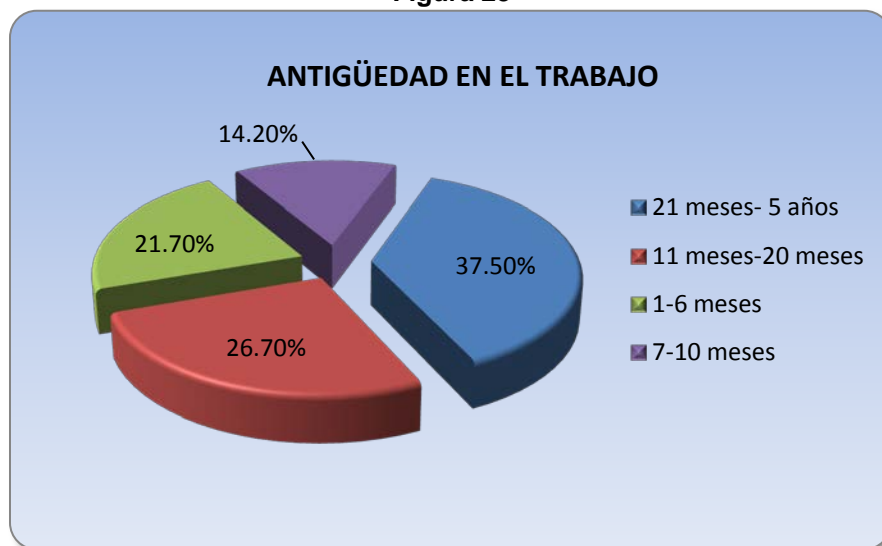
VI. Número de horas laborales: En cuanto al número de horas que laboraban los sujetos, se encontró lo siguiente: 7 sujetos que trabajaban 4 horas al día, 18 sujetos que trabajaban 5 horas al día, 44 sujetos que trabajaban 6 horas al día, 38 sujetos que trabajaban 7 horas al día, 10 sujetos que trabajaban 8 horas al día y 3 sujetos que trabajaban 9 horas.

Figura 22



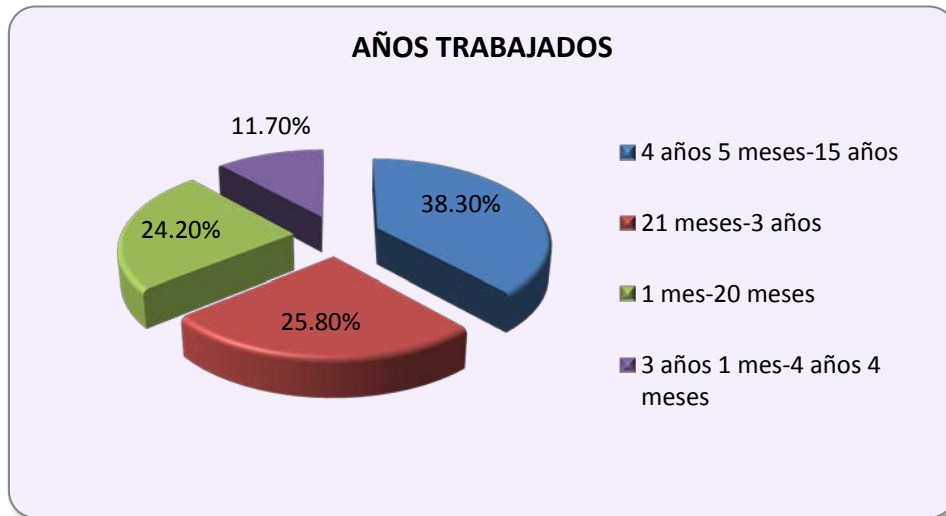
VII. Antigüedad laboral. En cuanto a la antigüedad que tenían los sujetos en la empresa, se tuvo que 26 sujetos llevaban de 1 a 6 meses, los que llevaban entre 7 y 10 meses de antigüedad laboral eran 17 sujetos, 32 sujetos tenían entre 11 y 20 meses, finalmente 45 sujetos tenían entre 21 meses y 5 años.

Figura 23



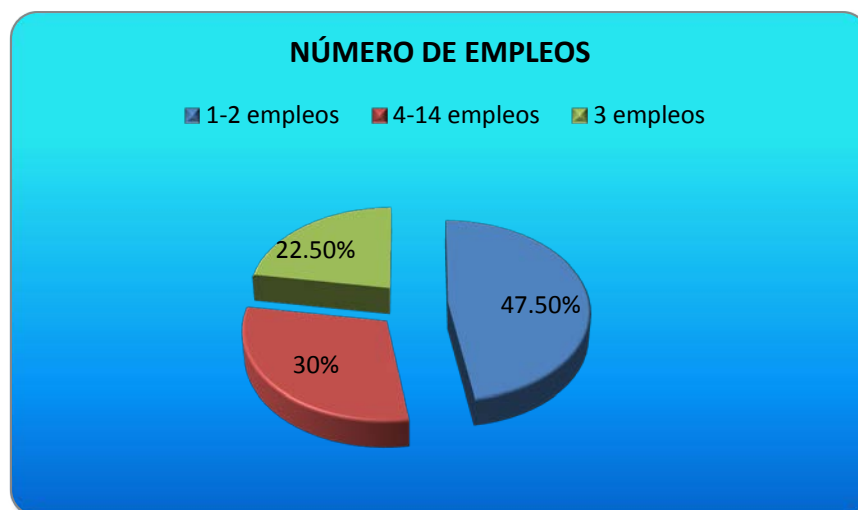
VIII. Años trabajados. En cuanto a los años que llevaban laborando las personas en el transcurso de su vida, se encontró que 29 sujetos tenían de 1 a 20 meses, de 21 meses a 3 años nos encontramos a 31 sujetos de la muestra, 14 sujetos estaban entre 3 años 1 mes y 4 años 4 meses, finalmente 46 sujetos se encontraban entre 4 años 5 meses y 15 años.

Figura 24



IX. Número de empleos en el transcurso de vida. Se obtuvieron los siguientes resultados, 57 sujetos habían tenido entre 1 y 2 empleos, 27 sujetos habían tenido 3 empleos, y por último 36 sujetos habían tenido de 4 a 14 empleos.

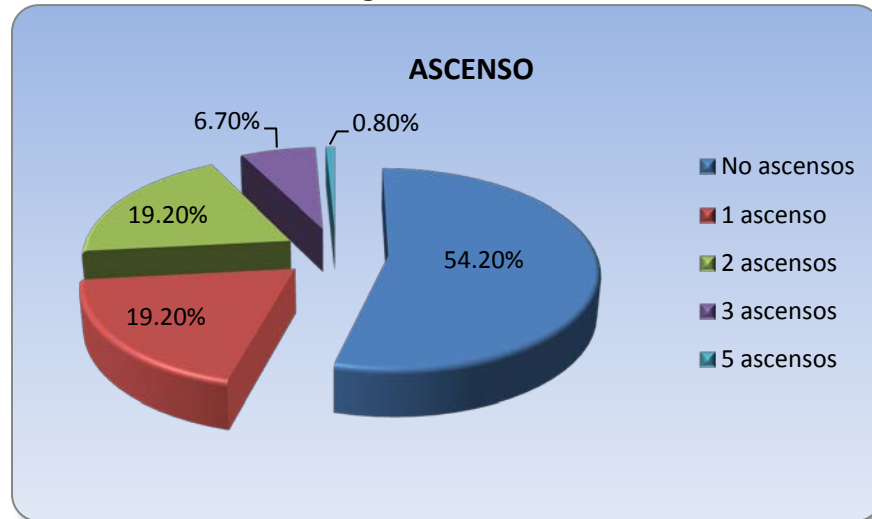
Figura 25





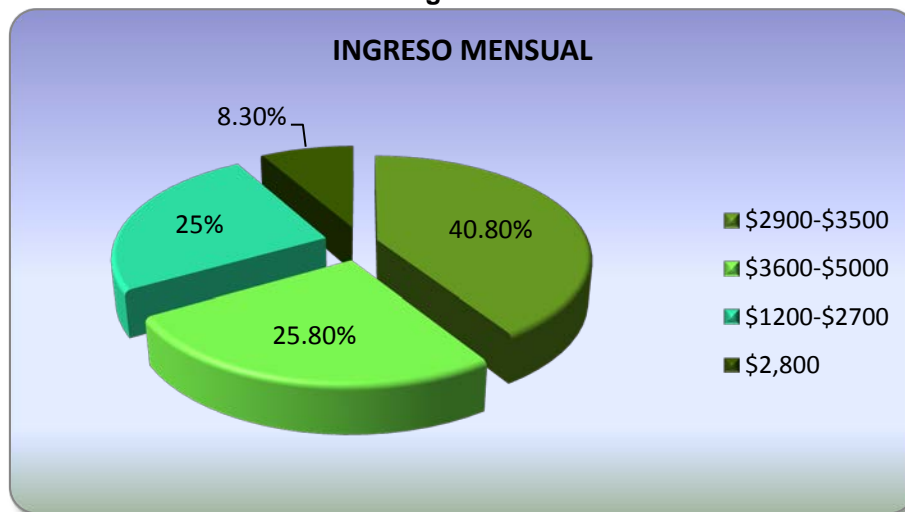
X. **Número de ascensos.** Se encontró que 65 sujetos no contaban con algún ascenso hasta ese momento, 23 sujetos reportaron haber tenido 1 y 2 ascensos, 8 sujetos tenían 3 ascensos y finalmente 1 sujeto contaba con cinco ascensos.

Figura 26



XI. **Ingreso mensual.** 49 de los sujetos habían reportado ingresos entre los \$2,900.00 a \$3,500.00 mensuales, seguidos de 31 sujetos que contaban con un ingreso entre \$3,600.00 y \$5,000.00 mensuales, entre \$1,200.00 y \$2,700.00 se encontraron 30 sujetos y finalmente 10 sujetos contaban con un sueldo de \$2,800.00 mensuales.

Figura 27



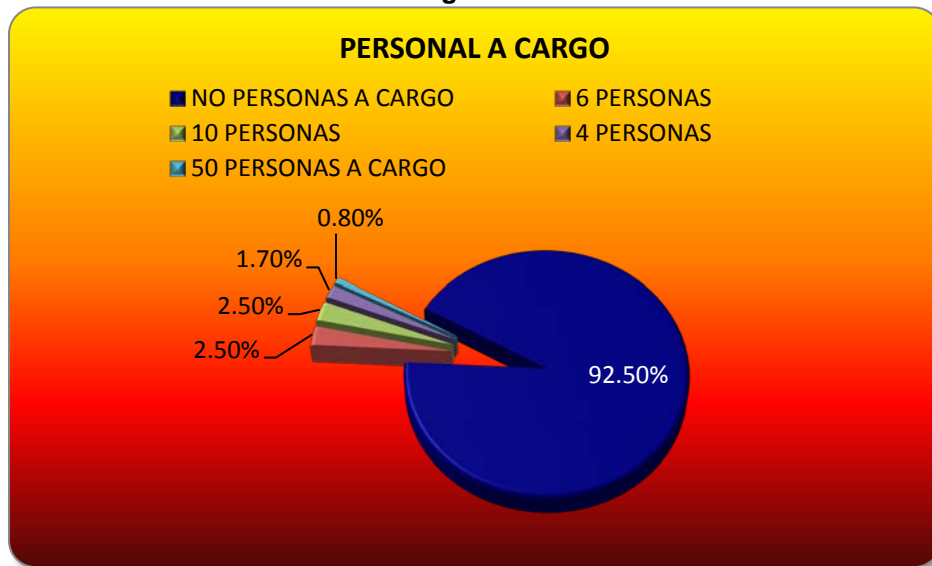
- XII. Tipo de organización.** La muestra fue tomada de una empresa del sector privado por lo que representa el 100% de los sujetos.
- XIII. Tipo de contrato:** La mayoría de la muestra tenía un contrato por tiempo indefinido o indeterminado representado por 112 sujetos, mientras que 8 sujetos tenían contrato determinado.

Figura 28



XIV. **Personal a cargo.** De la muestra obtenida, solo 9 sujetos reportaron tener personal a cargo, de estos, 2 sujetos tenían a cargo a 4 personas, 3 tenían a cargo a 6 personas, 3 tenían a 10 personas a cargo y solo 1 contaban con 50 personas a cargo. Mientras que el 111 sujetos no contaban con personal a cargo.

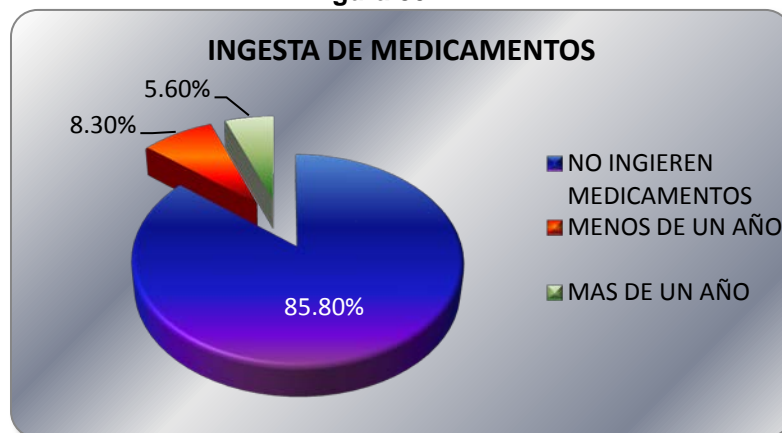
Figura 29



Calidad de vida y Salud

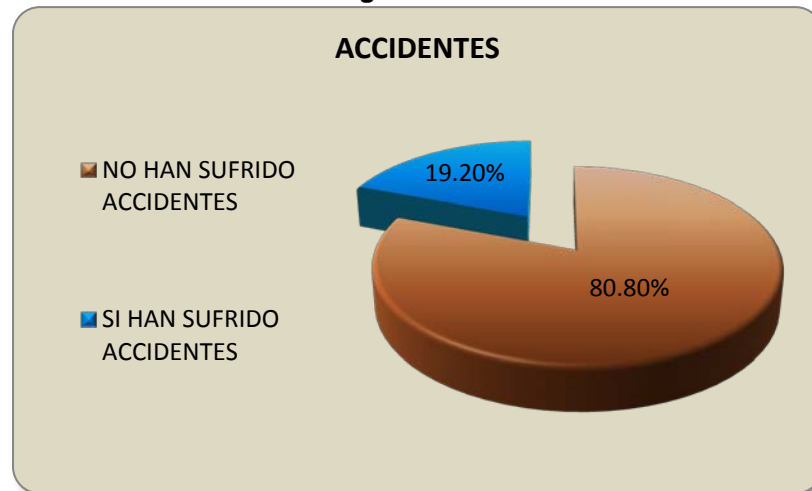
A. **Ingesta de medicamentos.** 103 sujetos indicaron no ingerir ningún tipo de medicamentos, mientras que 17 sujetos indicaron ingerir medicamentos, este dato queda distribuido de la siguiente manera, 10 sujetos llevaban menos de 1 año consumiendo algún medicamento, mientras que 7 sujetos tenían más de un año consumiendo algún medicamento.

Figura 30



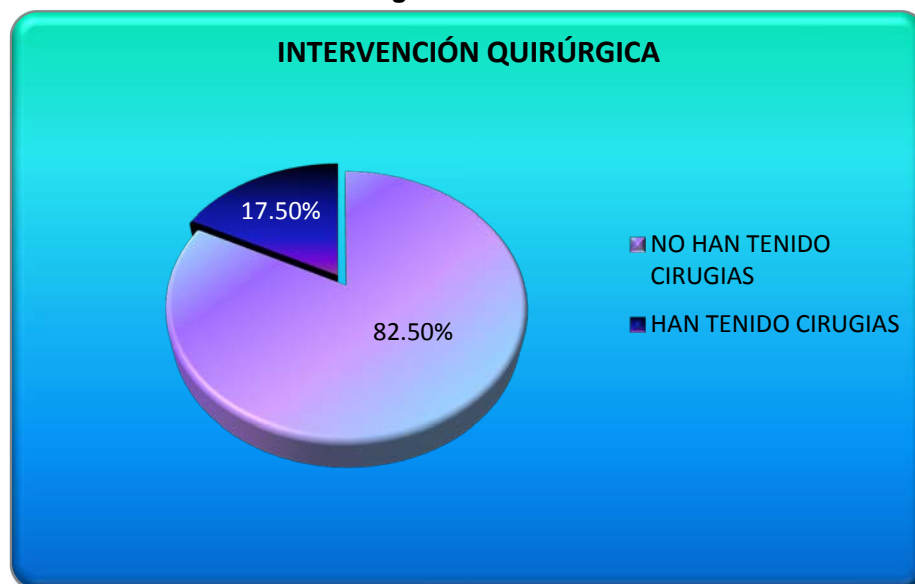
B. Accidentes. 97 sujetos mencionaron que nunca habían sufrido algún tipo de accidente, mientras que 23 sujetos indicaron que sí habían tenido algún tipo de accidente.

Figura 31



C. Intervención quirúrgica. Reportaron 99 sujetos no haber sufrido algún tipo de intervención quirúrgica y 21 sujetos sí habían tenido alguna intervención quirúrgica.

Figura 32



D. Fuma. Del total de la muestra, 44 sujetos reportaron ser fumadores y 76 personas reportaron no fumar.

Figura 33

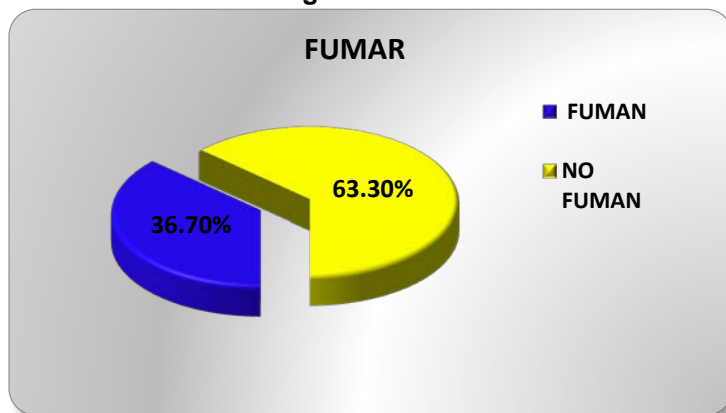
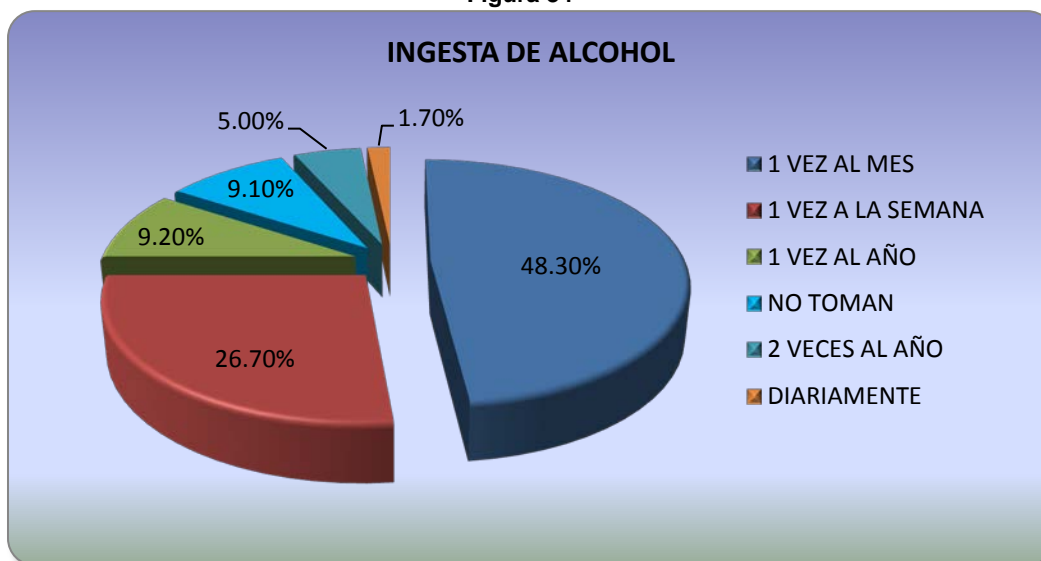


Tabla 7

Numero de cigarros	Porcentaje	Sujetos
0-1 cigarros	74.20%	89 sujetos
2-8 cigarros	25.80%	21 sujetos

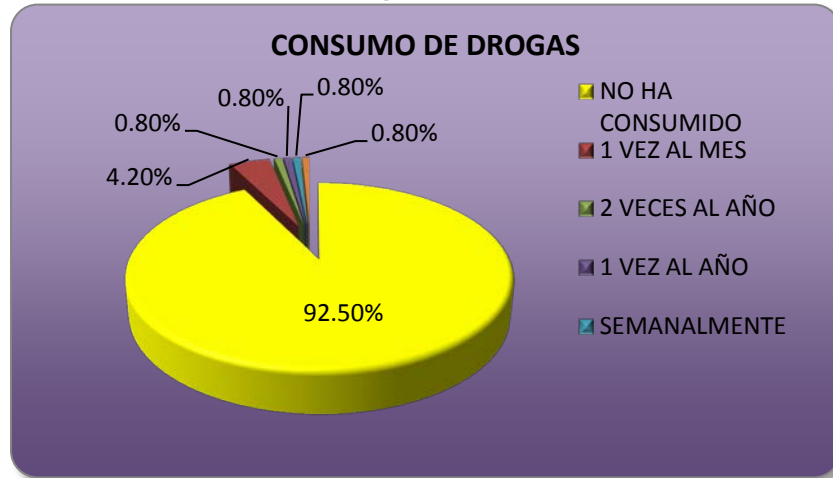
E. Ingesta de alcohol. 11 sujetos de la muestra indicaron nunca haber ingerido alcohol, 11 sujetos indicaron haber consumido solo una vez al año, 6 sujetos indicaron haber ingerido alcohol 2 veces al año, 58 personas ingirieron una vez al mes, 32 personas ingirieron una vez a la semana y finalmente 2 personas reportaron haber ingerido diariamente alcohol.

Figura 34



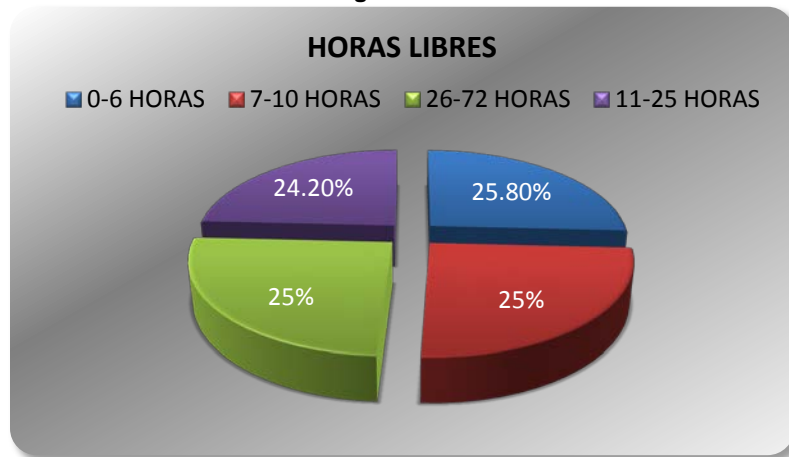
F. Consumo de drogas. De los 120 sujetos, 111 reportaron nunca haber consumido droga, 1 sujeto reportó haber consumido droga una vez al año, 1 sujeto consumió dos veces al año, 5 sujetos consumieron una vez al mes, 1 sujeto indicó consumirla semanalmente, finalmente 1 sujeto reportó consumirla diariamente.

Figura 35



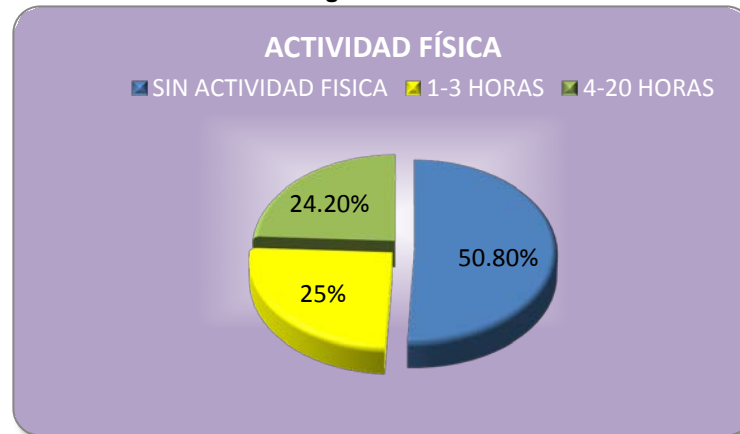
G. Horas libres. En lo que respecta a este punto, 31 sujetos reportaron haber tenido de 0-6 horas libres a la semana, 30 sujetos tenían de 7-10 horas libres y otros 30 sujetos de 26-72 horas libres, el grupo que tenía de 11-25 horas libres queda representado por 29 sujetos.

Figura 36



H. Actividad Física. 59 sujetos mencionaron realizar alguna actividad física, mientras que 61 sujetos reportaron no realizar actividad física. Los que realizaban actividad física se distribuyeron de la siguiente manera, 30 sujetos mencionaron hacer actividad física de 1 a 3 horas a la semana; mientras que 29 sujetos realizaban actividad física de 4 a 20 horas a la semana.

Figura 37



Para poder resolver la pregunta de investigación, se utilizó un nivel de significancia (α) de 0.05, realizando una **correlación** momento de Pearson de la siguiente manera:

- 1) Primero con factores del **Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)** y **factores Psicosomáticos** para saber cómo presentó la correlación (tabla 8).

Las correlaciones que se obtuvieron entre las variables de factores de Desgaste Ocupacional y factores Psicosomáticos fueron bajas, exceptuando el factor agotamiento con sueño siendo su correlación media. Todas ellas directamente proporcional, donde en el aumento de cualquiera de los factores de Desgaste Ocupacional, aumentará de igual manera los factores Psicosomáticos.

Tabla 8. Correlación del Síndrome de Desgaste Ocupacional y Factores Psicossomáticos.

FACTORES DESGASTE OCUPACIONAL	SUEÑO	PSICOSEXUALES	GASTROINTESTINALES	PSICONEURÓTICOS	DOLOR	INDICADOR ANSIEDAD	INDICADOR DEPRESIÓN
Agotamiento							
Correlación	0.355**	0.152	0.212*	0.109	0.271**	0.161	0.242**
α	0.000	0.097	0.020	0.238	0.003	0.080	0.008
Despersonalización							
Correlación	0.271**	0.142	0.262**	0.192*	0.160	0.133	0.152
α	0.003	0.121	0.004	0.036	0.081	0.147	0.097
Insatisfacción							
Correlación	0.289**	0.144	0.196*	0.141	0.255**	0.278**	0.183*
α	0.001	0.116	0.032	0.125	0.005	0.002	0.046

La correlación es significativa al nivel * ≤ 0.05

La correlación es significativa al nivel ** ≤ 0.01

2) La segunda correlación momento de Pearson que se realizó fue entre las variables Sociodemográficas y los factores del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla la correlación que se obtuvo fue baja en las variables sociodemográficas y los factores de Desgaste Ocupacional, siendo en su mayoría directamente proporcionales, donde al aumento de cualquiera de las variables sociodemográficas aumenta de igual manera los factores de Desgaste Ocupacional. Excepto en número de ascenso, donde a menor número de ascensos mayor agotamiento e insatisfacción, de igual manera tiempo de ingesta de medicamento, donde a menor tiempo de consumo del medicamento mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción.

Tabla 9. Correlación de Factores Sociodemográficos y el Síndrome de Desgaste Ocupacional

Variables sociodemográficas	Factor Agotamiento	Factor Despersonalización	Factor Insatisfacción
Edad			
Correlación	0.179	0.206*	0.302**
α	0.051	0.024	0.001
Antigüedad en el trabajo			
Correlación	0.130	0.130	0.187*
α	0.157	0.156	0.041
Número de ascensos			
Correlación	-0.242**	0.035	-0.262**
α	0.008	0.701	0.004
Tiempo de Ingesta de medicamento			
Correlación	-0.022	-0.195*	-0.175
α	0.813	0.033	0.056

La correlación es significativa al nivel * ≤ 0.05

La correlación es significativa al nivel ** ≤ 0.01



3) De igual manera realizamos las correlaciones producto-momento de Pearson entre los factores Psicosomáticos y Sociodemográficos de la muestra estudiada.

Como se puede apreciar en la tabla 10, la correlación que se obtuvo fue baja en las variables sociodemográficas y los factores psicosomáticos, siendo en su mayoría directamente proporcionales, donde al aumento de cualquiera de las variables sociodemográficas aumenta de igual manera los factores psicosomáticos. Al correlacionar de esta manera se encontró:

- ✓ El Factor Años de Pareja con los Factores Psicosexuales, Psiconeuróticos y Dolor.
- ✓ El Factor Número de Empleos con el Factor Indicador de Depresión.
- ✓ El Factor Tiempo de Consumo de Medicamentos con el Factor Psicosexual.
- ✓ El Factor Número de Cigarros con el Factor Indicador Ansiedad.
- ✓ El Factor Frecuencia de consumo de alcohol con los factores: gastrointestinales, psiconeuróticos, indicador de ansiedad y dolor.
- ✓ Finalmente el Factor actividad física con el factor psicosexual.

Existen Factores como lo son:

- ✓ Horas de trabajo con los factores psicosomáticos: psicosexual, dolor, depresión.
- ✓ Años trabajados con los factores psicosomáticos: sueño, gastrointestinales y psiconeurótico.
- ✓ Ingreso mensual con los factores psicosomáticos: psicosexuales, dolor e indicador ansiedad.
- ✓ Tiempo de ingesta de medicamento con el factor psicosexual.
- ✓ Número de cigarros con los factores psicosomáticos: indicador ansiedad.

Que son inversamente proporcionales, lo que se interpreta como a mayor desarrollo del factor sociodemográfico, se obtendrá un menor resultado en los factores psicosomáticos, mencionados anteriormente.



Tabla 10. Correlación de Factores Sociodemográficos y Factores Psicossomáticos.

Variables sociodemográficas	Sueño	Psicosexuales	Gastrointestinales	Psiconeurótico	Dolor	Indicador Ansiedad	Indicador Depresión
Años de pareja							
Correlación	0.058	0.215*	0.178	0.208*	0.223*	-0.057	0.092
α	0.531	0.018	0.052	0.023	0.014	0.535	0.317
Horas de trabajo							
Correlación	-0.113	-0.192*	-0.044	-0.078	-0.194*	-0.147	-0.192*
α	0.220	0.035	0.636	0.399	0.034	0.110	0.036
Años trabajados							
Correlación	-0.187*	-0.167	-0.198*	-0.242**	-0.156	-0.157	0.100
α	0.041	0.069	0.030	0.008	0.088	0.087	0.276
Ingresos mensual							
Correlación	-0.104	-0.196*	-0.106	-0.178	-0.203*	-0.239**	-0.075
α	0.259	0.032	0.251	0.052	0.026	0.008	0.415
No. Empleos							
Correlación	-0.033	-0.160	-0.123	-0.146	0.046	0.008	0.230*
α	0.723	0.081	0.181	0.111	0.620	0.932	0.011
Tiempo de consumo de medicamentos							
Correlación	0.100	0.200*	0.090	0.125	0.074	0.021	-0.013
α	0.279	0.029	0.327	0.174	0.420	0.819	0.886
No. Cigarros							
Correlación	0.018	-0.022	0.023	0.106	0.051	0.277*	0.074
α	0.841	0.813	0.804	0.250	0.583	0.013	0.421
Frecuencia de consumo de alcohol							
Correlación	0.242**	0.123	0.252**	0.184*	0.181*	0.268**	0.104
α	0.008	0.181	0.005	0.044	0.048	0.003	0.260
Actividad Física							
Correlación	0.136	0.269**	0.175	0.155	0.121	-0.020	0.129
α	0.139	0.003	0.057	0.090	0.187	0.827	0.160

La correlación es significativa al nivel * ≤ 0.05

La correlación es significativa al nivel ** ≤ 0.01

Con la finalidad de saber qué grupo marca la diferencia, se llevó a cabo el **Análisis de Varianza (ANOVA)** entre Desgaste Ocupacional (Agotamiento, Despersonalización e Insatisfacción), así como también con los factores Psicossomáticos (sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, indicador ansiedad e indicador depresión), ambos con las variables sociodemográficas.

En la tabla 11 se puede apreciar los factores del Síndrome de desgaste ocupacional y los factores sociodemográficos. Donde se presentan que los sujetos de 22-26 años de edad tenían un mayor trastorno por insatisfacción ($F=3.596$, $p= 0.016$), al igual que antigüedad en el



trabajo donde los que tenían 1 año 9 meses a 5 años contaban con mayor insatisfacción ($F=2.688$, $p=0.05$).

Tabla 11. ANOVA entre Síndrome de Desgaste Ocupacional y factores Sociodemográficos

Variables	Grupos	Agotamiento	Despersonalización	Insatisfacción
Edad	17-18 años	2.3958	1.9583	1.8021
	19-20 años	2.9694	2.1972	2.4771
	21 años	2.7593	2.1065	2.5174
	22-26 años	2.9194	2.5139	2.7771*
Antigüedad en el trabajo	1 - 6 meses	2.6709	2.0812	2.266
	7 -10 meses	2.6078	2.2876	2.2598
	11-20 meses	2.8854	2.0903	2.3307
	21 meses-5 años	2.9778	2.4543	2.8333*
Número de ascensos	No ascensos	3.0393*	2.2752	2.7897*
	1 ascenso	2.6908	2.2029	2.2609
	2 ascensos	2.43	2.1256	2.0145
	3 ascensos	2.7531	2.5432	2.1944
	5 ascensos	2.034	2.1132	2.002

Siguiendo con el análisis de factores sociodemográficos y el Síndrome de Desgaste Ocupacional, se realizó una prueba t de Student para identificar la diferencia entre dos grupos respecto a sus medias. Encontrando así lo siguiente:

Los sujetos que contaban con tiempo de contrato indeterminado contaban con mayor despersonalización ($F=4.491$, $p=0.036$) y agotamiento ($F=5.695$, $p=0.019$); con respecto a la variable ingesta de medicamentos encontramos que los que no toman medicamento cuentan con despersonalización ($F=6.185$, $p=0.014$); los sujetos que no fumaban contaban con insatisfacción ($F=4.479$, $p=0.036$).

Tabla 12. t de Student entre Síndrome de Desgaste Ocupacional y Factores Sociodemográficos

Variables	Grupos	Agotamiento	Despersonalización	Insatisfacción
Tipo de contrato	Indeterminado	2.8611	2.2986	2.5253
	Determinado	2.4583*	1.6111*	2.0729
Ingesta de medicamentos	No ingieren medicamento	2.8641	2.3376*	2.5874
	Si ingieren medicamento	2.6536	1.7386	1.9363
Fumar	Si fuman	2.7020	2.2904	2.4716
	No fuman	2.9108	2.2310	2.5088*



Finalmente se realizó el análisis con factores psicossomáticos y los factores sociodemográficos (tabla 13).

Comenzando con Análisis de Varianza (ANOVA), encontrándose así:

Que las parejas que contaban con tres años de estar juntos, contaban con trastorno psiconeurótico ($F=2.672, p=0.014$), los sujetos que contaban de 4 a 5 horas de trabajo diariamente tenían mayor trastorno psicosexual ($F=3.341, p=0.039$), dolor ($F=3.126, p=.048$) e indicador depresión ($F=3.229, p=0.043$) a comparación con los sujetos que tenían diferentes horas de trabajo, las personas que contaban de 1 mes a 20 meses de trabajo contaban con el trastorno psiconeurótico ($F=2.759, p=0.045$), los sujeto que contaban de 1 a 2 empleos en su vida, tenía mayor problema con el trastorno psicosexual ($F=3.361, p=0.038$) que los que contaban con más de 2 empleos; en cuanto a número de cigarros encontramos que los que contaban con mayor indicador de ansiedad ($F=5.964, p=0.003$) eran los que fumaban 1 cigarro al día, en ingesta de alcohol se encontró en esta investigación que los sujetos que tendían a contar con mayor trastorno de sueño ($F=6.155, p=0.0001$), gastrointestinales ($F=4.573, p=0.001$), psiconeurótico ($F=4.860, p=0.001$), dolor ($F=3.254, p=0.009$) e indicador de ansiedad ($F=2.951, p=0.015$) eran los que consumían alcohol diariamente, los que no contaban con alguna actividad física contaba con mayor trastorno psicosexual ($F=4.809, p=0.010$).



Tabla 13. ANOVA de los factores Sociodemográficos y los factores Psicosomáticos

Variables	Grupos	Sueño	Gastrointestinales	Psiconeuróticos	Dolor	Indicador de Ansiedad	Indicador Depresión	Psicosexuales
Años de pareja	0	1.7868	1.4847	1.5153	2.0529	2.2989	2.0805	1.4713
	1	1.6203	1.5098	1.4412	2.0588	2.1176	2.0000	1.5546
	2	1.8182	1.5000	1.6111	2.2667	1.6667	2.0000	1.1429
	3	2.5091	2.2333	2.5000*	2.7200	2.6000	2.8000	1.8857
	4	1.5455	1.8333	1.3333	2.2000	2.0000	2.0000	1.7143
	5	1.5455	1.2500	1.2500	1.6000	2.0000	2.0000	2.0000
	6	1.7955	1.6250	2.0417	2.8000	1.7500	2.2500	1.8214
	7	1.9091	3.0000	2.0000	3.4000	3.0000	3.0000	2.4286
Horas de trabajo	4-5 hrs	1.9236	1.6733	1.6867	2.3760*	2.6800	2.5200*	1.6743*
	6 hrs	1.8058	1.5492	1.5833	2.1636	2.1136	2.0682	1.6169
	7-9 hrs	1.7094	1.4575	1.4869	1.9490	2.1569	1.9412	1.3669
Años trabajados	1 mes-20meses	1.9624	1.7069	1.8276*	2.3724	2.5517	2.0345	1.7044
	21 meses-3 años	1.8006	1.6129	1.5484	2.0194	2.2258	2.0000	1.5069
	3 años 1 mes- 4 años 4 meses	1.6494	1.4405	1.4643	2.1000	2.0714	2.1429	1.4592
	4 años 5 meses- 15 años	1.7154	1.4058	1.4384	2.0261	2.1304	2.2174	1.4379
Número de empleos	1-2 empleos	1.8692	1.6696	1.6667	2.1404	2.2807	2.0351	1.6642*
	3 empleos	1.6263	1.4198	1.4321	1.9481	2.1481	1.9259	1.4233
	4-14 empleos	1.7854	1.4120	1.5000	2.2056	2.2778	2.3611	1.3730
Número de cigarros	0 no fuma	1.7608	1.4934	1.4868	2.0053	2.0263	2.0263	1.4850
	1 cigarro	1.7273	1.5000	1.4744	2.3846	2.9231*	2.2308	1.5934
	2-8 cigarros	1.8856	1.6559	1.7903	2.2774	2.5161	2.2581	1.5853
Ingesta de alcohol	nunca	1.6364	1.3333	1.4242	1.8364	1.9091	1.9091	1.2987
	uno al año	1.7438	1.3788	1.6212	2.2182	1.9091	2.2727	1.5325
	dos al año	1.5152	1.3333	1.1944	1.8000	1.8333	2.1667	1.4762
	un mes	1.7116	1.4713	1.4885	2.0586	2.1207	1.9310	1.5419
	semanal	1.9460	1.7083	1.6927	2.2375	2.7188	2.3750	1.5179
	diario	3.4545*	3.2500*	3.2500*	3.8000*	3.5000*	3.0000	2.3571
Actividad física	0 sin actividad	1.8614	1.6448	1.6557	2.2033	2.2295	2.2295	1.6768*
	1-3 horas de actividad	1.7364	1.4667	1.5222	1.9533	2.3000	2.0333	1.3143
	4-20 horas de actividad	1.6928	1.3793	1.4138	2.1034	2.2414	1.9310	1.4138

Analizando con t de Student los factores psicosomáticos y los sociodemográficos se obtuvieron los siguientes resultados de esta investigación.

Lo referente a género se encontró que el femenino contaba con mayor trastorno psicosexual (55.508, $p=0.001$), gastrointestinal ($F=6.212$, $p=0.014$) y depresión ($F=7.440$, $p=0.007$) a

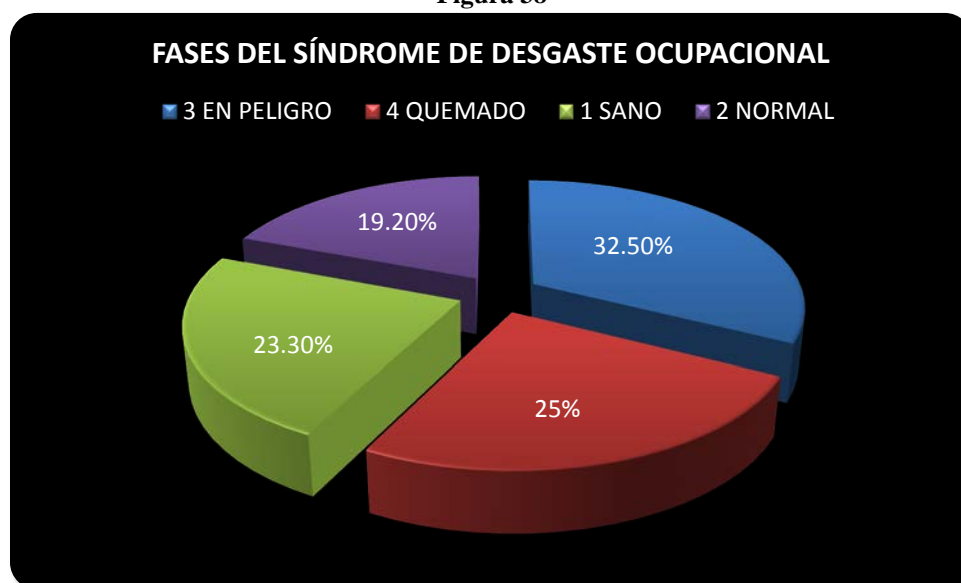
comparación con el masculino, los grupos que tenían pareja contaban con la presencia del factor psicosexuales (4.703, $p=0.046$) y gastrointestinales ($F=4.518$, $p=0.036$) a comparación con los que no tenían pareja. Esto se ve reflejado en la siguiente tabla 14.

Tabla 14. t de Student entre factores Sociodemográficos y factores Psicossomáticos

VARIABLES	GRUPOS	SUEÑO	GASTROINTESTINALES	PSICONEURÓTICOS	DOLOR	INDICADOR DE ANSIEDAD	INDICADOR DE DEPRESIÓN	PSICOSEXUALES
Sexo	masculino	1.7514	1.4036	1.4661	2.0031	2.2344	1.8906	1.2143
	femenino	1.8328	1.6875*	1.6756	2.2464	2.2679	2.3571*	1.8750*
Edo. Civil	con pareja	1.8036	1.6800*	1.6600	2.2080	2.0600	2.0000	1.6486*
	sin pareja	1.7792	1.4333	1.4952	2.0514	2.3857	2.1857	1.4327
Actividad física	si	1.7149	1.4237	1.4689	2.0271	2.2712	1.9831	1.3632
	no	1.8614	1.6448*	1.6557	2.2033	2.2295	2.2295	1.6768

Tomando en cuenta los resultados de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, mediante el diagnóstico del modelo de Leiter, se observó que se encontraban 28 empleados en la fase 1 (Desgaste Ocupacional Bajo=Sano), 23 empleados estaban en la fase 2 (D.O. Regular=Normal), 39 empleados estaban en la fase 3 (D.O. Alto=En Peligro) y 30 empleados se encontraban en la fase 4 (D.O. Muy Alto=Quemado).

Figura 38





Se realizó la consistencia interna (Alpha de Cronbach) de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), la cual consta de 3 factores del Síndrome de Desgaste Ocupacional (agotamiento, despersonalización e insatisfacción), obteniendo .740 y con el cuarto factor, que es el Psicosomático, obteniendo como resultado .716.

Tabla 15

FACTORES	ALPHA DE CRONBACH
F1 Agotamiento	.696
F2 Despersonalización	.742
F3 Insatisfacción	.890
F4 Psicosomáticos	.852
*F1,F2 Y F3	.740
*F1,F2,F3 Y F4	.716

***Se hizo el Alpha de Cronbach tomando en cuenta los 3 factores de Burnout; después los 3 factores de Burnout junto con el cuarto factor psicosomático.**



Conclusión y Discusión



CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En la presente investigación se contribuyó a la evidencia de la presencia de Desgaste Ocupacional en trabajadores mexicanos de una empresa privada de servicio y entretenimiento; teniendo como resultado, que las hipótesis de esta investigación fueron aceptadas, compartiendo que existen diferencias estadísticamente significativas entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y los factores psicossomáticos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento y entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y los factores sociodemográficos en los trabajadores de una empresa con giro de servicio-entretenimiento.

De acuerdo a los resultados, los sujetos están expuestos a un cierto grado de desgaste, enfocados específicamente en problemas físicos, psicológicos y sociales de los clientes ya que mientras ellos se presenta para divertirse, relajarse y distraerse; el personal de esta empresa tiene que brindar el mejor servicio, para hacer que el cliente se encuentre en las mejores condiciones y se sienta a gusto; sin embargo existen varios factores que contribuyen o pueden ocasionar que no sea así; Maslach (1978) contempla que el cliente puede ser un factor de tensión y desgaste profesional por diferentes causas: tipo de problemas (gravedad, probabilidad de cambio), relevancia personal de los problemas (implicación emocional), normas reguladoras de la relación cliente-staff (implícitas y explícitas) y sobre todo la conducta del cliente (pasiva o activa) (Buendía y Ramos, 2001).

Haciendo una comparación entre hombres y mujeres, se puede observar que 17 hombres y 11 mujeres se encuentran en la primera fase (sano), en la segunda fase (normal) hay 15 hombres y 8 mujeres, en la tercera fase (peligro) se encuentran 15 hombres y 24 mujeres, y en la cuarta fase (quemado) hay 17 hombres y 13 mujeres. El mayor número de hombres se concentran en la primera y cuarta fase, a comparación de las mujeres que se agrupa en la tercera fase.



Tabla 16

Fase del Síndrome de Desgaste Ocupacional	Hombres	Mujeres
Sano	14.2%	9.2%
Normal	12.5%	6.7%
Peligro	12.5%	20%
Quemado	14.2%	10.8%

En esta muestra de 120 staff se consiguieron resultados similares a los hallados en otros estudios (Vargas, 2008; Lozano, 2008; Espinosa y Quintana, 2010; Barajas, 2010; Sánchez, I., 2010; Bonilla, 2010). Se obtuvieron las tres dimensiones básicas postuladas por los estudios originales: agotamiento, despersonalización e insatisfacción.

Los hombres en la fase 4 de esta investigación, contaron con las siguientes características: tiene pareja desde hace un año, cuentan con personal a cargo, 3 de ellos tienen menos de un año en la empresa, el resto va de 1 a 3 años; fuman de 4 a 8 cigarros al día, consumen alcohol semanalmente, solo un empleado no lo consume; 2 de ellos consumen droga una vez al mes y 1 lo consume diario; hacen ejercicio de 1 a 14 hrs. a la semana; 5 cursan el nivel medio superior mientras 12 van en licenciatura; ninguno tiene hijos; realizan de 2 a 4 actividades al día; solo uno de ellos trabaja 4 hrs. al día, otro 5 hrs. y el resto van de 6 a 8 hrs. al día, para 7 de ellos es su primer empleo, sus horas libres van de 3 a 40 hrs. semanales.

Las mujeres que se encontraron en la fase 4 presentan las siguientes características: cuentan con pareja sentimental y van de 1 a 7 años de relación, ninguna tiene hijos, el tiempo que llevan en la empresa es de 1 a 4 años, solo 1 de ellas tiene 3 meses y otra 7 meses, 2 de ellas tuvieron una cirugía, 5 empleadas fuman de 2 a 3 cigarros, 2 consumen alcohol semanalmente y una lo consume diario, solo 3 hacen ejercicio de 1 a 6 horas, 2 empleadas se encuentran cursando el nivel medio superior y 11 cursan licenciatura, el número de actividades va de 2 a 4 por día, solo 2 de ellas trabajan 4 hrs. diarias, el resto trabaja de 5 a 8 hrs., para 2 de ellas es su primer empleo, por último tienen de 2 a 50 hrs. libres a la semana.

De acuerdo a la literatura revisada y los hallazgos encontrados en la presente investigación concluimos que el proceso de Desgaste Ocupacional (DO), es diferente en cada persona y así



mismo, los síntomas, las conductas, resistencia, formas de afrontamiento a los problemas y actitudes son únicos en cada individuo.

Se pudo observar también en la investigación que la mayoría de los trastornos psicosomáticos están relacionados entre sí, es decir que si se sufre depresión, se encontrará trastorno del sueño Kaplan (1994) (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez, 2007; Lozano, 2008).

Lo interesante en esta investigación es que los sujetos que sufren de este Síndrome de Desgaste Ocupacional, cuentan con más de un trastorno psicosomático.

En relación a los síntomas físicos, la persona que desarrolla D.O. puede presentar agotamiento físico, fatiga crónica, disminución de energía, insomnio, pesadillas, dolor de cuello y espalda, alergias, problemas gastrointestinales así como cardiovasculares.

La realización personal de estos profesionales es muy escasa, ya que no siempre se le hace un reconocimiento por el trabajo bien hecho a la persona indicada (o a la persona que realizó el esfuerzo) (García et al., 2006; Apiquian, 2007; Pichardo y Retiz, 2007), la falta de una estructuración clara y precisa de sus funciones, pues siempre existen ambigüedades o falta de precisión por parte de los líderes (gerentes y coordinadores) ya que existen contradicciones sobre lo que se debe y no se debe de hacer y esto causa conflicto para los empleados, por no saber qué es lo correcto y por lo tanto recibir una llamada de atención por alguno de los gerentes o coordinadores, y si a esto le agregamos un factor como el favoritismo o amiguismo (término que indica una conducta o práctica de beneficiar arbitrariamente a determinada persona, o grupos, quebrantando los principios de imparcialidad y discriminación) que bien forma parte del ambiente laboral y que varios empleados lo perciben (Schwab, R. L., Jackson, S. E. y Schuler, R. S., 1986; citado por Buendía y Ramos, 2001; Margarita, J., Báez, C. y Vinaccia, 2008); es motivo suficiente para que estos trabajadores se sientan desengañados e insatisfechos en su trabajo. En la muestra de trabajadores, se encontró en los hombres un nivel de Desgaste Ocupacional mayor que en las mujeres, cabe destacar que esta muestra estaba compuesta en su mayoría por hombres, no obstante las mujeres predominaron en los factores psicosomáticos (gastrointestinales, depresión y psicosexuales), esto se constata con la literatura revisada en capítulos anteriores (Gil-Monte y Peiró, 1997; De Dios, 1998; Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006; García y De Juan, 2006). Aunado al argumento de Maslach (1982) en donde las



mujeres tienden más a involucrarse con la gente, por lo tanto tenían mayor riesgo de agotarse emocionalmente.

También se pudo constatar que la edad, hace una relación importante con la despersonalización; finalmente número de ascensos, antigüedad en el trabajo y nuevamente edad se relacionan con insatisfacción. Los empleados que cuentan con más antigüedad en la empresa se les asignan áreas con mucho más responsabilidades tanto administrativas como operativas, en las cuales no se pueden tener errores o si llega a existir alguno debe de ser mínimo y solucionarlo en el momento, hay otros empleados a los que se les asigna la responsabilidad de alguna de las áreas y es cuando tienen personal a su cargo y son responsables de asignar actividades y supervisar que cada empleado realice su actividad, y que el área se encuentre en óptimas condiciones, en ellos recae la responsabilidad operativa. La edad de 22 a 26 años está relacionada con el factor insatisfacción y despersonalización; parece que cuando los años avanzan se va adquiriendo mayor seguridad en la ejecución de las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión (Chernis,1980; en Hernández, Fernández, Ramos y Contador, 2006), ya que por lo mismo que se dominan las actividades se va perdiendo el interés por lo que ya no es novedoso al tan punto que llega a la despersonalización.

Los factores que más se relacionan con los factores sociodemográficos son insatisfacción y despersonalización; puede ser que el agotamiento no se relacione mucho ya que se llegan a formar relaciones interpersonales en el lugar de trabajo, formando amistad con el gerente, coordinador y principalmente con los compañeros; hay áreas pequeñas donde facilita aún más el que este tipo de relaciones se vuelvan más estrechas y duraderas, esta situación funciona para algunas personas como motivador para trabajar más a gusto (Pines y Aronson, 1988; Gil-Monte y Peiró, 1997; Mcgrath, Reid y Boore, 1989; Buendía y Ramos, 2001; Menezes, 2000; David-Sacks, Jayaratne y Chess, 1985; Constable y Russell, 1986; Ross y Russell, 1989).

Aunque existe evidencia de estas variables sociodemográficas, aún hace falta mayor investigación puntualizada en cada uno de estos factores del EMEDO en empresas de diferentes ramos.



Las personas que contaban con 3 años de relación de pareja contaban con problemas psiconeuróticos, psicosexuales e indicador del dolor; esto tal vez se deba que según ciertas investigaciones psicológicas (Helen Fisher, 2010), "en los humanos el atractivo con base sexual ha evolucionado hacia el amor romántico o pasional, una forma de lazo o unión que, en perspectiva evolutiva, tiende a asegurar la estabilidad de la pareja para garantizar el cuidado paternal, el cual si no se lleva a cabo, suelen entrar en conflicto por primera vez las parejas y en ocasiones llegan a terminar la relación".

Por otro lado se presentan consecuencias a nivel institucional, teniendo como resultado la calidad de vida laboral, además en la calidad de atención, así mismo repercuten en la insatisfacción laboral, ausentismo, rotación en el puesto de trabajo (Moreno y Peñacoba, 1995). Es decir que cualquier persona está expuesta a tener este Síndrome de Desgaste Ocupacional, siempre y cuando trabaje o interactúe con individuos.

Las múltiples exigencias y responsabilidades que se imponen en el trabajo, así como el autoritarismo, junto con la responsabilidad de sus estudios, son elementos que favorecen y crean una situación constante de ansiedad, mal humor y cambios importantes en la conducta, esto favorece el desencadenamiento del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) (Pichardo y Retiz, 2007; Buendía y Ramos, 2001).

Uno de los estresores organizacionales es la sociedad de la "queja", y hasta se pueden recibir agresiones por parte de los clientes, desafortunadamente no hay un punto que determine hasta donde uno como trabajador debe de ser tolerante a tales agresiones, esto influye en la despersonalización de los individuos; también para algunos trabajadores hay días donde hay sobre carga de trabajo pues es algo variable la cantidad de gente que llega al cine, a veces el número de trabajadores que se encuentra en determinado turno no es suficiente para atender al número de clientes que llegan en ese momento, esto empieza a generar un círculo vicioso, con la carga de trabajo agregando si es el caso, el aumento de número de horas para trabajar y deja de ser un empleo de medio tiempo; esto empieza a generar renunciadas, ausentismo, retardos de algunos empleados, ya que como requisito para entrar a trabajar en esta empresa es estar estudiando y con estas variaciones en algunos casos o en la mayoría se llega a afectar el ámbito escolar o el de la misma empresa (Gil-Monte, conferencia dictada en el "1° Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y salud Mental en



el Trabajo”, Cuernavaca, Octubre, 2006; Pichardo y Retiz, 2007). Gil-Monte (2006) menciona que la interacción entre entorno de trabajo y trabajador, dependiendo de percepciones y experiencias del trabajador, pueden influir sobre la salud, rendimiento y satisfacción en el trabajo.

En una junta que se llevó a cabo en el 2009, por parte de la empresa, el área de recursos humanos mostró los siguientes resultados sobre rotación del personal:

La rotación en el 2008 fue de 1374 (38.38%) personas, tuvo un incremento del 15.7% comparado con la rotación del 2007. Esta rotación se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 17

Antigüedad laboral	Porcentaje de bajas	Número de personas
0-3 meses	36.46%	501
3-6 meses	11.94%	164
6 meses-1 año	13.46%	185
Mayor a 1 año	38.14%	524

En el 2008 se tuvieron 1410 altas vs 1374 bajas, los motivos que reportaron las personas al hacer la entrevista de salida fueron los siguientes:

Tabla 18

Motivo	Número de personas	Porcentaje
Escuela	330	24.02%
Otro empleo	304	22.13%
Deshonestidad	184	13.39%
Faltas injustificadas	142	10.33%
Indisciplina	127	9.24%
Abandono de trabajo	111	8.08%
Problemas familiares	91	6.62%
Cambio de domicilio	44	3.20%
Salud	24	1.75%
Viajes	17	1.24%

La junta fue para mostrar el nuevo procedimiento de reclutamiento y selección de personal, en la cual le piden un esfuerzo a los gerentes por hacer una mejor selección, sin embargo no están contemplando los demás factores como el clima laboral que hay en cada uno de los complejos (cine), las relaciones sociales, etc. que también son importantes para el grupo de jóvenes que en su mayoría es la primera vez que ingresa al campo laboral (Pichardo y Retiz,



2007); y se corre el riesgo de que los nuevos integrantes sean contagiados por una persona que tenga el Síndrome de Desgaste Ocupacional. Esto trae consecuencias graves a la organización, en cuestión de afectación legal y económica, al visualizar los posibles daños se pueden encontrar las demandas por la mala praxis (ejecución del ejercicio a desarrollar) por parte de los usuarios debido a la baja calidad en el servicio (Harfield, Cacioppo y Raspón, 1994; Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld y Dierendonck, 2000; en Pichardo y Retiz, 2007).

El estilo de vida, desconocer el significado del trabajo en equipo y la deshumanización de las mismas instituciones generan que el trabajador no construya el sentimiento de pertenencia para con ellas, causas para que este síndrome este proliferando. Se debe tener en claro que la organización no funciona como un ente abstracto, al contrario, se manifiesta a través de la conducta de las personas que la conforman. La participación se adentra a la postura de la nueva cultura laboral.

Es necesario subrayar que las empresas e instituciones juegan un papel muy importante en la prevención y tratamiento del Burnout, ya que son responsables en gran parte del diseño y configuración del entorno laboral. Se ha señalado en diversas ocasiones que no hay situaciones “estresantes” por sí mismas, sino que todo depende de que el sujeto las interprete como tales, y que las diferencias individuales son muy grandes en este aspecto; esto sugiere que ciertas situaciones laborales presentan un potencial estresor mayor, y que ese potencial estresor tiene un componente objetivo, que contribuye poderosamente al Burnout (Ramos, 1999; en Buendia y Ramos, 2001).

No debemos olvidar que el fomento de la calidad de vida laboral es sin duda el mejor control del estrés, y ello se logra mediante la propuesta en práctica de políticas óptimas de dirección organizacional. En todo esto la formación interna de todos los trabajadores y directivos de la empresa juega un papel muy importante (Ramos, 1999; Ramos, 2000; citado por Buendia y Ramos, 2001).

Vivimos en un sistema caracterizado por la urgencia y la rapidez, en el que es tarea difícil digerir el estrés y equilibrar el descanso. Desde una óptica psicológica constituye un problema que redundo en una disminución de la calidad de las relaciones personales de aquellas personas que lo padecen, motivado por una falta de confianza, respeto mutuo y compromiso hacia las personas de nuestro entorno, por lo que el carácter se deteriora.



Se sugieren técnicas para mejorar la percepción, interpretación y evaluación de problemas laborales y recursos personales que realizan los trabajadores. Es importante disponer de estrategias de reducción, que permitan al individuo combinar perfectamente su vida personal con la laboral, así evitando conflictos internos, incluyendo sistemas de retroalimentación y evaluación para el trabajador, al igual, estrategias para una mejora en la toma de decisiones, desarrollo de habilidades interpersonales, manejo de conflictos y medición de los mismos.

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido. En las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto, por lo que amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros o superiores.

En la actualidad no existe ninguna medida paliativa o terapéutica que por sí sola pueda ser efectiva frente al Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout); en general los programas de entrenamiento para el manejo suelen agrupar distintos conocimientos y técnicas, centradas en producir cambios en las personas.

Así, las estrategias de intervención que debemos aplicar a las personas que padecen el síndrome de Burnout deben integrar técnicas que permitan:

- 1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas que permitan la adquisición y mejora de estrategias individuales de afrontamiento, principalmente las centradas en la solución de problemas).
- 2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, entrenamiento en inoculación de estrés, técnicas de organización personal, etc.).
- 3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y la asertividad.
- 4) Fortalecer las redes de apoyo social.



- 5) Disminuir y si es posible, eliminar los estresores del contexto organizacional.
- 6) Mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales.
- 7) Control de pensamientos irracionales.

Hay que realizar estrategias de intervención tanto a nivel individual como a nivel individuo-organización, ya que estamos constantemente en contacto con los factores que pueden provocarnos Síndrome de Desgaste Ocupacional, al estar más informados y teniendo las estrategias adecuadas hay más probabilidades de manejar para empezar el estrés y al mismo tiempo evitar llegar al Síndrome de Desgaste Ocupacional; primero se debe distinguir el objetivo de la intervención (control de estresores, proceso evaluación o estrategias de afrontamiento, etc.) y el nivel donde se centra la intervención (individual, organizacional o individuo-organización).

Teniendo en cuenta el nivel de la intervención, las estrategias a utilizar, podemos diferenciarlas en:

- 1) **Estrategias individuales:** Ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, el entrenamiento en organización personal, uso eficaz del tiempo, habilidades sociales y asertividad, desarrollo de habilidades de comunicación, planificación de actividades de ocio y tiempo libre, procesos cognitivos de autoevaluación, evitar la experiencia de estrés, técnicas de solución de problemas, técnicas de autocontrol. Se trata de que el sujeto sepa organizarse en su trabajo, trabaje mejor con mayor eficiencia y eficacia, y aprenda a disfrutar lo que hace.
- 2) **Estrategias Sociales:** Dado que la falta de apoyo social tiene efectos directos o moduladores sobre el síndrome, se recomienda utilizar estrategias que favorezcan el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares, habilidades sociales, trabajo cooperativo, reuniones de grupo (Buendía, 1990; citado en Buendía y Ramos, 2001).
- 3) **Estrategias organizacionales:** Implicar a toda la organización en programas y actividades de prevención y tratamiento del síndrome de Burnout, la cual se centra en tratar de reducir las situaciones generadoras de estrés laboral, modificando el ambiente físico, la estructura



organizacional, las funciones de los puestos, las políticas de administración de recursos humanos (<http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/artBurnout.doc>), desarrollo organizacional, planes de carrera, calidad total, reingeniería, In-Tray (In-Basket) (<http://delcampovillares.com/?s=Burnout>), equipos de trabajo que trabajen en equipo (Buendia y Ramos, 2001), flexibilidad de horarios, sueldos competitivos, etc.; con el propósito de crear estructuras más horizontales, descentralización en la toma de decisiones, brindar mayor independencia y autonomía, promociones internas justas, evaluaciones formales de rendimiento laboral, o introducir técnicas para la mejora de Calidad Total (círculos de calidad, grupos de mejora).

Las universidades deberían de llevar a cabo el programa de *socialización anticipatoria*. Es importante señalar que el síndrome de Burnout, si se quiere evitar o cuanto menos prevenir y controlar, no puede afrontarse únicamente a nivel individual, sino que la solución pasa necesariamente por la mejora de las condiciones ambientales, el rediseño y enriquecimiento de los puestos de trabajo, la redefinición de roles, la reorganización de horarios, el diseño de planes de carrera, el desarrollo de equipos de trabajo, la utilización de técnicas y estilos de dirección participativa, la mejora de la comunicación (interna y externa) y del clima laboral, etc., y en general el estudio de toda la organización como un sistema integral que puede contribuir poderosamente a la salud física y mental de trabajadores y directivos (Buendia y Ramos, 2001).

Por otra parte, a pesar de que algunos profesionales aparentan que están enfrentando adecuadamente el Síndrome de Desgaste Ocupacional, al realizar el seguimiento y de acuerdo a ciertas investigaciones en México, aún seguimos confundiendo este síndrome con otros problemas psicológicos (comentado en capítulo tres de esta investigación), por esta razón la sociedad, incluso la legislación, no le han dado la importancia debida a un problema que de no ser tratado de manera correcta puede llevar a un desarrollo crónico en la salud del individuo; a pesar de que la ONU en el año 2000 reconoció al Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) como una enfermedad, ha despertado el interés y ha sido reconocido solo en algunos países como Brasil y España, en los cuales ya han tomado medidas en la jurisprudencia.



Hay que tomar en cuenta que existe poca investigación sobre prevención y tratamiento del síndrome de desgaste ocupacional, sería bueno llevarlos a cabo para saber cuál es el más benéfico en cada ámbito laboral y personal; en México María del Carmen Vega Ramírez (2005) realizó una investigación sobre “prevención del Burnout: una alternativa de capacitación para psicólogos en atención a violencia intrafamiliar”, Rosa Elvira Bobadilla Arroyo (2010) hizo una “propuesta de intervención para la prevención del Burnout en empleados administrativos de una empresa de tienda de conveniencia”; mientras que José Manuel Párraga Sánchez (2005) evaluó la “eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios”, por último Conxa Trallero Flix (sin año) realizó un “tratamiento del estrés docente y prevención del Burnout con musicoterapia autorrealizadora” (<http://www.musicoterapia-autorrealizadora.net>), también se podría tomar en cuenta diferentes tipos de terapia como la “terapia racional emotiva” y risoterapia para empresas, de igual forma ir combinando los tipos de terapia para que no se vuelva algo monótono y más bien sea algo novedoso para las personas.

Hoy en día es importante que las organizaciones sean conscientes de que la formación y los costos en salud laboral son en definitiva una inversión a futuro, el hecho de invertir en recursos humanos ayudará a tener una organización más sana y capaz de anticiparse y enfrentarse a los cambios del entorno, y por tanto más competitiva y eficaz tanto a nivel organizacional como individual; ya que al incrementar la productividad junto con la satisfacción de los trabajadores reduce la frecuencia, la intensidad y el número de los conflictos obrero-patronales, los trabajadores al aumentar su salud y manteniendo su integridad obtendrán más satisfacciones en las labores desempeñadas y propiciará su desarrollo en forma integral; los clientes o usuarios obtendrán mejores productos, servicios y una mejor atención personal (Uribe, 2008). Gil-Monte dice que hay que mejorar la calidad de vida laboral, fomentar patrones culturales adecuados y hacer una inversión económica en sistema sanitario (conferencia dictada en el “1° Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y salud Mental en el Trabajo”, Cuernavaca, Octubre, 2006).

Identificar las consecuencias que pudiese tener el Burnout en nuestro país permite la acción del psicólogo como parte activa de la sociedad mexicana. Los psicólogos, profesionales de servicios, tienen la responsabilidad de actuar ante este fenómeno, no solo por el riesgo que



coloca a la profesión de padecerlo, sino porque forma parte de su perfil profesional y compete a sus áreas de estudio.

No hay que alarmarse, Pines y Aronson (1989, en Ovejero, 2006) señalan que por una parte el síndrome de Burnout puede ser una experiencia muy dolorosa y estresante en cualquier evento difícil que se presente, pero si es manejado apropiadamente no solo puede ser superado, sino que también puede ser el primer paso hacia una autoconciencia y autoconocimiento mejorado, un entendido humano enriquecedor, así como un precursor de cambios en el crecimiento de vida importantes para la persona.

Los psicólogos debemos tomar en cuenta las diferentes técnicas:

Ψ Brindar información sobre el síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), sus síntomas y consecuencias principales para que sea más fácil detectarlo a tiempo.

Ψ Vigilar las condiciones del ambiente laboral fomentando el trabajo en equipo.

Ψ Diseñar e implementar talleres de liderazgo, habilidades sociales, desarrollo gerencial, etc.

Ψ Implementar cursos de inducción y ajuste al puesto y a la organización para el personal de nuevo ingreso.

Ψ Anticiparse a los cambios brindando talleres que contribuyan a desarrollar habilidades, conocimientos y estrategias para enfrentarse a éstos.

También es necesario realizar estudios epidemiológicos que permitan definir qué características generales de ciertos puestos de trabajo deben considerarse asociadas a la aparición del síndrome. La asociación entre Burnout y diferentes factores, antecedentes y consecuentes proporciona una base para el desarrollo de teorías sobre el síndrome de Burnout, las cuales deben ser probadas en rigurosos estudios experimentales y longitudinales.

Una de las limitaciones que se encontró durante la aplicación del EMEDO, es que alguna personas no estaban familiarizadas con ciertas palabras, como: deglutir (reactivo 35), si llegaban a preguntar se les explicaba; en el reactivo 38 se encontró que se debería tener otra opción de respuesta para aquellos individuos que no han iniciado su vida sexual, ya que desconocen si sienten dolor o no durante una relación sexual. Por último que sea el mismo



número de hombres y de mujeres para obtener resultados más precisos al momento de comparar entre sexos.

Se sugiere que como estudiantes de psicología y no solo en esta carrera, se enseñe sobre el Burnout (Síndrome de Desgaste Ocupacional), ya que se tiene la idea de que lo único que existe es el estrés cuando hay algo mayor a eso; y que se haga una mayor difusión a nivel nacional, ya que solo una persona que participó en la investigación como sujeto sabía que existía dicho síndrome, el resto lo ignoraba hasta el momento de la aplicación.

Hacer consciencia en los empresarios, directivos y jefes, de que las modificaciones que se están haciendo, como los horarios de trabajo que en su mayoría rebasan las 8 hrs., días de descanso, entre otros cambios, solo están afectando al personal que labora con ellos, sin darse cuenta del daño que están ocasionando tanto a la persona como a su propio negocio, por querer ganar el mayor número de mercado en el presente, perdiendo ese número en un futuro por no dar una buena calidad de vida al empleado y que en lugar de beneficiarse a la larga se perjudica. Los psicólogos tienen la responsabilidad de que esto no pase y desarrollar y mantener un buen clima organizacional, y una buena calidad de vida para las personas.



Referencias



- Agulló, E. y Ovejero, A. (2001). *Trabajo, Individuo y Sociedad. Perspectivas Psicológicas sobre el futuro del trabajo*. Madrid: Pirámide.
- Alcocer, A., Martínez, D. y Pérez, M. (2004). *Introducción a la Psicología del trabajo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Almirall, H. (2000). Ergonomía cognitiva. Apuntes para su aplicación en trabajo y salud. Cuba: *Instituto de Medicina del Trabajo*.
- Alvarez, J. (1999, 9 de febrero). [en red]. México *El trabajo a través de la historia*. Cuaderno de Materiales. Disponible en: <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9a.htm> Recuperado el (2009, 26 de agosto)
- Alvarado, C. (2009, 9 septiembre) [en red]. México. *Historia de la Salud Ocupacional*. Disponible en red: <http://www.bvsde.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo4.pdf> Recuperado (2010, 19 de octubre).
- American Psychological Association (1998). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. 1ª edición en español. México: El Manual Moderno.
- Ángel, E., Martínez, P., Sánchez, A. y Rodríguez, J. (2007). Relación entre Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19 (3), p. 388-394.
- Apiquian, A. (2007). El síndrome del Burnout en las empresas. *Tercer congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac*, Mérida Yucatán.
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. y Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigación en Salud*. Vol. 6, No. 1: p. 28-34.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*. Vol. 71, N° 3: p. 293-303.
- Barajas, S. (2010). Desgaste Ocupacional (Burnout) en trabajadores mexicanos: comparación de mandos medios y nivel operativo. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.



- Barragán, G. (2004). *Factores Psicosociales relacionados con el Burnout en el personal de dos instituciones de asistencia social del Estado de México*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.
- Barrios, S. y Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 14 (1), p. 136-141.
- Bauselas, E. (2005). Reseña de “El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)” de Gil-Monte, Manso J. 2006 Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory-Version Human Services Survey en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (1), p. 115-118.
- Benavides, F., Ruiz, C. y García, A. (2005). *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. (2ª edición). Barcelona: Masson.
- Blum, M. y Naylor, J. (1977). *Psicología Industrial. Sus fundamentos teóricos y sociales*. México: Trillas.
- Bobadilla, R. (2010). *Propuesta de intervención para la prevención del Burnout en empleos administrativos de una empresa de tienda de conveniencia*. Tesina de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Bonilla, C. y Santamaria, N. (2010). *El desgaste ocupacional y su relación con variables demográficas en trabajadores operativos de un restaurant*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del Burnout, Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós.
- Brom, J. (1980). *Esbozo de Historia Universal*. México: Grijalbo
- Brom, J. (2006). *Esbozo de Historia de México*. (3ª ed.) México: Grijalbo.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Cardoso, M., Hernández, I. y Leal, R. (1990). Salud Pública en México. *Instituto Nacional de la Salud Pública*, 32 (1), p. 88-97.
- Carmen, R; García, V. y Martínez, E. (1997). Factores Psicosociales y Salud: Reflexiones necesarias para su investigación en nuestro país, *Revista Cubana Medicina General Integral*, 13 (6), p. 572-576.



- Chiang, M., Salazar, C. y Huerta, P. (S.F.). Clima organizacional y Satisfacción Laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones Públicas) Adaptación de un instrumento. *Chile, Universidad de Bio-Bio Concepción.*
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la Teoría de la Administración.* Mc. Graw Hill Interamericana.
- Christensen, H. (2005). *Estadística paso a paso.* México: Trillas
- CIE-10 (1993). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios, diagnósticos de investigación. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Edit. Meditor, OMS (Ginebra), Madrid. López-Ibor, J.
- Departamento de Medicina Preventiva (2008) Madrid. [en línea]. *Evolución Histórica de la Salud Pública.* Universidad de Sevilla. Disponible en: <http://personal.us.es/cruzrojo/EVOLUCION-SALUD-PUBLICA.pdf> Recuperado (2010, 26 de marzo).
- De Zuani, R. (2003). *Introducción a la Administración de Organizaciones.* Argentina: Maktub.
- *Diccionario de Administración y Finanzas* (1983). España: Oceano.
- *Diccionario jurídico sobre seguridad social*, (1994, 6 de octubre), [en línea]. México Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, México. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/2/736/pl736.htm> (12 marzo de 2010).
- DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson, Barcelona, 1ª edición (reimpresión 2005), López-Ibor, J. y Valdes, M.
- Durán, L. (2002). Educación saludable. *Boletín Médico del Hospital infantil de México*, 59 (12), pp. 792-799.
- *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo, OIT*, (1999). Mager, J; (Vol. 1-4). Oficina Internacional del trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Espinosa, S. y Quintana, L. (2010). *Relación entre Burnout y autoevaluación del desempeño en una muestra de trabajadores mexicanos.* Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Estructplan on line (2000). Argentina [en red]. *Boletín ambiental.* Disponible en red:



www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp Recuperado (2010, 9 de marzo).

- Fernández, J. y Piñol, E. (2000). Horario Laboral y Salud: Consecuencias Psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y psicología clínica* , 5 (3), p. 207-222.
- Ferrel, O., Hirt, G., Ramos, L., Adriaenséns, M. y Flores, M. Á. (2004). *Introducción a los Negocios en un Mundo Cambiante*. Mc Graw Hill Interamericana.
- Firth-Cozens, J. y Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. England: Edit. Wiley, 1a edición.
- Fisco Nominas (2008). *Grupo ISEF*. México: IMESA.
- Francisco Javier Sacristán R. (2009). Breve Historia del Trabajo. Disponible en red: <http://www.scribd.com/doc/13707418/Breve-Historia-Del-Trabajo>
- Fundación este país (2002). Salud Pública en México: la batalla por la calidad. *Este país* (México, D.F.), (140), p. 67-72.
- Fundación este país (2005). En México ¿La salud es primero? *Este país* (México, D.F.), (174), p. 61-64.
- Garcés de los Fayos, E. (1995). Burnout en niños y adolescentes: un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*. Vol. 7, N° 1, p. 33-43.
- Garcés, E., López, C. y García, C. (1997). El síndrome de Burnout y su evaluación: Una revisión de los principales instrumentos de medida. Presentado en el *I Congreso de la asociación Española Clínica y Psicopatología*. Madrid.
- García, J. y De Juan, Y. (2006). *Psiquiatría Laboral*. Barcelona: Edika Med. S.L.
- Gessen, V. y Gessen, M. M. (2002). Adictos al Trabajo. *EDUCERE* , 6 (18), p. 217-220.
- Gil, J. (2004). *Psicología de la salud, aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. España: Pirámide
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Edit. Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. (2006). *Riesgos psicosociales y Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Conferencia dictada en el "1° Foro de las Américas en Investigación sobre



Factores Psicosociales, Estrés y salud Mental en el Trabajo.” UNIPSICO (Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional). Cuernavaca (Morelos) 12-14 de octubre, (paper).

- Gomero, R., Zevallos, E., y Llapyesan, C. (2006). Medicina del trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Revista Medica Hered* , 17, p. 105-108.
- González, G. (2004). La globalización y el mercado de trabajo en México. *Revista Latinoamericana de Economía* , 35 (138), p. 97-124.
- Guerrero, P. (2004). Guerra, Diversión y Entretenimiento. *Revista Cultural Lotería*, 457. P. 95-113.
- Guizar, R. (2004). *Desarrollo Organizacional. Principios y Aplicaciones* (2ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gulalp, B., Karcioğlu, O., Sari, A. y Koseoğlu, Z. (2008). Burnout: need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* , 3 (32), 5.
- Helen Fisher, (2010)., disponible en:
<http://alejandragodoyhaeberle.bligoo.com/content/view/841575/La-segunda-fase-de-una-relacion-de-pareja-del-enamoramiento-al-amor-romantico.html>;
[http://www.inteligencia-emocional.org/aplicaciones_practicas/ETAPAS del amor.htm](http://www.inteligencia-emocional.org/aplicaciones_practicas/ETAPAS_del_amor.htm)
- Hernández, G. (2000). El empleo en México en el siglo XXI. *El Cotidiano*, 16 (100), p. 117-128.
- Hernández, J. (2002). Diversión del Futuro. *Expansión*, p. 52-70.
- Hernández, S., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2009). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: Mc-Graw Hill.
- Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la salud. *Fundamentos y aplicaciones*. (1ª edición) Guadalajara: Universidad Guadalajara.
- Hernández, J., Terán, O., Navarrete, D. y León, A. (2007, diciembre), [en línea]. El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. (5), p. 50-69. Disponible en red:
<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4 - No.5.pdf> Recuperado (2009, 11 de diciembre).



- Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006). El síndrome de Burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of clinical and health Psychology* , 6 (003), p. 599-611.
- Hernández, R. (2007). Una prospectiva de la salud en México (Algunos aspectos del marco sociojurídico). *Alegatos* , p. 47-55.
- Hitt, M., Black, S. y Porter, L. (2006). *Administración*. México: Pearson.
- Hurtado, J. P. (2005, Noviembre). *Vocabulario de Economía Política*, [en línea]. España: Universidad de Malaga. Disponible en : <http://www.eumed.net/cursecon/dic/jph/index.htm> recuperado (2010, 6 de enero)
- Ivancevich, J. y Matteson, M. (1989). Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial. (2ª edición). México: Trillas.
- Jiménez, A. M. (2005). *Estrés Laboral*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Jiménez, A. J. (2005). Las políticas de empleo en México y el desarrollo regional. *Aportes* , p. 25-43.
- Juárez, A. (2007a). Factores Psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud pública* , p. 109-117.
- Juárez, A. (2007b). Psicología de la salud ocupacional: Área de oportunidad en México. *Salus cum propositum vitae* .
- Juárez, A. (2007c). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en salud* , 9 (1), p. 57-64.
- Juárez, G. (2006). El problema del empleo en México. *Observatorio de la economía latinoamericana*. No. 67
- Karioshi (2010). Disponible en: <http://www.rincondelasalud.com/es/sabiasque/K/>
- Kerlinger, F y Lee H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en las ciencias sociales*. 4ª ed. México: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zarate (2002). *Psicología social de las americas*. México: Pearson .



- Lastra, J. (2001, mayo). El trabajo en México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* [en línea], No.101, p. 487-535. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/revistas/resulart.htm>. Recuperado (2009,19 de septiembre).
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). *Psicología de la Salud y de la calidad de vida*. Barcelona, Edit. UOC, 1ª edición.
- Lomelí, L. (2006, 15 de noviembre), [en red]. La Salud y la seguridad social. *Economía informa*. (343), p. 108-116. Disponible en red: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> Recuperado el (2011, 15 de enero)
- López, L. y Campos, J. (2002). Evaluación de factores Presentes en el estrés laboral. *Revista de Psicología* , 11 (1), p. 149-165.
- Loria, J. y Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Cd. de México. *Revista cubana de medicina intensiva y emergencias*. Vol. 5, N° 3, p. 432-443.
- Lozano, M. (2008). *Relación entre el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y trastornos psicósomáticos*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Lozano, J. (2010, 28 de abril). *Necesario reforzar mecanismos preventivos para fortalecer seguridad y salud en el trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Comunicado 072 [en línea]. México: Dirección General de Comunicación Social. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/>. Recuperado (2010, 15 de mayo)
- Lustig, N., (2007). Políticas públicas y salud en México. *Nexos*. 29 (358), octubre p. 49-54.
- Margarita, J., Báez, C. y Vinaccia, S. (2008). “Incivismo” en el lugar de trabajo: “un nuevo factor de estrés laboral”. *Acta colombiana de psicología*. 11 (2), p.37-46.
- Martínez, C. (2004). Síndrome de estrés laboral asistencial: Burnout. *Revista de Salud Pública. Higiene*. Vol. 6, N° 1, p. 135-146. LVII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de la Salud Pública. Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C.
- Martínez, F. (17 de Mayo de 2010). Las Autoridades ocultan accidentes y enfermedades laborales: Investigaciones. *La jornada* . Disponible en red: <http://www.jornada.unam.mx/2010/05/17/index.php?section=sociedad&article=040n2soc>



- Meda, D. (1998). El trabajo un valor en peligro de extinción. (1ª edición). París Aubier: Gedisa.
- Méndez, E. (s.f). *Programa Universitario de Salud Universidad Autónoma de Nuevo León*. (Manuscrito no publicado).
- Mendoza, I., Arias, F. y López, R. (2008). *Estudios de género del perfil de desgaste profesional de trabajadores de una institución pública de salud en el D.F. asociado a variables sociodemográficas y organizacionales*. Congreso XIII de Contaduría, Administración e Informática Disponible en:
http://www.dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/imprimir.php3?id_article
- Mendoza, M. (2001). *Niveles de estrés en trabajadores de organizaciones de transporte*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Meza, L. (2005,Abril). Transformaciones del mercado mexicano. Universidad Iberoamericana, Departamento de economía,ICE. Disponible en:
http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/ICE_821_143-162_CE20D106BC6A4EF05F9F128A2142A8A7.pdf Recuperado (2010, 6 de abril).
- Mireles, A; Pando, M. y Aranda C. (2002). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil en Guadalajara, México. *Investigación en salud*, 4 (2).
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A. y Rodríguez, J. (2007). Relación entre el Burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*. Vol. 19, N° 3, p. 388-394, ISSN 0214-9915.
- Moreno, B., Meda, R., Rodríguez, A., Palomera, A. y Morales, M. (2006). El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*. Vol. 16, N° 1, p. 5-13.
- Müller, E. (1999). *Cultura de Calidad de Servicio*. México: Trillas
- Nieto, H. (2005). *Salud Ocupacional*. Disponible en:
<http://api.ning.com/files/O8kYbFcC3Bk8nVXRjyoXG2XEGLzcPYkhzJeUrXjYoycpxtZkqe-PwfPwekBRQGNd7OuOdE0sll7j2qvvUGPIUzEi6c8AAWu/SaludLaboraldeNieto.doc>
Recuperado (2009, 20 de septiembre).



- Norton, A. (2010, diciembre). Relación del nivel educativo con enfermedades cardiovasculares [en línea]. Nueva York. Disponible en <http://www.intramed.net>. (2011, 20 de enero).
- NOTIMEX. Advierten especialistas que el estrés laboral puede provocar la muerte (2006, 31 de diciembre) [en red] México Disponible en: <http://defecito.com/2006/12/31/advierte-especialista-que-el-estres-laboral-puede-provocar-la-muerte/>
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. (2ª edición). México: Thomson.
- OIT/OMS. (1984). [en línea] *Factores Psicosociales en el trabajo. naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra. Disponible en red: <http://factorespsicosociales.com/publicaciones/2009/08/24/factores-psicosociales-en-el-trabajo-naturaleza-incidencia-y-prevencion/> Recuperado (2009, 24 de agosto).
- Olvera, L. Entrevista al Profesor Felipe Uribe Prado. Ciudad Universitaria, (2009, 3 de febrero). [en red]. Número 4, 133, ISSN 0188-5138, p. 12-13, gaceta en línea: www.gaceta.unam.mx
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). Estrategía de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el caribe: Anexo No.6. (O. M. Salud, Ed.) *Documento de trabajo*. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Organización Internacional del Trabajo.OIT, (2010). *El consejo de Adminsitración de la OIT aprueba una nueva lista de enfermedades profesionales*. Sala de prensa. <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1999). Salud de los trabajadores en la región de las America. *Cuadrigésimo Primer consejo Directivo Ginebra*.
- Ovejero, A. (2006). Psicología del trabajo en un mundo globalizado. Cómo hacer frente al Mobbing y al estrés laboral. (1ª edición). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Padilla, V., Peña, J. y Arriaga, A. (2006). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y Salud* , 16 (1), p. 79-85.



- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Palmer, L., Gómez, A., Cabrera, C., Prince, R. y Searcy, R. (2005). Prevalencia del Síndrome de Agotamiento en Médicos Anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. *Gaceta Médica Mexicana*, 141 (3), p. 181–183.
- Peiró, J. y Prieto, F. (2007). *Tratado de psicología del trabajo. Volumen I: La actividad laboral en su contexto*. (2ª edición). Madrid: Síntesis.
- Pichardo, A. (2008). *Identificación del síndrome de Burnout en alumnos del 5º año de la carrera de cirujano dentista en la clínica periférica Padierna de la F.O.* Tesis de licenciatura, Facultad de Odontología UNAM.
- Pichardo, C. y Retiz, A. (2007). *Medición del Desgaste Ocupacional a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en ejecutivos de servicio del banco HSBC*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología.
- Pineda, M. y Renteria, E. (2002). *Estrés, Motivación de logro y rendimiento académico en estudiantes universitarios que trabajan*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- *Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional*. Comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios. Dirección General de Salud Ambiental México D.F. (2002). Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7658.pdf>
- Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), p. 117-125.
- Ramírez, R. (2008). *Relación entre Síndrome de Burnout y Clima Organizacional en el Instituto Nacional de Psiquiatría*. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, J., Arias, R., Arias, L. y Nava, R. (2011). Situación actual de la salud en el trabajo en México. *Revista Latinoamericana de la Salud en el trabajo*, 1 (1), p. 28-30.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: RAE.



- Rendón, I. (2010). Cuando el trabajo quema. *Enriquece tu vida. Psychologies magazine*, N° 16, p. 54-57.
- Rivera, M. (2008, 5 de mayo). Desgaste profesional o Síndrome de Burnout. Noticieros Televisa. Disponible en red:
<http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/729718.html> recuperado el (2010, 9 de septiembre).
- Rodríguez, A. (2001). *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. España: Pirámide.
- Romero, A. (2008). Inspección Federal del Trabajo en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* (6), p. 113-143.
- Romero, H., Súmano, R. F. y Romero, R. (2009). Salud Pública y salud laboral para el desarrollo de la empresa Queretana. *Revista Salud Pública y Nutrición*.
- Rozenberg, D. (1999). Los Captores del tiempo libre. *Expansión*, p. 85-89.
- Ruíz, A. (1987). *Salud Ocupacional y Productividad*. México: Limusa.
- Sabino, C. (2005). *Diccionario de Economía y Finanzas*. [en línea], España: Universidad de Málaga. Disponible en:
<http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/diccionario.pdf> Recuperado (2009, 25 de septiembre).
- Sahili, L. (2010). *Psicología para el docente. Consideraciones sobre los riesgos y desafíos para la práctica magisterial* (1ª ed.). Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Salgado, M. (2005). Empleo y Transición profesional en México. *Papeles de población*, Jun. No.44, p. 255-285.
- Sánchez, F., Pérez, A., Sánchez-Vizcaino, P., Ortega, M., Pérez-Martínez, P. y Haro, L. (2007). Reflexiones en torno a los 40 años de la medicina del trabajo en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. 403-412.
- Sánchez, I. (2010). *Presencia de Burnout en estudiantes universitarios: un estudio de validación del instrumento Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Sanchez, J. (2009, 12 de enero). [en red] Moobing, violencia laboral en la oficina. *El Universal*. Disponible en red:



<http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/1745.html> Recuperado (2010, 20 de noviembre).

- Sanchez, J., (2010, 28 de abril). Mueren 1,412 al año por riesgos laborales. *EL UNIVERSAL*.
- Sánchez, J. (2010, 27 de junio). IMSS advierte sobre accidentes laborales. *El Universal*.
- Schaufeli, W. y Buunk, B. (2004). Burnout: An Overview of 25 years of research and theorizing. *The Handbook of work and health psychology*. 2a edición. Recuperado (2010, 25 de marzo).
<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/0470013400.ch19/summary>
- Schultz, D. (1999). *Psicología Industrial*. México: McGraw-Hill.
- Sean, P. (2009, Enero). Personal Power Can Overcome Job Burnout. *ONS CONNECT*, p. 33.
- Simón, M. (1999). Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid, Edit. Biblioteca Nueva S.L.
- Sultan, P. (1964). Economía política del trabajo. (1ª edición). México: Trillas, S. A.
- Talavera, M. (2005). *El Concepto de salud definición y evolución*.
www.medicina.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc Recuperado (2010, 29 de septiembre).
- Thomas, D. (1985). La estrategia es diferente en las empresas de servicios. *Expansión*, p. 140-155.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de Burnout*. (1ª edición-2003, 1ª reimpresión-2004). Argentina: Edit. Espacio.
- Uribe, J. F. (2008). *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. México: Universidad nacional Autónoma de México.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), (2007, 10 de febrero) [en línea]. Promoción y *Educación para la salud*. Disponible en:
http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_2 Recuperado (2010, 20 de febrero).
- Valdés, C. y Hamud, S. (1986). Salud y Educación: Dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional. *Salud Pública*. 28 (4), p. 393-404.



- Vargas, L. (2008). *Síndrome Burnout en organizaciones mexicanas*. Tesina de licenciatura. Centro Universitario Indoamericano, Tlanepantla. Lic. en Psicología.
- Vega, M. del Carmen (2005). *Prevención del Burnout: una alternativa de capacitación para psicólogos en atención a violencia intrafamiliar*. Tesina de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Vega-Franco, L. (1980). *Bases esenciales de la salud pública*. (3ª reimpresión). México: Edit. La prensa médica mexicana.
- Zúñiga, A. (2008). *Relación entre el síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en odontólogos*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- <http://www.espanolsinfronteras.com/LenguaCastellana-RD04-Com.EICine06-CineySociedad.htm> recuperado (2011, 7 de enero).
- <http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/artBurnout.doc>, desarrollo organizacional, planes de carrera, calidad total, reingeniería, In-Tray (In-Basket) (recuperado el 21 de octubre de 2010: <http://delcampovillares.com/?s=Burnout>).
- <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/gestion/num5/doc12.htm>
- <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9a.htm> .
- <http://www.musicoterapia-autorrealizadora.net>
- <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm>
- <http://www.cnnexpansion.com/emprendedores/2010/06/07/el-nepotismo-y-amiguismo-empresarial>
- <http://www.asesorlaboral.es/workpress/blog/2009/03/23/%C2%BFde-que-esta-enferma-su-compania/>



ANEXOS



Cuestionario (F01)

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

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 y confidenciales

Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO

¡GRACIAS!



¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

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 enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los 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 mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.



¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te desiertas 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 respiratorias 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 mensual, 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. ¿Si estudiaste una carrera, 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 tu 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?