



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL**

**SÍNDROME DE BURNOUT: UNA MUESTRA DE TRABAJADORES
SOCIALES DEL SECTOR SALUD**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

KITZIA MOLINA SÁNCHEZ

TUTOR PRINCIPAL:

**DRA. MARÍA DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. AÍDA VALERO CHÁVEZ	ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM
DR. ALEJANDRO CHIRINO SIERRA	ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM
DR. RAFAEL A. SÁNCHEZ ALAVEZ	ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM
DR. GUSTAVO H. SOLÍS COIFFIER	FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

MÉXICO, D.F., JUNIO, 2014.



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 infinitamente a Dios porque tengo la certeza que en la vida no existen las casualidades, transitamos por el camino de ella bajo nuestro propio juicio y discernimiento, tomando decisiones que nos llevaran al éxito o al fracaso, pero cual sea el resultado, tengo la certeza de que mi Dios es escudo alrededor de mi, mi gloria y quien levanta mi cabeza.

Para este camino de la vida, Dios confió en mis padres, Jehuel y Elizabeth, que a través de su amor, su ejemplo, su dedicación, su trabajo y su perseverancia, han sido los pilares que me han sostenido y formado para llegar hasta este momento, doy infinitas gracias a Dios por haberme puesto en sus vidas.

A mi hermana Rebeka, mi otra mitad, la única persona que con su infinito amor me ha demostrado día a día estar siempre, la voz de mi conciencia, la parte objetiva de mi vida que me ayuda siempre a ver el otro lado de la moneda bajo cualquier circunstancia y pese a mi propia voluntad, y por supuesto, a Dan Jetro, mi amado y único sobrino, que desde que llegaste a nuestras vidas nos inundaste de alegría e ilusión y, conforme vas creciendo, nos demuestras que tus logros también son nuestros.

Con cada suceso importante en mi vida mi orgullo crecía pero no fue hasta que tuve la oportunidad de ser mamá que pude llegar a reconocer que ninguno de mis más grandes logros se comparaba en lo más mínimo con ese enorme y bello sentimiento de traer al mundo a mis hermosas y amadas hijas, Darah y Vania, quienes irrumpieron en mi vida, cambaron mis planes, hicieron que mis sueños fueran otros, que mis miedos crecieran, despertaron la incertidumbre hacia la vida, me hicieron consiente de mis errores y sensible hacia mis sentimientos, pero lo primero de todo esto, fue esa sensación irrepetible e inmejorable de sentir latir dos corazones en mi cuerpo, las amo más que a nada en el mundo. Infinitas gracias Juan por darme la oportunidad de convertirme en madre y que pese a todas las circunstancias siempre evidenciaste que en esta vida hay más de una realidad, Dios te bendiga por ello.

Mi más profundo agradecimiento a mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, que me abrió sus puertas para mi formación académica desde mi bachillerato, en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur y mis estudios profesionales, en mi amada Escuela Nacional de Trabajo Social, misma que a través de su Coordinación de Estudios de Posgrado y del Mtro. Francisco Calzada Lemus y el Mtro. Jorge Hernández, me brindaron todas las facilidades en este proceso.

Infinitas gracias a cada uno de los profesores y maestros que intervinieron en mi formación académica, en especial, a la Lic. Carmen Bulos, quien a través de su profesionalismo y amor a la profesión marcaron la diferencia, a mi Maestro y amigo Alberto Menéndez Guzmán, por su gran conocimiento, por su sabiduría y pasión por la vida y, por supuesto, a la Dra. María del Rosario Silva Arciniega, quien camino a mi lado en esta gran aventura y que pese a todas las adversidades nunca se cansó de decirme que sí lo lograríamos.

Gracias a los miembros de mi jurado, a la Dra. Aída Valero Chávez, al Dr. Alejandro Chirino Sierra, al Dr. Rafael Sánchez Alavez y al Dr. Gustavo Solís Coiffier, quienes desde su visión y conocimiento profesional colaboraron con sus comentarios y aportaciones para que el contenido de este trabajo obtuviera la relevancia requerida.

Mi agradecimiento a mi segunda instancia formadora, la Secretaría de Salud, quien a través de 23 años de antigüedad me ha dado todas las facilidades para formarme como profesionista, ha sido una gran bendición el poder conjuntar mis conocimientos profesionales con mi quehacer laboral, al Consejo Nacional contra las Adicciones, ahora, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, instancia que me ha proporcionado la oportunidad de realizar mi trabajo desde la teoría y la práctica con calidad y calidez, a mi siempre amiga Ana Martha Valenzuela, quien desde hace años hemos caminado juntas en este proceso sin perder la ilusión de que podemos hacer el cambio, en nosotras, en nuestra familia y en nuestra sociedad. A Alberto Navarro Jaimes y a la Sección Sindical No. 66, por su amistad y apoyo incondicional.

A mis compañeros de maestría por enseñarme que la edad no hace la diferencia cuando el objetivo es el mismo, a mis siempre amigas y amigos, quienes me han demostrado que la amistad va más allá del tiempo y de la distancia y que puedes estar presente aun en la más grande ausencia.

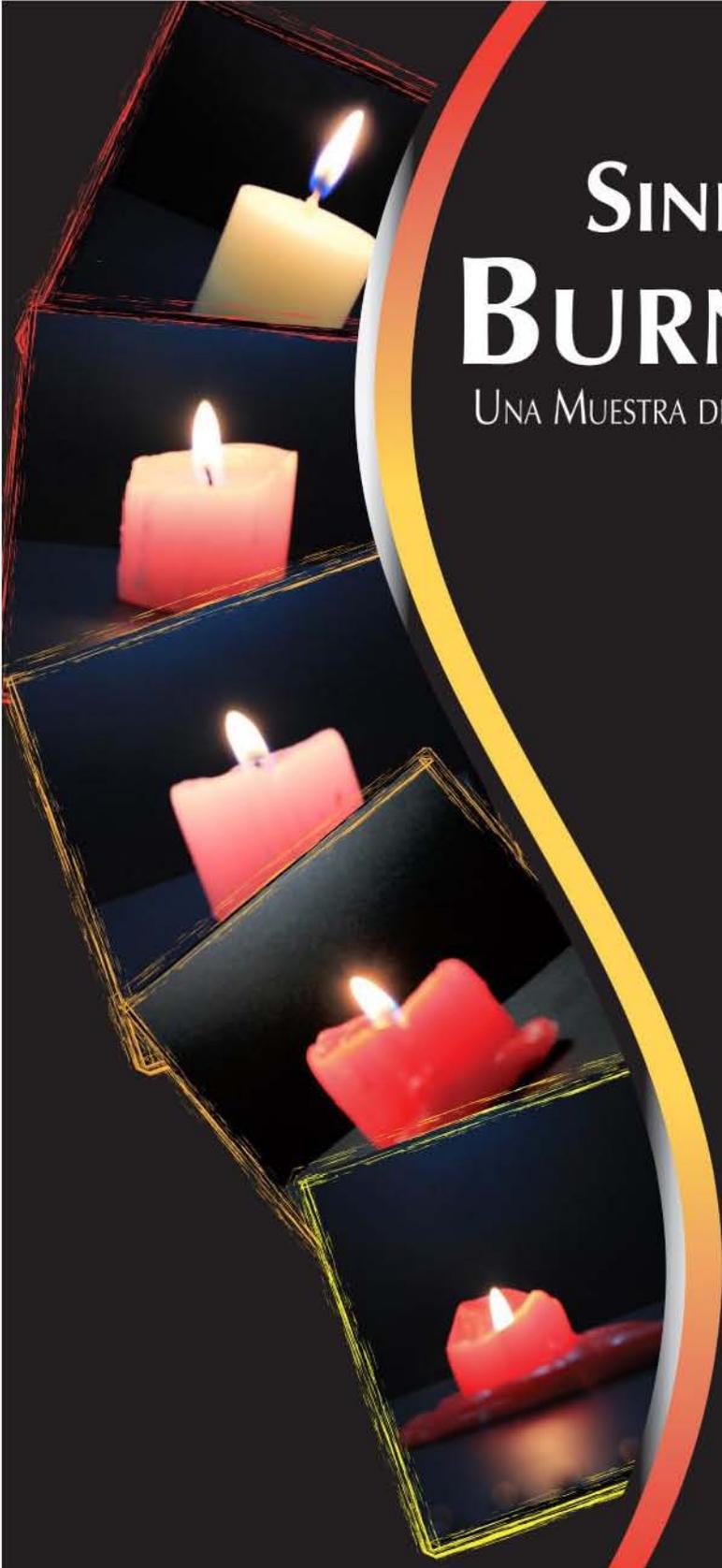
*A ti mi Señor, mi Dios....
Eli Eli Lama Sabactani*

*Trabajar duro por algo que no nos interesa se llama estrés.
Trabajar duro por algo que amamos se llama pasión.
Anónimo.*

*No es saludable estar bien adaptados a
una sociedad profundamente enferma.
Jiddu Krishnamurti*

*No es la más fuerte de las especies la que sobrevive,
tampoco es la más inteligente.
Es aquella que es más adaptable al cambio.
Charles Darwin.*

*Nuestro conocimiento nos ha hecho cínicos.
Nuestra inteligencia, duros y secos.
Pensamos demasiado y sentimos muy poco.
Más que máquinas necesitamos humanidad.
Más que inteligencia necesitamos
amabilidad y cortesía.
Sin estas cualidades la vida será violenta
y todo estará perdido.
Charles Chaplin.*



SINDROME DE BURNOUT*

UNA MUESTRA DE TRABAJADORES SOCIALES
DEL SECTOR SALUD



UNAM
POSGRADO
Trabajo Social



INDICE DE CONTENIDO

Resumen/Abstrac

INTRODUCCIÓN

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1 Salud	13
a. Salud mental	15
b. Salud ocupacional	16
c. Factores de riesgo laboral	21
d. Estrés	
1.2 Síndrome de Burnout	29
a. Antecedentes históricos	31
b. Discriminación con otros constructos	36
c. Modelos explicativos	40
d. Instrumentos de medición	42
1.3 Trabajo Social	47
a. El Trabajo Social y su quehacer profesional	48
b. El Trabajo Social como proceso de ayuda	50
c. Trabajo Social y Riesgos Laborales	53
d. El Trabajador Social y el Síndrome de Burnout	56
II. METODOLOGÍA	58
2.1 Planteamiento del problema	58
2.2 Objetivos de la investigación	59
2.3 Hipótesis	59
2.4 Tipo de estudio	60
2.5 Variables	60
2.6 Muestra	64
2.7 Instrumento de Medición	64
2.8 Estadística	65
2.9 Procedimiento	66
III. RESULTADOS Y ANÁLISIS	68
IV. CONCLUSIONES	95
Referencias bibliográficas	98
Anexos	103

Resumen

Independientemente del trabajo que cada quien realice, ya sea en el sector público o en el sector privado, e inclusive, dentro del hogar, pareciera que cada día cuesta más trabajo levantarse para ir a laborar, se siente cansancio y una sensación de que el tiempo que se ha dormido no ha sido el suficiente para recuperar la energía. El desánimo que produce el trabajo que se realiza, no siempre es evidente, y se puede ver agravado por otros factores como el clima laboral, la falta de recursos y el tiempo excesivo que en las grandes ciudades se invierte para trasladarse del domicilio al trabajo y viceversa; de esta manera y sin percatarse, se puede empezar a padecer agotamiento físico y emocional, cierta despersonalización ante el quehacer profesional y la falta de realización en el trabajo.

Profesionales como los trabajadores sociales, que además de lo anterior, su ámbito laboral incluye a poblaciones vulnerables, son llevados a una situación de estrés extremo y agotamiento que los va mermando física y emocionalmente. A esto se le conoce como el “**Síndrome de Burnout**”, que es la expresión patológica del individuo que se “quema por el trabajo” o que sufre un desgaste físico y emocional por el desempeño del mismo, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización hacia el trato con los usuarios y la dificultad para lograr la realización personal en el trabajo.

Dado que este Síndrome ha sido poco estudiado en nuestro país, y en específico, en la profesión de Trabajo Social, se consideró de gran importancia realizar la presente investigación, explorando algunos de los elementos que intervienen en su desarrollo y que propicien el diseño de estrategias de prevención y tratamiento.

Palabras clave: Salud, Síndrome de Burnout y Trabajo Social.

Abstract

Regardless of the work that everyone perform in either the public sector or the private sector, and even at home, it seems like every day is harder to get up to go to work, fatigue and a feeling that the time asleep was no enough to restore energy. Discouragement within labor may not be obvious and can be aggravated by other factors such as work environment, lack of resources and the excessive time to move in the big cities from home to work and vice versa; thus without noticing you can begin to suffer physical and emotional exhaustion, certain depersonalization to professional work and lack of fulfillment at work.

Professionals such as social workers, that also, theirs workplace includes vulnerable populations are taken to situations of extreme stress and exhaustion that will physically and emotionally depleting. This is known as the "**burnout syndrome**", which is the pathological expression of the individual who is "burned through labor" or suffering from physical and emotional exhaustion for the performance thereof, characterized by emotional exhaustion, depersonalization towards dealing with clients and the difficulty of achieving personal fulfillment at work.

Since this syndrome has been little studied in this country, and specifically in the profession of social work, it was considered important to perform this research, exploring some of the factors involved in its development and that will facilitate the design of strategies prevention and treatment.

Keywords: Health, Syndrome Burnout and Social Work.

INTRODUCCIÓN

La rutina diaria, el cansancio físico y emocional que se experimenta, la sensación de que el tiempo que se descansa no es suficiente para recuperar la energía, el desánimo que algunas veces produce el trabajo, mismo que también no siempre es reconocido, la falta de recursos para desarrollar las actividades de manera óptima, entre otras cosas, pueden llevar a un trabajador, sin percatarse, a padecer cierta despersonalización y agotamiento ante el quehacer profesional que realiza.

Profesionales como los trabajadores sociales, que además de todo lo anterior, se enfrentan muchas veces a poblaciones en situaciones vulnerables como: enfermos, personas privadas de su libertad, familias en conflicto, adictos, etc., son llevados a una situación de estrés extremo y agotamiento que los van mermando física y emocionalmente. A esto se le conoce como el “Síndrome de Burnout” y se caracteriza por el cansancio emocional, la despersonalización hacia el trato con los usuarios y la dificultad para lograr la realización personal en el trabajo.

La justificación del presente estudio parte del hecho de poder aplicar un instrumento de medición que pueda determinar si este síndrome se presenta o no entre los trabajadores sociales en el área de la salud, su prevalencia, los factores psicosociales que se involucran y la percepción hacia el mismo, para que a partir de los resultados obtenidos se esté en condiciones de facilitar recomendaciones para la detección y su atención oportuna.

Este síndrome ha sido poco estudiado en nuestro país, y en específico, en la profesión de Trabajo Social, por lo que es de gran necesidad realizar investigaciones sobre el tema que propicien el diseño de estrategias de prevención y tratamiento del mismo.

El presente trabajo, tiene como finalidad explorar algunos de los elementos que intervienen en el desarrollo del Síndrome de Burnout con énfasis en la profesión de Trabajo Social, se busca realizar un estudio desde trabajo social para trabajo social en el área médica, en el que se analice la problemática del Síndrome de Burnout, en estos profesionales que se enfrentan día a día no sólo a la asistencia de los enfermos, sino a la atención específica y particularizada de cada una de sus familias, además con las grandes limitantes que el sistema presenta para el otorgamiento de los recursos necesarios para brindar atención con calidad y calidez.

La salud, puede considerarse como uno de los elementos de mayor importancia en los seres humanos, si se carece de ella, difícilmente una persona podrá realizar funciones o actividades de manera óptima, ya sea en su trabajo o en su vida cotidiana, de lo contrario, una persona saludable tendrá la energía y el ánimo para llevar a cabo sus tareas de manera satisfactoria, esta salud no solamente es importante desde un aspecto físico sino que es sumamente relevante en el área de la salud mental, ya que en ésta se

encuentra, entre otras cosas, el equilibrio emocional y la objetividad para dar respuesta a un sin número de situaciones que se presentan en la vida diaria.

Por lo anterior, en el **primer apartado** del presente trabajo relativo al **Marco Teórico Conceptual**, el **primer capítulo**, abordará a través de una serie de definiciones y conceptos la salud, se hará un recorrido desde lo general hasta lo particular, teniendo como primer enfoque la salud de manera general y sucesivamente, la salud mental, la salud laboral, el estrés, el estrés laboral hasta llegar al Síndrome de Burnout, objeto de este estudio.

Este síndrome, poco estudiado en nuestro país, ha sido identificado desde la década de los 70's en profesionales y trabajadores del área de atención a poblaciones vulnerables, que al estar en constante contacto con ciertos grupos, llegan a experimentar agotamiento emocional, despersonalización hacia el usuario y sentimiento de falta de realización en su trabajo, y, aunque pudieran confundirse estos aspectos que lo caracterizan, el Síndrome de Burnout está presente únicamente en el área de la salud en el trabajo.

El **segundo capítulo** de este trabajo describirá al Síndrome de Burnout desde varias aristas, se presentarán los conceptos de los diferentes investigadores en la materia, sus antecedentes, las características específicas que lo diferencian de otros padecimientos, los modelos teóricos explicativos en los que se enmarca y, los instrumentos de medición que permiten identificarlo en personas trabajadoras.

Algunos estudios realizados en trabajadores de la salud como médicos y personal de enfermería, han demostrado la existencia de este síndrome, sin embargo, pocos estudios se han realizado al personal de trabajo social en el área de la salud, y en específico, en nuestro país, por lo que el presente estudio tendrá esa finalidad.

De lo anterior, es importante destacar que profesionales como médicos, psicólogos y psiquiatras, cuentan con espacios de intervención que les permite el manejo de sus emociones y la atención de problemáticas físicas y/o emocionales que se derivan de sus labores de trabajo, sin embargo, el profesional de trabajo social carece de este tipo de espacios que facilitarían la detección y atención oportuna de este síndrome, de lo anterior, surge la inquietud y el deseo de explorar esta situación definiendo los factores que intervienen en la misma.

En el **tercer capítulo** del presente trabajo, se hará un recorrido histórico-conceptual del desarrollo y evolución del trabajo social, se explicarán las características de la profesión, el papel del trabajador social y el proceso de ayuda, sus funciones, la tensión entre la teoría y la praxis, los riesgos laborales y el Síndrome de Burnout específicamente en esta profesión.

En el **segundo apartado**, referente a la **Metodología**, se describe el proceso metodológico que se ha desarrollado en el presente estudio a partir de que se planteó la pregunta de investigación, los objetivos que se pretenden alcanzar así como las hipótesis que se generan, también se describe el tipo de estudio

que se realizó y las variables estudiadas, el procedimiento para definir la muestra y el diseño y la aplicación del instrumento de medición, con los datos obtenidos se realizó la estadística pertinente para la obtención de los resultados.

De lo anterior, en el **tercer apartado**, se presentan los **resultados** estadísticos obtenidos en el presente estudio, mismos que son presentados a través de gráficos y tablas junto con el análisis respectivo de cada una de las variables estudiadas, lo anterior con la finalidad de que el lector pueda ir de la mano al observar los resultados de manera gráfica con el análisis pertinente de cada una de las variables.

Por último, el **cuarto apartado**, contiene las **conclusiones** de la presente investigación así como una serie de recomendaciones para estudios posteriores en este tema.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La salud de los trabajadores, además de ser una obligación legal y un factor de armonía laboral y de justicia social, es uno de los factores más importantes que contribuyen al desempeño productivo de una empresa.

Sin embargo, las condiciones de seguridad y salud en el trabajo difieren enormemente entre países, sectores económicos y grupos sociales, este estudio trata sobre el Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales laborando en el sector salud.

Debido a la multiplicidad de significados, para la presente investigación se entenderán los siguientes conceptos de acuerdo a estas definiciones:

- **Síndrome de Burnout:** Desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos bajo condiciones difíciles y en contacto directo con los usuarios, es una manifestación del comportamiento relacionada con el estrés laboral caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización en el trato con usuarios, y la dificultad para el logro o realización personal (Maslach, 1977).
- **Trabajo Social:** La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno (IASSW).
- **Sector Salud:** El Sistema Nacional de Salud en México está compuesto por los sectores público y privado, el sector público comprende a las instituciones de seguridad social que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago (Sistema Nacional de Salud, 2011).

Una vez definidos los conceptos básicos de partida de la presente investigación se apuntalarán teóricamente.

1.1 SALUD

Existe la necesidad de vigilar las enfermedades pero sobre todo, vigilar la salud desde un aspecto preventivo y a través de los determinantes y las condiciones de vida que actúan en la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. En otras palabras, la salud puede ser definida como el nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social), (Organización Mundial de la Salud, 1986).

En 1986, la OMS, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, dice que la salud es "un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas" (OMS, 1986).

El estilo de vida, entendiéndolo como el conjunto de comportamientos que desarrolla una persona, puede ser beneficioso o nocivo para la salud. Por ejemplo, un individuo que mantiene una alimentación equilibrada y que realiza actividades físicas en forma cotidiana tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso, que descansa mal y que fuma, corre serios riesgos de sufrir enfermedades evitables.

La salud, puede dividirse en salud física y salud mental, aunque en realidad son dos aspectos interrelacionados. El concepto de salud es incluyente para ambos aspectos, para el cuidado de la salud física, se recomienda la realización frecuente y regular de ejercicios, y una dieta equilibrada y saludable, con variedad de nutrientes y proteínas, si bien entonces, el cuidado de la salud mental, contempla otros aspectos que a continuación se analizarán (www.who.int).

a. SALUD MENTAL

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (www.who.int).

En la mayoría de los países, sobre todo en los de bajos y medios ingresos, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental a la

atención primaria, ofreciendo atención de salud mental en los hospitales generales y creando servicios comunitarios de salud mental.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

La salud mental, por otra parte, hace referencia al bienestar emocional y psicológico en el cual un ser humano puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolverse en sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida diaria.

La salud mental suele ser definida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Este estado garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar bienestar y calidad de vida, y aunque el concepto de salud mental nace por analogía a la salud física, trata de fenómenos más complejos (www.who.int).

Cabe destacar que la ausencia de una enfermedad mental no implica que el individuo goce de buena salud mental. El seguimiento del comportamiento cotidiano de una persona es la mejor forma de conocer el estado de su salud mental.

También hay que tener en cuenta que la salud mental no es una dimensión separada de la salud física, tal como lo recuerda la famosa sentencia latina "mens sana in corpore sano". Existen evidentes conexiones entre las enfermedades mentales y las biológicas (www.who.int).

Los psicólogos aseguran que la salud mental debe ser promovida a nivel individual (con la motivación de los recursos propios de la persona a través de estímulos en la autoestima), a nivel comunitario (con una cohesionada inclusión social) y a nivel oficial (con planes estatales y acceso a la salud pública).

Existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos humanos para la atención de salud mental en el mundo. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,16 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos esa cifra es 200 veces superior (www.who.int).

Para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar cinco obstáculos clave: la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria;

la escasez de recursos humanos para la atención de la salud mental, y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública (www.who.int).

El trabajo puede causar daños a la salud. Las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa (Parra, 2003). Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes de trabajo, sin embargo y de igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos y la salud laboral es la disciplina encargada de atender dichos problemas.

b. SALUD OCUPACIONAL

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 (www.who.int).

La salud ocupacional no se limita a cuidar las condiciones físicas del trabajador, sino que también se ocupa de la cuestión psicológica. Para los empleadores, la salud ocupacional supone un apoyo al perfeccionamiento del trabajador y al mantenimiento de su capacidad de trabajo.

Los problemas más usuales de los que debe hacerse cargo la salud ocupacional son las fracturas, cortaduras y distensiones por accidentes laborales, los trastornos por movimientos repetitivos, los problemas de la vista o el oído y las enfermedades causadas por la exposición a sustancias antihigiénicas o radioactivas. También puede encargarse del estrés causado por el trabajo o por las relaciones laborales (www.who.int).

Cabe destacar que la salud ocupacional es un tema de importancia para los gobiernos, que deben garantizar el bienestar de los trabajadores y el cumplimiento de las normas en el ámbito del trabajo. Para eso, deben realizarse inspecciones periódicas determinando las condiciones en las que se desarrollan los distintos tipos de trabajos (www.definicion.de).

Es importante tener en cuenta que la precariedad del empleo incide en la salud ocupacional. Una empresa que tiene a sus trabajadores en negro (es decir, que no cuentan con cobertura médica) y que presenta un espacio físico inadecuado para el trabajo, pone en riesgo la salud de la gente.

La salud ocupacional o también laboral, se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad (Salud Laboral, 2008).

El trabajo puede considerarse una fuente de salud porque con el mismo las personas consiguen una serie de aspectos positivos y favorables para sí mismos. Con el salario que se percibe puede adquirir los bienes necesarios para la manutención y bienestar en general. En el trabajo, las personas desarrollan una actividad física y mental que revitaliza el organismo al mantenerlo activo y despierto. Mediante el trabajo también se desarrollan y activan las relaciones sociales con otras personas a través de la cooperación necesaria para realizar las tareas, y el trabajo facilita el aumento de la autoestima porque permite a las personas sentirse útiles en la sociedad (Parra, 2003).

No obstante, el trabajo también puede causar diferentes daños a la salud de tipo psíquico, físico o emocional, según sean las condiciones sociales y materiales donde se realice el mismo.

Para prevenir los daños a la salud ocasionados por el trabajo está constituida la Organización Internacional del Trabajo (OIT), quien es el principal organismo internacional encargado de la mejora permanente de las condiciones de trabajo mediante convenios que se toman en sus conferencias anuales y las directivas que emanan de ellas. La OIT, es un organismo especializado de las Naciones Unidas de composición tripartita que reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de sus estados miembros con el fin de emprender acciones conjuntas destinadas a promover el trabajo decente en el mundo. Nuestro país forma parte de esta organización.

El nivel de salud laboral posible de alcanzar en un momento determinado puede depender en gran medida de otras situaciones dentro de la sociedad, mismas que podrán convertirse en factores de riesgo laboral.

c. FACTORES DE RIESGO LABORAL

El riesgo laboral se entiende como todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar un daño. La prevención de riesgos laborales es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un proceso productivo, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo (Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la Utilización de los Equipos de Trabajo , 2008).

Tomando en cuenta la existencia de una serie de factores de riesgo en el ámbito laboral, se entiende a estos factores como elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales, y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación y/o control del elemento agresivo.

Existen factores de riesgo psicosocial entendiéndolos como la interacción en el ambiente de trabajo, las condiciones de organización laboral y las necesidades, hábitos, capacidades y demás aspectos personales del trabajador y su entorno

social, que en un momento dado pueden generar cargas que afectan la salud, el rendimiento en el trabajo y la producción laboral.

El entorno de exigencia elevada y competitividad así como las condiciones precarias en las que se desenvuelven muchos trabajadores está ocasionando una aparición creciente de trastornos psicológicos derivados de esas circunstancias. Los elementos potenciales que ocasionan estos trastornos son los siguientes (Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la Utilización de los Equipos de Trabajo , 2008):

- Precarización laboral
- Trabajo estresante
- Trabajo monótono y rutinario
- Trabajo con esfuerzo mental
- Acoso laboral
- Los desórdenes mentales en el lugar de trabajo
- Síndrome del trabajador quemado o Síndrome de Burnout (SÍNDROME DE BURNOUT), tema objeto de este estudio el cual será revisado en un capítulo por separado.

Brevemente se explicará cada uno de estos:

Precarización laboral

Se denomina precariedad laboral a la situación que viven las personas trabajadoras que, por una razón u otra sufren unas condiciones de trabajo por debajo del límite considerado como normal. La precariedad laboral tiene especial incidencia cuando los ingresos económicos que se perciben por el trabajo no cubren las necesidades básicas de una persona, ya que es la economía el factor con el que se cuenta para cubrir las necesidades de la gente (Mereticorena).

La precariedad laboral puede producir un aumento del sufrimiento psicológico y un empeoramiento de la salud y calidad de vida de las personas que dependen del trabajo o de la carencia del mismo. La incertidumbre sobre el futuro, que presenta el trabajo precario altera el comportamiento social del individuo, porque aumenta las dificultades para conformar y afianzar identidades individuales y colectivas en torno al trabajo. Las estadísticas de siniestralidad laboral indican que la incidencia de accidentes de trabajo es más alta entre la población con trabajo precario que las que tienen empleo estable, por desconocimiento y aplicación de las normas de seguridad de los trabajadores precarios y la realización a cargo de éstos de las actividades más nocivas y peligrosas.

Trabajo estresante

Una definición del estrés que tiene gran aceptación es la de Mc Grath (1970): "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso

ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)" (Martín Daza, 1993).

La existencia de gran número de dolencias psicosomáticas, producto de los constreñimientos y exigencias de la sociedad actual, y muy en especial en lo referido al ámbito laboral, sujeto a incesantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo, ha facilitado la difusión y la popularización de un término con el que, de un modo genérico, se define esta situación: el estrés.

La exposición prolongada al estrés en el trabajo afecta al sistema nervioso disminuyendo la resistencia biológica y perturbando el balance fisiológico natural del organismo (homeostasis). Por todo ello, el estrés puede ocasionar varios problemas somáticos y psíquicos (Martín Daza, 1993).

Trabajo monótono y rutinario

La monotonía en el trabajo surge de realizar tareas repetitivas sin apenas esfuerzo y de forma continua en el tiempo, así como la ausencia de iniciativa personal en la organización de la tarea que se realiza. El trabajo monótono y rutinario efectuado en un ambiente poco estimulante es propio de la producción en masa y determinadas tareas de oficina. También aparece la monotonía cuando se realizan tareas en lugares aislados faltos de contacto humano (Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la Utilización de los Equipos de Trabajo , 2008).

El trabajo monótono puede significar un factor de riesgo físico y mental, ya que al encontrarse el trabajador realizando una actividad de manera mecánica y prolongada podrá verse inmerso en algún tipo de accidente u omisión, aunque se podría pensar que este tipo de trabajo sólo lo realizan personas que laboran en fábricas o maquilas, no se debe de perder de vista que en otras áreas laborales también los trabajadores llegan a dominar sus actividades llegando a cometer omisiones importantes o negligencias en las mismas.

Trabajo con esfuerzo mental

Las tareas que requieren gran exigencia intelectual provocan fatiga mental o nerviosa como consecuencia de una exigencia excesiva de la capacidad de atención, análisis y control del trabajador, por la cantidad de información que recibe y a la que, tras analizarla e interpretarla, debe dar respuesta.

El esfuerzo mental se define como la cantidad de esfuerzo intelectual que se debe realizar para conseguir un resultado concreto. Los sistemas modernos de producción y gestión aumentan de forma considerable las demandas de la persona porque a menudo se introducen nuevas tecnologías para aliviar exigencias elevadas o para dar respuesta a una elevada demanda de producción. Un exceso de automatización puede propiciar la exclusión del ser humano del conjunto operativo, pero no reducir la carga de trabajo, sino que puede dar lugar a niveles de exigencia que van más allá de las capacidades

humanas, en concreto, de las capacidades cognitivas y de toma de decisiones (www.vscanarias.net).

El esfuerzo mental está regulado por la norma ISO 10 075, titulada: “Principios ergonómicos relacionados con la carga de trabajo mental”, esta norma define el término fatiga como la alteración temporal de la eficiencia funcional de la persona. Esta alteración es función de la actividad previa realizada con esfuerzo mental: (atención, concentración mental, memoria, esfuerzo visual, etc.) y de su estructura temporal (Arquer & Nogareda, 2001).

Acoso laboral y/o abuso del poder

El acoso laboral, también conocido como acoso psicológico en el trabajo, hostigamiento laboral o “mobbing”, es un continuado y deliberado maltrato verbal o modal que recibe un trabajador por otro u otros que se comportan con él de manera cruel y que atenta contra el derecho fundamental de todo ser humano a la dignidad y a la integridad física y psicológica (Prieto Mendoza).

La persona que sufre acoso psicológico en su trabajo recibe un tipo de violencia psicológica reiterada a través de conductas de maltrato en el ámbito de su trabajo por sus jefes (acoso descendente) compañeros (acoso horizontal), subordinados (acoso ascendente), de forma sistemática y recurrente, durante un período que puede llegar a durar meses o incluso años. Se pretende hostigar, intimidar, o perturbar su desempeño profesional hasta conseguir el despido, la salida o el abandono temprano del trabajo por parte de la víctima.

El acoso laboral está considerado no tanto como una nueva enfermedad sino como un riesgo laboral de tipo psicosocial. El cuadro de daño psicológico más habitual en los casos de “mobbing” suele ser el síndrome de estrés postraumático en su forma crónica. Un cuadro que muy frecuentemente se confunde con depresión y problemas de ansiedad y que suele ser muy mal identificado (Prieto Mendoza).

Es importante mencionar que existe un Marco Normativo Internacional, el cual contempla las disposiciones y recomendaciones que en materia de seguridad y salud en el trabajo han sido realizadas por parte de la OIT (Prieto Mendoza).

- La convención de 1981 de la OIT sobre la Seguridad y Salud nº 155 y sus recomendaciones nº 164, dispone que se adopten medidas políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo y estipula las actuaciones necesarias tanto a nivel nacional como a nivel empresarial para impulsar la seguridad y salud en el trabajo y la mejora del medioambiente.
- La convención de 1985 de la OIT sobre Seguridad y Salud, nº 161 y sus recomendaciones nº 171, dispone la creación de servicios de salud laboral que contribuyan a la implantación de las medidas políticas de seguridad y salud en el trabajo.

- En 1998, se consolidan instrucciones técnicas y éticas para la vigilancia de la salud de los trabajadores.

En México, algunas de las disposiciones relacionadas con el tema, pueden ser encontradas principalmente en la Ley Federal del Trabajo y en el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Los desórdenes mentales en el lugar de trabajo

Otro de los factores que intervienen dentro de la salud mental relacionada con el trabajo ha sido tomado en cuenta con gran importancia por investigaciones realizadas por la OIT y estos son los desórdenes mentales en el lugar de trabajo. Estos han puesto de manifiesto dos enfoques principales de este problema.

En algunos países, se ha prestado una atención prioritaria a la prevención de la discriminación en el empleo que sufren las personas víctimas de desórdenes mentales, mientras que en otros se considera que dichos desórdenes son una consecuencia del estrés y del síndrome de «Burnout» o desgaste crónico de los trabajadores (Murray & López, 1999). A continuación se presentarán algunas precisiones al respecto:

- La conciencia pública acerca de los desórdenes mentales han aumentado, sobre todo tras la declaración reciente de la OMS en el sentido de que la depresión es el desorden mental de mayor incidencia en el mundo, pero el fomento de la salud mental acaba de comenzar a figurar entre los problemas laborales más importantes de muchos países;
- Son cada vez más las empresas, y en particular las de grandes dimensiones, que tratan de resolver el problema de los desórdenes mentales mediante diversas estrategias relativas al empleo y al mantenimiento de los trabajadores en el trabajo;
- Ha aumentado el número de casos registrados de desórdenes mentales, en parte debido a la mayor conciencia y comprensión del problema por el público y al retroceso de los prejuicios asociados con las enfermedades que afectan la salud mental y,
- A pesar de la abundancia de datos sobre los desórdenes mentales, faltan instrumentos adaptados a las condiciones culturales y geográficas de cada país para abordar el problema en el lugar de trabajo, y existe también un déficit en la oferta de servicios directos de atención a la salud mental (Murray & López, 1999).

d. EL ESTRÉS

Antecedentes

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austríaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austríaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el "Síndrome de estar Enfermo" (Stora, 1991).

Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino el resultado de cambios fisiológicos derivados de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente (Stora, 1991).

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan este trastorno.

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases en el modo de producción del estrés (Ortega Villalobos, 1999):

1) Reacción de Alarma:

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce "factores liberadores" que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Trophic Hormone) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides (Ortega Villalobos, 1999).

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

2) Estado de Resistencia:

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales el organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, también puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

3) Fase de Agotamiento:

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento, en la cual, el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva el hombre moderno a incrementar notablemente en mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías (Ortega Villalobos, 1999).

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos (Ortega Villalobos, 1999):

I) Enfermedades por Estrés Agudo.

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente se observan son:

- Ulcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Posquirúrgico

II) Patologías por Estrés Crónico.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aún años, producen enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente

alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes:

- Dispepsia
- Gastritis
- Ansiedad
- Accidentes
- Frustración
- Insomnio
- Colitis Nerviosa
- Migraña
- Depresión
- Agresividad
- Disfunción Familiar
- Neurosis de Angustia
- Trastornos Sexuales
- Disfunción Laboral
- Hipertensión Arterial
- Infarto al Miocardio
- Adicciones
- Trombosis Cerebral
- Conductas antisociales
- Psicosis Severas

Estrés Laboral

El estrés laboral se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador (Ortega Villalobos, 1999).

Existe una serie de factores psicosociales relacionados con el estrés laboral, estos factores representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

El enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través del concepto de estrés. Tanto en los países en desarrollo como en los estados industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando día con día, estos estudios deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como también los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales (Ortega Villalobos, 1999).

Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluyen no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

Estos factores consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente laboral, la satisfacción laboral y las condiciones de la organización por un lado y, por otra parte, las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura, sus experiencias y su percepción del mundo.

Los principales factores psicosociales generadores de estrés presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración y sistemas de trabajo y, desde luego, la calidad de las relaciones humanas (Ortega Villalobos, 1999).

Por ello, el clima organizacional de una empresa se vincula no solamente a su estructura y a las condiciones de vida de la colectividad del trabajo, sino también a su contexto histórico con su conjunto de problemas demográficos, económicos y sociales.

Así, el crecimiento económico de la empresa, el progreso técnico, el aumento de la productividad y la estabilidad de la organización dependen además de los medios de producción, de las condiciones de trabajo, de los estilos de vida, así como del nivel de salud y bienestar de sus trabajadores.

En la actualidad se producen acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción que afectan consecuentemente a los trabajadores en sus rutinas de trabajo, modificando su entorno laboral y aumentando la aparición o el desarrollo de enfermedades crónicas por estrés.

Otros factores externos al lugar de trabajo pero que guardan estrecha relación con las preocupaciones del trabajador se derivan de sus circunstancias familiares o de su vida privada, de sus elementos culturales, su nutrición, sus facilidades de transporte, la vivienda, la salud y la seguridad en el empleo (Ortega Villalobos, 1999).

Algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de estrés laboral se señalan a continuación (OIT, 1986):

En el desempeño profesional:

- Trabajo de alto grado de dificultad
- Trabajo con gran demanda de atención
- Actividades de gran responsabilidad
- Funciones contradictorias
- Creatividad e iniciativa restringidas
- Exigencia de decisiones complejas
- Cambios tecnológicos intempestivos

- Ausencia de plan de vida laboral
- Amenaza de demandas laborales

En la dirección:

- Liderazgo inadecuado
- Mala utilización de las habilidades del trabajador
- Mala delegación de responsabilidades
- Relaciones laborales ambivalentes
- Manipulación o coacción del trabajador
- Motivación deficiente
- Falta de capacitación y desarrollo del personal
- Carencia de reconocimiento
- Ausencia de incentivos
- Remuneración no equitativa
- Promociones laborales aleatorias

En la organización y función:

- Prácticas administrativas inapropiadas
- Atribuciones ambiguas
- Desinformación y rumores
- Conflicto de autoridad
- Trabajo burocrático
- Planeación deficiente
- Supervisión punitiva

En las tareas y actividades:

- Cargas de trabajo excesivas
- Autonomía laboral deficiente
- Ritmo de trabajo apresurado
- Exigencias excesivas de desempeño
- Actividades laborales múltiples
- Rutinas de trabajo obsesivo
- Competencia excesiva, desleal o destructiva
- Trabajo monótono o rutinario
- Poca satisfacción laboral

En el medio ambiente de trabajo:

- Condiciones físicas laborales inadecuadas
- Espacio físico restringido
- Exposición a riesgo físico constante
- Ambiente laboral conflictivo
- Trabajo no solidario
- Menosprecio o desprecio al trabajador

En la jornada laboral:

- Rotación de turnos
- Jornadas de trabajo excesivas
- Duración indefinida de la jornada
- Actividad física corporal excesiva

En la empresa y el entorno social:

- Políticas inestables de la empresa
- Ausencia de corporativismo
- Falta de soporte jurídico por la empresa
- Intervención y acción sindical
- Salario insuficiente
- Carencia de seguridad en el empleo
- Subempleo o desempleo en la comunidad
- Opciones de empleo y mercado laboral.

En este sentido, la evaluación de la presencia, el grado de participación de estos factores y sus efectos sobre la población trabajadora, dependerá de la capacidad del médico de Salud en el Trabajo, de sus habilidades y de los recursos con que cuente para el monitoreo de las situaciones de estrés laboral en determinado centro de trabajo (Almirall Hernández, 1993).

En la práctica médica, al observar la incidencia de las enfermedades derivadas del estrés, es evidente la asociación entre algunas profesiones en particular y el grado de estrés que en forma genérica presentan grupos de los trabajadores de determinado gremio u ocupación con características laborales comunes, entre ellos resaltan (Almirall Hernández, 1993):

Trabajo apresurado:

- Obreros en líneas de producción mecanizadas, Cirujanos, Artesanos

Peligro constante:

- Policías, Mineros, Soldados, Bomberos, Alpinistas, Buzos, Paracaidistas, Boxeadores, Toreros

Riesgo vital:

- Personal de Aeronavegación Civil y Militar, Choferes Urbanos y de Transporte Foráneo

Confinamiento:

- Trabajadores Petroleros en Plataformas Marinas, Marineros, Vigilantes, Guardias, Custodios, Celadores, Personal de Centros Nucleares o de Investigación, Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales

Alta responsabilidad:

- Rectores, Médicos, Políticos, Otros

Riesgo económico:

- Gerentes, Contadores, Agentes de Bolsa de Valores, Ejecutivos Financieros.

Sin embargo, hacen falta estudios formales que permitan establecer con mayor precisión las variables participantes y correlaciones correspondientes, a efecto de poder determinar los porcentajes y mecanismos de participación de los agentes estresantes que ocasionan las diferentes enfermedades que inciden notablemente sobre estos grupos de trabajadores.

Manejo del Estrés Laboral

El tratamiento de las enfermedades por estrés laboral deberá siempre dirigirse a erradicarlo a través de controlar los factores o las fuerzas causales del mismo. El criterio general que pretende curar la enfermedad en forma aislada mediante tratamiento paliativo de las alteraciones emocionales o reparación de las lesiones orgánicas es sumamente simplista, limitado y poco racional. Así, el tratamiento contra el estrés deberá ser preventivo y deberá lograrse ejerciendo las acciones necesarias para modificar los procesos causales (Almirall Hernández, 1993).

La prevención y atención del estrés laboral constituyen un gran reto, los criterios para contrarrestarlo deberán ser organizacionales y personales. Los médicos de salud en el trabajo y profesionales afines, deben vigilar a sus pacientes y cuando sea posible a toda la organización con objeto de manejar el estrés en forma efectiva, aunque la participación del equipo de salud para efectuar cambios sustanciales con frecuencia es más difícil, pues los gerentes y empleadores generalmente buscan resolver el problema de los trabajadores en forma individual, pero rechazan la intervención en el origen del problema cuando esto implica la necesidad de cambios en el lugar de trabajo, por la posible disyuntiva entre la ganancia económica y el bienestar de los trabajadores (Ortega Villalobos, 1999).

El médico debe buscar anticipar la situación y aplicar medidas profilácticas efectivas, la prevención primaria es un objetivo primordial, las acciones eficaces han demostrado éxito económico en las empresas, al mejorar el estado de ánimo y el bienestar de los trabajadores disminuyendo las

enfermedades, reduciendo el ausentismo, elevando la productividad y mejorando sustancialmente el desempeño y la calidad del trabajo.

El interés por el estudio de la calidad de vida laboral viene asociado al estrés laboral y a sus repercusiones, ya que el mismo afecta la salud física y mental del trabajador, incide sobre su rendimiento laboral, e impacta de manera directa a la organización que lo contrata. En consecuencia, dentro del marco del estudio de los procesos del estrés laboral surgió el estudio del Síndrome de Burnout, considerado como un serio proceso de deterioro de la calidad de vida del trabajador (Palermo, 2008).

1.2 SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout o síndrome del “quemado” es la expresión patológica del individuo que se “quema por el trabajo” o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo. Por lo que se puede considerar como un grado extremo de estrés laboral o, mejor dicho, como un fallo en los mecanismos adaptativos a este estrés. La sensación de estrés es subjetiva y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga cada persona pero, en todo caso, parece claro que el estrés es un factor predisponente del Síndrome de Surnout, pero no la causa (García de la Rubia).

Se podría hablar de Burnout como la respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por sufrir agotamiento emocional, que se producirá en unas personas y en otras no, a pesar de soportar el mismo estrés laboral, y esto, en función de otros factores como: la personalidad, educación, cultura, la capacidad de responder a demandas emocionales, etc.

Gehmeyr dice que la ironía del Burnout es que le sucede a la misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía. En el caso de quien abraiga expectativas muy altas respecto a la consecución de ciertos objetivos, transcurre el tiempo sin resultados esperados y en vez de que el sujeto revise sus objetivos y revalore la realidad, se frustra al insistir en logros que escapan a sus posibilidades reales (Gehmeyr).

En su forma más común, se considera que el Burnout abarca tres dimensiones fundamentales:

- I. **El agotamiento emocional.** Debido a una reducción de los propios recursos emocionales y al sentimiento de que no se tiene nada que ofrecer a los demás acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad.
- II. **La despersonalización.** Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Esto conduce a la idea de que “los demás” son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales.
- III. **La falta de realización personal.** Es la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Generalmente, afecta el rendimiento laboral sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de “omnipotencia” que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores que, a la larga, profundizan el Burnout.

Entre otras definiciones del Síndrome de Burnout, Burke en 1987, lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Maslach & Jackson, Maslach Burnout Inventory Manual, 1986).

Shirom en 1989, a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del Síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo”.

Pines (1993), entiende el Burnout como consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

El Burnout también se ha explicado como producto de la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad.

Hombrados (1997), propone una definición conductual, que explica la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo, son repercusiones que afectan la salud del trabajador y sus funciones que suponen el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo tanto, entiende como elementos fundamentales: “los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada”.

Farber (2000), lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, él señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) el Síndrome de Burnout está clasificado dentro del grupo de “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” y figura como síndrome de agotamiento.

En síntesis, actualmente se aplica el término de Síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluye desde directivos hasta amas de casa, y se explica que éste es el resultado de un proceso continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y en donde las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo. Añadiendo a esto, la sobre exigencia, la tensión y la frustración por resultados no esperados, se originan riesgos de enfermar física (alteraciones

psicosomáticas) y/o mentalmente (estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.) (Pérez Jáuregui, 2001).

Maslach y Schaufeli (1999) aseguran que entre las diferentes definiciones del Burnout existen algunas características similares; de las cuales destacan las siguientes:

- Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión.
- Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología anteriormente.
- Se clasifica como un síndrome clínico-laboral.
- Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento en el trabajo junto a la sensación de baja autoestima.

En el trabajo pueden surgir ciertos problemas cuando los trabajadores presentan estos síntomas, ya que hay un deterioro en el rendimiento profesional y por consecuencia puede derivar a un deterioro en la calidad de servicio, ausentismo laboral, alto número de rotaciones y abandono del puesto de trabajo.

a. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término “Síndrome de Burnout” fue desarrollado en la década del setenta en Estados Unidos por Freunderberger. Él observó que muchos voluntarios con quienes trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y desmotivación. Generalmente, ese proceso duraba aproximadamente un año, e iba acompañado de síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado de estar “exhausto” (Barria Muñoz, 2002).

En los primeros años de la década de los setentas, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados, pero en forma aislada (Freundenberger, 1974). Se podía observar el sufrimiento. Algunos decían que ya no veían a sus “pacientes” como personas que necesitasen de cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo. Otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se sentían incapaces de modificar el status quo; se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora buscados y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de Burnout.

La importancia del trabajo de Freudenberger fue exactamente nombrar un sentimiento que ya estaba allí. La rosa es el nombre de la rosa (Humberto Eco), al nombrar lo que se siente se puede luchar con lo sentido, se puede entender, enfrentar y, saber de sus límites.

Posteriormente, la psicóloga social Christina Maslach en 1981, 1984, 1986, estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, llegando a conclusiones similares. Se interesó en las estrategias cognitivas denominadas despersonalización, estas estrategias se refieren a cómo los profesionales de la salud mezclan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando el involucramiento con la enfermedad o patología que presenta el paciente y, utilizando la deshumanización en defensa propia, esto es el proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones estresoras respondiendo a los pacientes en forma despersonalizada.

Algunos profesionales, tales como enfermeras, médicos, trabajadores sociales, profesores, personal de custodia y policías, conjugan en su vida laboral el interés o vocación de servicio de atención a personas con el ejercicio profesional. Resultado de esto puede ser la experiencia de agotamiento cuando se sienten abrumados por los problemas de otros.

El Síndrome de Burnout estaría presente en una amplia variedad de ocupaciones y/o empleos relacionados con servicios humanos. En general, en aquellos empleos en que se establece una relación de ayuda, tales como aquellos relacionados con la provisión de servicios y caridad y, además, en los trabajos relacionados con educación, medicina, sistema de justicia, salud mental, religión, asistencia social y diversas ocupaciones orientadas hacia las personas (Gil Monte & Peiró, 1997).

El Síndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y al propio rol profesional y, también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Gil Monte & Peiró, 1997).

Éste, ha sido investigado en ámbitos tan diversos como la empresa, el deporte y la familia. Las exploraciones iniciales se realizaron en grupos de médicos y enfermeras; posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como: psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería.

De acuerdo con Maslach, (1976) de estos primeros estudios se plantean tres conclusiones centrales:

- Las experiencias emocionales juegan un importante rol en el cuidado o en la ayuda médica, particularmente, en situaciones límites, como notificar un deceso, la presencia de un familiar con cáncer, o enfrentar diariamente el dolor de las personas atendidas.
- Existiría un estilo de trabajo ideal que pudiese no ser concordante con la realidad laboral.

- Se relacionaría con el área de las competencias personales y profesionales que estén relacionadas a una forma de ejercicio del profesional donde se enfatiza la objetividad o la distancia hacia el cliente o paciente y la conducta no emocional (Maslach B. , 1976).

La presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia por trabajar intensamente hasta el límite de no poder tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación psicológica se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima con una sensación de vacío que sufre el trabajador (Caballero & Millán, 1999).

A pesar de que el Burnout está estrechamente relacionado con el estrés laboral, constituyéndose como una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de los propios recursos, este padecimiento tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un estrés laboral agravado.

En la década de los setentas, comenzaron a construirse modelos teóricos e instrumentos capaces de registrar este sentimiento crónico de desánimo, de apatía, de despersonalización. La primera constatación se trataba de un problema, un síndrome que afectaba principalmente a los trabajadores encargados de “cuidar”. Burnout fue el nombre escogido (Wanderley & Vásquez-Menezes).

Se reconoció a este síndrome a través del cual el trabajador pierde el sentido de su relación con el trabajo, de modo que las cosas ya no le importan más y cualquier esfuerzo le parece inútil.

Cuando Freud desarrolló su psicoanálisis, y con él, el concepto de frustración, donde “la satisfacción efectiva de su deseo que el sujeto se niega a sí mismo” (Laplanche, 2004). Paradójicamente, el sujeto se enferma justamente en el momento en que obtiene el éxito.

El behaviorismo, con Watson y después Skinner, desarrollan un concepto semejante, al que para este último, se aproximaría al descubrimiento del behaviorismo y del psicoanálisis. Un recorrido por las diversas teorías psicológicas, diversas épocas, en la etiología de las neurosis, de la depresión, de la ansiedad, en fin, un problema candente y latente: ¿por qué las personas desisten?, ¿por qué fracasan?, ¿cómo y cuándo lo hacen si no hay una razón aparente?, ¿qué está inmovilizando al sujeto? La falta de motivación, el desamparo, la desesperación, la pasividad, la alienación, la depresión, la fatiga, el estrés y ahora, el Burnout, en última instancia, se enfrentan con una misma cuestión: ¿por qué las personas desisten?

El problema sigue quitando el sueño a psicólogos y afines, siempre insoluto y siempre trayendo contribuciones que van poco a poco ayudando a montar un cuadro explicativo. Los estudios sobre “mecanismos de control interno y externo”, llevados a cabo por Rotter en 1961 y muchos otros, enseñan que se puede desarrollar una actitud frente a la vida, acreditando la posibilidad del

control sobre el medio (mecanismos de control interno) o acreditando en el control por la suerte, destino u otros poderes externos (mecanismos de control externos) (www.psicolisis.com).

La teoría de desamparo de Seligman, la cual asegura que se aprende a no responder, o que las respuestas no son capaces de librar los problemas, que tanto hacen responder de una u otra forma. Con anterioridad, la teoría de alienación, surgida con Marx y tantas veces apropiada por la psicología, resaltan las consecuencias objetivas, económicas, empujando a los ciudadanos al camino de la pasividad y la pérdida de la crítica” (www.psicolisis.com).

La teoría del estrés no coincide simplemente con la explosión de producción y consumo que siguió a Berton Wood, la productividad a cualquier costo en que el mundo se encuentra atrapando cotidianamente al ser humano y sus propios límites (www.psicolisis.com).

La teoría del Burnout tampoco surge por casualidad, teoría que se dispone a comprender las contradicciones en el área de prestación de servicios, exactamente cuando la producción del sector primario desciende y el sector terciario viene a ocupar su lugar. La teoría del ser humano solitario, en la época en que parece desvanecerse la solidaridad, el énfasis en la despersonalización cuando la ruptura de los contratos sociales parecen haber eliminado a la persona.”

Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Extremadura (España), traduce al término anglosajón Burnout, como “estar quemado”, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Estos investigadores, coordinados por Eloísa Guerrero Barona, también coinciden en que aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización, para lo cual hacen referencia a diferentes autores. Gil-Monte y Peiró han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial (Guerrero Barona, 2002).

Desde la perspectiva clínica, asume el Burnout como un estado (concepción estática) a la que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Fischer (1983), consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson, lo conceptualizan como *un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma*. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta

severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas (Guerrero Barona, 2002).

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes (Maslach, Schaufeli, & Marek, 1993).

Los estudios de Maslach y Jackson defienden que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (Agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/ o personal).

Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. En opinión de Álvarez y Fernández, el bajo logro puede, también, estar encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson, entre los que se encuentran Price y Murphy, Farber, Golembiewski y col., Leiter y Maslach y Gil-Monte y Peiró. Por ejemplo, Golembiewski y col. aseguran que el Burnout afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda.

De lo que no parece haber dudas es de que el Síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

La aparición del Síndrome de Burnout, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, se debe a cambios sociodemográficos, organizacionales e interpersonales. En el nivel social, hay nuevos fenómenos que afectan el mundo laboral. El más llamativo es la sociedad de la queja, por la que los ciudadanos, dentro de la cultura de acceso a los servicios, exigen, a veces, cosas imposibles. Los trabajadores se ven incapaces de poder atender esas demandas, entre otras cosas, porque en ocasiones no tienen los recursos para dar respuesta. El ciudadano hace responsable a la persona que tiene enfrente porque entiende que es la Institución (Maslach, Schaufeli, & Marek, 1993).

Desde una postura individualista el Burnout sería producto de un fallo del sujeto (tienen personalidad débil, baja tolerancia al estrés, etc.), ya que se asume el estrés como un componente interno. Mientras que las posturas ambientalistas dan una definición más sistémica, permitiendo la utilización de estrategias para intentar el cambio o eliminación de factores predisponentes. Dicha postura considera al estrés como algo externo al sujeto y enfoca al Burnout como respuesta a la interacción entre el individuo y el entorno laboral.

Según Moreno & cols., (1999), este síndrome puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero ha sido estudiado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales y se ha extendido en profesiones diversas.

Del resultado de las investigaciones se han derivado dos vertientes controvertidas, ya que muchos científicos están en desacuerdo cuando se limita a este síndrome para sujetos que realizan algún tipo de trabajo en contacto directo con personas, y proponen que los síntomas del Burnout se pueden apreciar también en sujetos que no tienen empleo.

En un principio, entre el grupo de científicos que reservan este concepto a trabajadores en contacto con otras personas se destacaron las investigaciones de Maslach (Maslach C. , 1977).

Por otra parte, Pines y Aronson (1988), defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. Ellos definen este síndrome como un estado de agotamiento emocional, mental y físico, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Por otro lado, existe controversia respecto al carácter multidimensional y unidimensional del Burnout. Sin embargo, existe un número creciente de investigadores que concuerdan en que el Burnout está compuesto por tres dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

b. DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se disfraza con otros constructos de orden psicológico.

Centrándose estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del: estrés general, estrés laboral, fatiga física, depresión, tedio o aburrimiento, insatisfacción laboral y acontecimientos vitales y crisis de la edad media de la vida; aunque compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares (www.ucm.es):

Estrés General

En el diagnóstico diferencial entre el estrés general y el Síndrome de Burnout se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Síndrome de Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, se

evidencia que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del Síndrome de Burnout que es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Pines & Kafry, 1978).

Ampliando este punto, Caton y cols. (1988) plantea que ambos constructos, aunque compartan conceptos, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional, y son diversos enfocados desde un continuo de interacciones entre el profesional y los factores relacionados con su trabajo.

Estrés Laboral

Como ya se mencionó en páginas anteriores, al estrés laboral, Schaufeli y Buunk (1996), lo diferencian del Síndrome de Burnout en función al proceso de desarrollo; explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo.

El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout se podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al Burnout (Pines, 1993).

Otra diferencia importante entre las características de ambos constructos es que el Síndrome de Burnout está asociado a actitudes negativas hacia los usuarios, el trabajo y la organización a diferencia del estrés laboral que no se lo asocia con estas.

Fatiga Física

Para diferenciar la fatiga física del Síndrome de Burnout se considera el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Síndrome de Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

Depresión

Oswin (1978); Maher (1983); Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) se plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos Depresión y Burnout. Por el contrario, McKnight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demuestran a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos; aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional (agotamiento),

pero no con las otras dos dimensiones del Síndrome de Burnout (baja realización personal y despersonalización).

Otra característica que diferencia a éstos constructos es que el Síndrome de Burnout se asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas suelen ser temporales. La depresión, por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social, familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se entiende como un fenómeno más amplio (www.ucm.es).

Siguiendo la misma línea, se señala que uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Síndrome de Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque por otro lado, Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Burnout. La teoría de COR, Hobfoll & Shirom (2001), sugiere otro planteamiento cuando explica que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Síndrome de Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003).

Apoyando éste último, Hättinen y cols. (2004), concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Síndrome de Burnout (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 19966; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Tedio o Aburrimiento

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el Síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor (www.ucm.es).

Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio.

Otro tipo de diferenciación es la que hacen Faber (1983) y Pines & cols. (1981) cuando limitan al Síndrome de Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias.

Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Síndrome de Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto.

Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

Insatisfacción Laboral

Según Maslach & Jackson (1981) la insatisfacción en el trabajo no necesariamente coexiste con el Síndrome de Burnout; es decir que los niveles de Burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecer Síndrome de Burnout puntuando bajos niveles de despersonalización y de cansancio emocional.

No obstante, es importante matizar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el cansancio emocional y la despersonalización, pero tiene una débil relación con la realización personal. Firth & Britton (1989) y Jayaratne & Chess (1983) defienden que la DP y CE son componentes característicos del Síndrome de Burnout, y en la insatisfacción laboral no se producen.

Acontecimientos Vitales y Crisis en la Edad Media de la Vida

Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Síndrome de Burnout, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Y sin embargo, el Síndrome de Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente a su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979).

De los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del Síndrome de Burnout. Por un lado, algunos plantean que la conceptualización del Síndrome de Burnout sigue siendo un obstáculo para la investigación; y el problema principal es la imprecisión y ambigüedad del concepto estrés (Peiró, 1993). Un ejemplo de esto, expone Garcés de Los Fayos (2003), es el hecho de que mientras Meier (1984), afirma que el constructo Burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragonese (1991), demuestran que la validez del constructo es muy criticada. En este sentido, Davidoff (1980), plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el Síndrome de Burnout tiene una semejanza grande con otros constructos.

Sin embargo, en la actualidad, son muchos los que defienden al Síndrome de Burnout como un síndrome con identidad propia. Plantean que para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (CE, DP y falta de RP), su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

c. MODELOS EXPLICATIVOS

Proceso de Desarrollo del Síndrome de Burnout

El Burnout es un estado que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales. Es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos, en cierta medida varía de una persona a otra. Puede ser que estas variaciones hayan influido en las discrepancias entre algunos autores en el momento de definir el síntoma que se presenta en primer lugar, la secuencia del proceso, el protagonismo que se concede a cada síntoma, en el tiempo, en la explicación de los mecanismos explicativos, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de estos autores son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Los modelos etiológicos surgen de la necesidad de explicar los distintos mecanismos de aparición y/o evolución del Síndrome de Burnout, así como las variables que están más directamente implicadas en el mismo. Dichas variables pueden ser de tipo individual, social u organizacional.

La etiología del Síndrome de Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que se le han atribuido múltiples causas, diferente grado de importancia a las variables antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos del Síndrome de Burnout y a diferentes maneras de agruparlos.

Así surge la necesidad de destacar sólo aquellos modelos más relevantes para esta investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada de dichos modelos es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Ellos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación, las cuales se explican a continuación:

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

TEORÍA	PLANTEAMIENTO	MODELO
Teoría Sociocognitiva del Yo	<p>Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad pero a la vez se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.</p> <p>El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Competencia Social de Harrison (1983) • Modelo de Pines (1993) • Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993) • Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)
Teoría del Intercambio Social	<p>Cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social y a partir de esta, pueden generarse percepciones de falta de equidad o de ganancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)
Teoría Organizacional	<p>Basados en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el SÍNDROME DE BURNOUT.</p> <p>Resaltan una serie de factores o causas que variarán dependiendo de la estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) • Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993) • Modelo de Winnubst (1993)
Teoría Estructural	<p>Toman en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del SÍNDROME DE BURNOUT de manera integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Fuente: www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml

Así como se explican las líneas de investigación, también se establece la Evolución Natural de la Enfermedad, la cual establece 4 estadios aunque estos no siempre están bien definidos:

- **Forma leve:** los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), por lo que puede volverse poco operativo.
- **Forma moderada:** aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.

- **Forma grave:** mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.
- **Forma extrema:** aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatológica constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser puestos en evidencia por el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

A partir de la década de los 80's, se empiezan a realizar estudios en esta área en diferentes profesiones y oficios, Piñeiro en 2006, menciona algunos de estos estudios realizados específicamente en personal del área de la salud, tales como trabajadores sociales, psicólogos, médicos, personal sanitario y enfermeras.

d. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales. El cuestionario más usado es la escala de Maslach (MBI) de 1986.

El Dr. Capilla Pueyo, médico especialista en medicina familiar y comunitaria en Madrid, considera que no hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar este síndrome. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración. En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de stress y ensayo conductual (Capilla Pueyo).

Pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relación y autocontrol. Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales, estableciendo cursos de formación continua, mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social entre compañeros y superiores. Para afrontar el Síndrome de Burnout, es imprescindible fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores.

Por último, sugiere que a escala institucional debería fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos afectados capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

Al igual que el Dr. Pueyo, autores como Enric Renau, editor de la página Educaweb.com, Isabel Arimany, D. Suaya, y otros, coinciden en la formulación de propuestas que puedan ayudar a evitar o prevenir el Síndrome de Burnout como: evitar sobrecargarse de tareas y menos si no forman parte de las tareas habituales, utilizar los canales de comunicación, averiguar si otras personas

han pasado por lo mismo y preguntarles cómo lo solucionaron, delimitar las funciones, aprender a controlar las emociones, etc.

En 1995 Manassero propone que existen tres perspectivas diferentes desde las cuales se ha estudiado este síndrome (Manassero, Fornés, Fernández, & Velázquez, 1995):

- **La perspectiva psicosocial:** planteada por Maslach y Pines, que pretende explicar las condiciones ambientales en las cuales se origina el Síndrome de Burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente en cuanto al apoyo social) y los síntomas específicos que caracterizan al síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, en las distintas profesiones. En este enfoque es cuando se desarrolla el instrumento de medición más ampliamente utilizado para su evaluación, el Maslach Burnout Inventory (MBI).
- **La perspectiva organizativa:** que se centra en que las causas del síndrome se originan en tres niveles distintos, el individual, el organizativo y el social. El desarrollo de este síndrome puede generar en los profesionales pérdida del sentido del trabajo, idealismo y optimismo, o la carencia de simpatía y tolerancia hacia los clientes e incapacidad de apreciar el trabajo como su desarrollo personal.
- **La perspectiva histórica:** es un fruto de los estudios realizados por Saranson sobre las consecuencias de los rápidos cambios sociales en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, tanto en el trabajo como en las condiciones laborales.

El Maslach Burnout Inventory (MBI), es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación a su interacción con el trabajo (Maslach & Jackson, 1981,1986).

Este instrumento ha generado un gran número de estudios e investigaciones, está formado por 22 aseveraciones que se valoran con una escala tipo Likert, donde el sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a hasta “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en las aseveraciones.

La factorización de las 22 aseveraciones arroja en la mayoría de los trabajos, 3 factores que son denominados: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales y constituyen las subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales, describen sentimientos de estar saturados y cansados emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization D), está formada por 5 ítems que describen una respuesta

fría e impersonal, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objetos de la atención; y, la subescala de Realización Personal en el Trabajo (Personal Accomplishment PA), está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización las puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar “quemado”, en la subescala de realización personal en el trabajo, las puntuaciones bajas corresponden a altos sentimientos de “quemarse”. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de “quemarse” como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y, las puntuaciones de sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles por cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 74 y 25 en la categoría “medio” y 1 por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del Síndrome de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajas en Realización Personal definen el síndrome.

Sin embargo, el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios:

Para la subescala de **Agotamiento Emocional**:

- Puntuaciones de 27 o superiores serán indicativas de un alto nivel de Burnout,
- Entre 17 y 26 corresponderán a puntuaciones intermedias y,
- Puntuaciones por debajo de 16 son indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.

En la subescala de **Despersonalización**:

- Puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto,
- De 6 a 9 medio y,
- Menor de 6 bajo grado de despersonalización.

Y la subescala de **Realización Personal** funciona en sentido contrario a las anteriores:

- De 0 a 31 puntos indicaría baja realización personal,
- De 32 a 38 intermedia y,
- Superior a 39 indican sensaciones de logro.

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), surge de un estudio exploratorio de un instrumento de Burnout para mexicanos, este cuestionario está basado en los constructores de cansancio emocional, depersonalización y falta de realización personal propuestos por Maslach y Jackson, y fueron agregados tres factores adicionales para medir apoyo social, trastornos psicósomáticos (derivados del DSM IV) y variables sociodemográficas (Uribe, 2006).

El desgaste ocupacional y el apoyo social fueron medidos con un instrumento de 100 reactivos, los cuales fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio, el instrumento final constó de 50 reactivos teóricos con una consistencia interna general de 91% (alpha de Cronbach).

La congruencia teórica y conceptual de los constructos fue confirmada por la adecuada interrelación de los mismos con diferentes variables sociodemográficas y psicósomáticas.

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), está formado por 20 reactivos divididos en cuatro dimensiones denominadas (Gil-Monte, Unda, & Sandoval, 2009):

- Ilusión por el trabajo, definida como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal, (5 reactivos)
- Desgaste psíquico, definido como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas, (4 reactivos)
- Indolencia, definida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (6 reactivos) y,
- Culpa, definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales (5 reactivos).

El modelo teórico que lo sustenta se basa en que **este síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico** que se deriva de las relaciones interpersonales problemáticas laborales y se desarrolla en aquellos individuos que trabajan con personas, con una frecuencia especial en los profesionales que están en contacto directo con los usuarios.

Este síndrome se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de ilusión por el trabajo), un deterioro emocional de actitudes y comportamientos de indiferencia, indolencia, distanciamiento y, en ocasiones, maltrato al usuario apareciendo, en algunos casos, sentimientos de culpa.

De esta manera es posible distinguir dos perfiles, uno que conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo junto con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa.

El segundo perfil, constituye con frecuencia un problema más serio que se identificaría como casos clínicos, ya que existe un mayor deterioro por el desarrollo de este síndrome, además de los síntomas descritos anteriormente, también presentan sentimientos de culpa.

Evidentemente, en las últimas décadas ha existido el interés de diversos profesionales por establecer y diferenciar los factores que contribuyen a la aparición de este Síndrome, sin embargo, cada profesión mostrará importantes variantes, además de que independientemente del quehacer profesional y de la población a la que atienden, el contexto de cada persona influirá determinadamente en ellas.

Una vez revisados los elementos teóricos en que se sustenta este estudio, a continuación se presentan las características propias y el entorno de la población de estudio, los trabajadores sociales en el sector salud.

1.3 TRABAJO SOCIAL

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS 2000) y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW 2001), definen esta transdisciplina de la siguiente manera: "La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el trabajo social".

El trabajo marginal en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. El trabajo social profesional está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los y las profesionales en trabajo social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.

Es claro que su proceso histórico va vinculado íntimamente a ellas, pero es necesario advertir su construcción filosófica, histórica y teórico-metodológica a partir de un encuadre político y de un proceso disciplinar y profesional autónomo de las modalidades de ayuda social marcadas por la voluntad o por principios morales, filantrópicos, religiosos o humanitarios (Evangelista, 2010).

En 1956, Carlos Ma. Campos, de Guatemala, da una de las primeras definiciones sobre trabajo social, definiéndolo como ... "la profesión, materia de estudios especializados, que mediante una actividad de ayuda y de vinculación, presta asistencia a los individuos o a los grupos, y los estimula a efecto de que puedan utilizar sus propias potencialidades y los recursos de la comunidad, para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas de orden individual o colectivo, que los afectan" (Campos, 1956).

En 1965, México, a través de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, da esta definición ... "Auxiliar de todos aquellos profesionistas médicos, abogados, maestros, psicólogos, sociólogos, etc., que se dedican al estudio, prevención y curación de los llamados males sociales" (ENTS, 1965).

Posteriormente, en 1970, Juan Sandoval define... "el trabajo social es una praxis científica, con métodos de observación y comprobación, bien definidos e inherentes a un campo de acción concreto: el hombre integral, sus formas de comportamiento y sobre todo sus instituciones sociales y éticas, en cuanto deben servirle para la satisfacción de todas sus aspiraciones. Como profesión, se funda en el reconocimiento de la existencia de la dignidad humana y de su capacidad de superación, pues mediante procedimientos propios, ayuda a los

individuos, grupos y comunidades a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral, con especial énfasis en aquellos aspectos que más ayuda requieran” (Sandoval, 1970).

Para 1978, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, lo define de la siguiente manera, ... “El Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales, que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad, así como la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre” (ENTS, 1978).

Otra definición en el mismo año dice que... “el Trabajo Social es una profesión eminentemente práctica. Su quehacer profesional se encuentra ubicado dentro de la práctica social y sus objetivos van mucho más allá de la simple adquisición de conocimientos” (ENTS, 1978).

En 1980, Gustavo de la Vega, menciona que... “El trabajo social es la tecnología de las ciencias sociales y sus marcos de referencia teóricos, históricos y conceptuales, así como su metodología y técnicas, provienen de esas ciencias” (De la Vega, 1980).

En este mismo año, Natalio Kisnerman, proporciona una de las definiciones que mayormente ha sido utilizada en esta formación... “entendemos el Trabajo Social como una profesión que procura capacitar acerca de las causas-efectos de los problemas sociales con el objetivo de que las personas sumen una acción organizada y transformadora que los supere. El Trabajo Social apunta a constituirse en una disciplina científica. Tiene un objeto de trabajo, un manejo conceptual de los problemas con los que trabaja, un instrumental científico para abordarlos. Le falta, sin embargo, intensificar investigación y sistematizar su práctica, lo que ha demorado frente a la presión creciente del trabajo en terreno y por una insuficiente formación profesional” (Kisnerman, 1980).

a. EL TRABAJADOR SOCIAL Y SU QUEHACER PROFESIONAL

El “hacer” trabajo social no es una acción espontánea del “hacer” humano, muchas veces el conocimiento popular lo confunde con una acción de buena voluntad, pero tampoco es equivalente a la ayuda o a la caridad o a hacer el bien.

El “hacer” del trabajador social es una acción fundada en el saber, en el conocimiento y tiene una intención dada, pretende alcanzar un fin, “cuando afirmamos que una intervención es intencional, queremos decir que es deliberada, racional o planeada, buscando unos efectos esperables a partir de la experiencia acumulada o de una teoría sobre el tema y la acción a conducir, de forma que los resultados producidos no son independientes del conocimiento o acción del interventor, fruto del azar o resultado de la actuación de fuerzas o factores desconocidos y con los que no se contaba” (Sanchez Vidal, 1996).

Trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos –individuales o colectivos– que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto. La intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social. La participación del sujeto es indispensable, para hablar de una acción de trabajo social (Acevedo, 2006).

Desde una definición general de la ciencia y desde el desarrollo de nuestra historia, podemos observar que el trabajo social no nace, ni se desarrolla como tal. Su apelación a diferentes cuerpos y categorías teórico-conceptuales ha sido con el objeto de comprender e interpretar la realidad, a fin de modificarla. En este sentido, nuestra profesión se ha definido, históricamente, como una disciplina de intervención (Acevedo, 2006).

Asimismo, la intervención profesional, es un proceso de construcción histórico-social que se desarrolla interactuando con los sujetos portadores de problemáticas derivadas de la producción y la reproducción social con el objeto de profundizar mecanismos de integración social de los sujetos, conociendo el ahora y sus historias, sus estrategias de vida, sus recursos potenciales para intentar modificar los términos de las relaciones sociales con otros, con las instituciones y con el Estado (Rosas Pagaza, 2003).

El trabajo social, desde la perspectiva profesional y a través de la intervención busca desencadenar procesos de cambio en los modos de las relaciones sociales (constituirse, desarrollarse, modificarse y expresarse), por su particular inserción en la vida cotidiana de los sujetos con quienes trabaja y, teniendo la convicción de que los sujetos son quienes crean la sociedad que los construye, el trabajo social puede y debe aportar a las ciencias sociales su propia reflexión y, desde este lugar, repensar el cambio civilizatorio (Malacalza, 2003).

La función social de esta disciplina y profesión es corregir desequilibrios sociales derivados de la insatisfacción o falta de satisfacción de necesidades y problemas de los sujetos en un momento dado.

A lo largo de la historia, el trabajo social se ha ocupado de atender a los sujetos con problemas o carencias en un momento dado, de dos maneras:

- Movilizando recursos para la satisfacción de los problemas o necesidades de los sujetos.
- Potenciando la capacidad de los sujetos para resolver sus problemas o carencias.

La obtención de recursos como modo de atención a problemas y carencias sociales llevó a la aparición y desarrollo del trabajo social institucional como una forma de contribuir con la instancia correspondiente a la distribución de

estos recursos, para satisfacer institucionalmente la necesidad del sujeto (cliente, usuario, derecho-habiente, beneficiario).

En este sentido, la función del trabajador social como profesionalista queda asociada al agente satisfactor de esas necesidades o resolución del problema desde una perspectiva de gestión social.

El trabajador social desempeña distintos roles desde esta función, más de índole administrativo y asociados a distintos modos de hacer gestión social.

Por otro lado, el trabajo con las capacidades de los sujetos condujo a la práctica privada en el mundo anglosajón o trabajo social clínico, en América Latina a la reconceptualización y al trabajo social contemporáneo desde la propuesta crítica. Desde esta perspectiva el trabajo social se centra en lo social y se vincula con el trabajo directo con el sujeto participando en el fortalecimiento del sujeto como un ente responsable de su construcción social (Tello Peón).

b. EL TRABAJO SOCIAL COMO PROCESO DE AYUDA

El proceso de ayuda del trabajo social se plantea como objetivo el de ayudar al individuo, al grupo o a la colectividad a utilizar de manera más adecuada los recursos necesarios para resolver su propio estado de necesidad; recursos que son, en primer lugar, totalmente personales, pero también ambientales, familiares y sociales (Bianchi).

En este proceso, el trabajador social, no trabaja sólo con el usuario sino que al encontrarse en el contexto del sistema formado por los individuos y su entorno natural y social, trata de influir sobre los diversos elementos del sistema para que se instauren interacciones más constructivas.

En la búsqueda de este objetivo, el asistente social parte de que el usuario está en condiciones de desarrollar potencialidades y autonomía y que éstas son estimuladas por una diferente relación con el entorno vital en el que está integrado. Tratando de crear un tejido de relaciones entre operadores, usuarios y sujetos con características y roles diferentes para constituir un sistema de ayuda que desarrolle funciones promocionales y reparativo-curativas sin descuidar las preventivas (Bianchi).

El valor de fondo que guía la acción del trabajo social consiste en considerar al hombre como un valor, dotado de infinitas potencialidades, capaz de aprender y de modificarse continuamente, libre en sus propias acciones, aunque consciente de los condicionamientos ambientales sobre los que puede a su vez actuar.

El trabajo social parte de que las personas no reaccionan mecánicamente a las influencias ambientales, sino que logran incidir activamente en ellas y transformarlas.

El proceso de ayuda del trabajo social tiene en su realización esencialmente dos coordenadas que lo guían y lo condicionan, una representada por el sistema de los servicios en el cual está incluido el trabajo social, y la coordenada representada por las teorías de referencia que contribuyen, junto con la teorización de la praxis, a la construcción de los modelos operativos del trabajo social como esquemas de referencia conceptuales necesarios para orientar en el uso de instrumentos más idóneos con el fin de alcanzar determinados objetivos, este es un proceso dinámico que toma en cuenta la evolución teórica de las ciencias sociales y las variaciones relativas a la demanda social, así como al sistema organizado de respuestas y las líneas de política social entre otras (Bianchi).

Funciones de los y las profesionales en Trabajo Social

Las funciones de los y las profesionales en Trabajo Social (según F.I.T.S) consisten en:

- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes).
- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que pueden estar en contacto con sus potenciales usuarios.

Y entre otras:

- Recibe, orienta, educa a personas, familias, grupos y comunidades en la solución pacífica de sus conflictos a través de una cultura de diálogo y concertación.
- Realiza investigaciones sociales que contribuyen a identificar e interpretar las causas de los fenómenos sociales que se presentan en cualquier contexto planteando alternativas de solución a las mismas.
- Participa en la gestión, formulación, ejecución, evaluación de planes, programas y proyectos sociales dirigidos a mejorar las condiciones de vida de la comunidad tanto con instituciones públicas como privadas.
- Participa en el diseño, administración de programas de personal, bienestar laboral, seguridad social y salud ocupacional.
- Gerencia programas y proyectos de desarrollo social con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Forma parte de equipos interdisciplinarios que trabajan por el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de procesos socioeducativos de promoción y prevención.

Tensión entre la teoría institucional y la praxis profesional (www.ifws.org)

El estado actual de Trabajo Social en torno al desarrollo profesional, se caracteriza por dos insumos:

- Se incorporan diversos elementos a partir de diversos programas de investigación sociológica, antropológica, filosófica y psicológica; que han logrando ensamblarse transdisciplinariamente, a partir de los esfuerzos realizados por parte de investigadores universitarios, como también por parte de investigadores provenientes de otras instituciones, fundaciones, organizaciones no gubernamentales o agencias de servicio social.
- La praxis profesional permite una retroalimentación de las investigaciones universitarias o institucionales. No obstante, estos dos insumos han marcado una brecha entre la información obtenida a través de la práctica profesional y las eruditas investigaciones institucionales.

La combinación de estos dos tipos de insumos de conocimientos es a menudo imperfecta. Con la esperanza de zanjar esta brecha, a lo largo del siglo XX, los especialistas en el campo, han abierto permanentes debates, con la intención de lograr una convergencia teórica y metodológica, sobre los resultados obtenidos de una praxis profesional diversa con los resultados de las investigaciones institucionales; no obstante la tensión entre estos dos, teoría institucional - praxis profesional, es una problemática presente en los estudiosos institucionales, manifestándose en el núcleo mismo de las políticas curriculares de las carreras profesionales universitarias, como en los diversos tipos de praxis de los profesionales del campo.

En la praxis, un profesional de trabajo social se enfrenta a las barreras, desigualdades e injusticias existentes en la sociedad, responde a las crisis y emergencias, así como a los problemas personales y sociales de la vida diaria. No obstante, no siempre la teorización institucional brinda a los profesionales en la disciplina, la formación científica, técnica y tecnológica para las intervenciones sobre procesos psicosociales, sobre sujetos - objetos, ni mucho menos las técnicas y estrategias para la participación en la política, la planificación y el desarrollo sociales (www.ifws.org).

En el caso de las intervenciones sociales, el profesional debe realizar diversos tipos de asesoramiento social, así como realizar análisis de caso, de comportamiento grupal o institucional, sustentar sus acciones interventivas en métodos derivados de la socio-antropología y de la terapia familiar; asimismo, diversos tipos de intervenciones sociales requieren acudir a estrategias y técnicas administrativas, jurídicas y de planificación institucional para que diversos grupos humanos obtengan servicios y recursos comunitarios.

c. TRABAJO SOCIAL Y RIESGOS LABORALES

Uno de los objetivos laborales y profesionales del trabajador social es la resolución de dificultades, por lo que es considerado agente de cambio en la sociedad y en la vida de las personas para las que trabaja, la naturaleza de su quehacer laboral posee una carga altamente emocional y requerimientos de alta responsabilidad, siendo lo anterior un factor de riesgo laboral de estos profesionales.

Toda actividad laboral conlleva riesgos, sin embargo, la seguridad del trabajador no está garantizada, la falta de sensibilización de los mismos dentro de la salud laboral permite detectar áreas de oportunidad para su estudio.

Aunque son pocos los estudios que se relacionan directamente con el trabajo social y la prevención de riesgos laborales, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, menciona la diversidad de acciones y funciones de esta profesión, la gran variedad de entornos y personas en condiciones diversas con las que trabaja así como la variedad de centros y tipos de organizaciones en las que presta sus servicios, señalando inclusive que en algunas ocasiones su trabajo se realiza fuera del puesto acudiendo a viviendas u otros entornos e identifica como principales riesgos la violencia, el estrés y el Síndrome de Burnout (Contreras Casado, 2008).

Factores como la intimidación, escasos de tiempo para realizar las actividades laborales, sobrecarga de funciones, inexistencia de apoyos sociales, falta de condiciones mínimas para realizar el trabajo y escasos de recursos, son algunos indicadores que determinaran la seguridad y salud en el trabajo.

En lo que se refiere a la **violencia**, no se puede negar que en la actualidad tanto en las relaciones sociales, personales y laborales proliferan comportamientos violentos, palabras anglosajonas como *mobbing* y *bullying*, parte ya de nuestro vocabulario habitual, ejemplifican actitudes agresivas de hoy en día.

La OIT menciona que los Trabajadores Sociales, por su vocación de solucionar problemas en el ámbito más personal, son particularmente vulnerables a este riesgo, trabajan con emociones en las que se concentra la relación con los usuarios (Yassi, 2011).

No sólo centrandó la atención en la agresión física, verbal y psicológica se tiene una presencia relevante en el desarrollo de la actividad de los profesionales que trabajan directamente con personas, la Nota Técnica de Prevención (NTP) número 489 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en España titulada “violencia en el lugar de trabajo”, subraya la problemática relacionada con las conductas violentas que pueden incrementar la posibilidad de ser objeto de violencia de parte de los usuarios de sus servicios tomando en cuenta factores de su entorno (economías inestables, zonas marginadas o con un alto índice de criminalidad) o su propia

personalidad (inestabilidad psicológica, irresponsabilidad personal, insatisfacción con el servicio, ira o estrés) (Pérez Bilbao & Nogareda Cuixart).

Esta misma NTP, propone algunas medidas preventivas estableciéndolas en tres líneas básicas: el entorno, al procedimiento del trabajo y a los sistemas de seguridad.

Por otro lado, es evidente que el quehacer del trabajador social también conlleva a una serie de factores de riesgo psicosociales, algunos de ellos: ansiedad, depresión, estrés y Síndrome de Burnout.

Ante el requerimiento de la presión por el propio trabajo, en algunas ocasiones, no es fácil mantener un autocontrol emocional y la objetividad para atender la ocupación que se requiere, todo esto bajo un nivel de exigencia laboral y la dificultad para transmitir tranquilidad y confianza hacia el usuario. Algunos trabajadores y profesionales que después de haber estado expuestos por períodos prolongados a condiciones de alta responsabilidad y presión, ante la más mínima dificultad o adversidad se desbordan emocionalmente y transmiten su estrés.

La OIT advierte que el origen del **estrés** en los trabajadores sociales puede provenir de un conflicto entre la adhesión a sus valores profesionales y el respeto de las normas legales; sin embargo, estudios realizados por el Instituto de Estudios Laborales de Esade, indican que trabajar estresado aumenta exponencialmente la probabilidad de tener accidentes laborales y aumenta el riesgo, en periodos prolongados de exposición, de derivar en una enfermedad mental (Contreras Casado, 2010).

Según la OIT, algunos de los factores del estrés en el trabajo social vienen de la mano de la inseguridad en el puesto de trabajo, la retribución deficiente, la sobrecarga de trabajo y la falta de autonomía.

La NTP número 318 “El estrés, proceso de generación en el ámbito laboral”, retoma la definición de Mc Grath (1970), la cual dice que el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante ésta demanda posee importantes consecuencias (percibidas) (Martín Daza, 1993). Ésta, reconoce la existencia de dolencias psicosomáticas producidas por las exigencias derivadas del ámbito laboral, como ya se ha mencionado en el capítulo anterior.

La sobrecarga de trabajo, complejidad de tareas, ambigüedad en roles organizacionales, conflicto de roles, falta de formación y entrenamiento al desempeño de algunas tareas, y una alta responsabilidad implícita en sus funciones, son algunas de las demandas de trabajo que pueden llegar a desencadenar estrés, por lo que el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo a través de su NTP número 349 “Prevención del estrés: intervención sobre el individuo”, destaca la importancia de dotar al individuo de una serie de estrategias para afrontar este tipo de situaciones y de ser difíciles de afrontar,

dotarle de habilidades para controlar las experiencias y consecuencias que el estrés produce (Martín Daza, 2010).

Los programas de prevención del estrés que se plantean en esta NTP se clasifican de la siguiente manera:

- Técnicas generales cuyo objetivo es incrementar en el individuo una serie de recursos personales de carácter genérico para hacer frente al estrés.
- Técnicas cognitivas cuyo objetivo es cambiar la forma de percibir situaciones.
- Técnicas fisiológicas cuyo objetivo es reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico.
- Técnicas conductuales cuyo objetivo es dotar al individuo de una serie de estrategias de comportamiento que le ayuden a afrontar un problema.

Por otro lado, el 26 de octubre del 2000, el Tribunal Supremo de España, ratificó una sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma de ese país, respaldando legalmente como accidente de trabajo la patología del Síndrome de Burnout de un profesional con largos períodos de incapacidad temporal. El INSHT concientiza sobre los problemas laborales y personales que causan este síndrome analizados en las NTP números 704 y 705, las cuales definen al Síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo como una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo, este tipo de situaciones se presenta especialmente en entornos de servicios humanos donde el trabajador social se encuentra (Fidalgo Vega, 2011).

El **Síndrome de Burnout** desvía toda su atención al trabajo por lo que se distingue en su particularidad de fenómenos como el estrés, el desgaste emocional o la ansiedad que pueden responder a otros factores.

En la actualidad, algunos de los trabajos de investigación de especialistas en este tema buscan incluir este síndrome como un nuevo síndrome clínico, que aunque no aparece aun dentro de los manuales internacionales de diagnóstico psicopatológico (CIE- 10 o DSM), se constituye como una patología con identidad propia (Contreras Casado, 2010).

De lo anterior, se puede concretar que el trabajador social es un colectivo de riesgo, esquematizando éstos de la siguiente manera:

- Factores de riesgo a nivel de organización
- Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo
- Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales

Y las medidas preventivas se orientan hacia tres niveles de actuación:

- Nivel organizativo
- Nivel interpersonal
- Nivel individual

d. EL TRABAJADOR SOCIAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Uno de los autores más prolíficos del trabajo social es el argentino Ezequiel Ander Egg, quien señala que el trabajo social es básicamente una profesión de ayuda a personas en estado de necesidad (Ander Egg, 1987).

El Código Internacional de Ética del Trabajo Social (1976), plantea que “el trabajador social tiene como obligación suprema el servicio de los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular”. Si bien estas concepciones son interesantes en su planteamiento filosófico, algunos autores han sido más críticos con la profesión.

Kisnerman (1998), señala que estos principios sólo se quedan en el papel y que en algunos ámbitos del ejercicio profesional, se ha producido una burocratización e institucionalización de la profesión.

En investigaciones relacionadas con el Trabajo Social y el Síndrome de Burnout, se muestra que el rol ideal de la profesión y la realidad profesional son incompatibles, lo cual ha sido estudiado como ambigüedad de roles y existencia de apoyo social. De acuerdo con Soderferdt (1995), la diferencia del Trabajo Social con otras profesiones como enfermería, es que el Síndrome de Burnout se correlaciona más con la insatisfacción laboral que con falta de claridad de asignación de roles dentro de las instituciones, incluso la despersonalización que se produce en áreas médicas no se produciría en el Trabajo Social por el tipo de contacto directo y prolongado tiempo con el cliente (Sorderferdt & Warg, 1995).

Um, M. y Harrison, D. (1968), señalan que los trabajadores sociales no utilizan una red de apoyo y presentan dificultades para comunicar el agotamiento y el cansancio.

Ander Egg (1997), hace referencia al Síndrome de Burnout señalando que el agotamiento emocional es literalmente un desgarramiento existencial que se presentaría en los profesionales más inquietos y comprometidos con el servicio social, por lo que nos menciona las fases del síndrome que presenta el trabajador social de la siguiente manera:

- Entusiasmo inicial: suele comenzar con muchas ilusiones, dispuesto a consagrarse por entero a la tarea de servir, se tienen grandes expectativas movidos por la esperanza de hacer cosas útiles, hay un gran despliegue de energía.
- Choque con la realidad y el comienzo de una crónica de desencanto anunciado: Se produce un estado de descorazonamiento psíquico y emocional, se pierde el entusiasmo por la tarea y bajan los niveles de

motivación en el trabajo. Se instala en un proceso de rutina, desilusión y frustración.

- Abandono de un porcentaje de profesionales trabajadores sociales: en términos alternativos, se opta por la aceptación de un trabajo más rutinario burocrático y despersonalizado. Los profesionales quedan impermeabilizados e insensibles a los problemas de la gente, después de la frustración se vuelven incapaces de tomar el trabajo con ilusión.

Habiendo revisado brevemente los aspectos teóricos en que se sustenta este estudio como son: la definición de conceptos básicos de partida, salud, salud mental, salud laboral, factores de riesgo laboral y estrés; así como definir y contextualizar los elementos básicos para conocer el Síndrome de Burnout y finalmente, abordar algunos elementos sobre el Trabajo Social, en virtud de que la muestra en la que se aplicó el instrumento de medición fue a este tipo de profesionales, se abordará la metodología y posteriormente se presentarán los resultados obtenidos en el estudio.

II. METODOLOGÍA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, algunas personas experimentan hoy en día mayor dificultad para levantarse, para ir a trabajar, experimentan cansancio y una sensación de que el tiempo que se ha dormido, no ha sido el suficiente para recuperar la energía, además de esto, las actividades personales que se suman al trabajo como los hijos con sus actividades y tareas, las responsabilidades del hogar y la economía del mismo van en aumento.

El desánimo que produce que el trabajo que se realiza o desempeña no siempre es reconocido, el tiempo excesivo que se invierte para trasladarse del domicilio al trabajo, la impotencia ante la falta de recursos que no permiten cumplir con el trabajo de manera favorable, puede propiciar la despersonalización ante el quehacer profesional.

Profesionales como los trabajadores sociales, que además de todo lo anterior, se enfrentan muchas veces a poblaciones en situaciones vulnerables, enfermos, personas privadas de su libertad, familias en conflicto, adictos, etc., son llevados a una situación de estrés extremo y agotamiento que los van mermando física y emocionalmente. A esto se le conoce como el “Síndrome de Burnout” y se manifiesta o se caracteriza por el cansancio emocional, la despersonalización hacia el trato con los usuarios y la dificultad para lograr la realización personal.

Este síndrome ha sido poco estudiado en nuestro país y, en específico, en nuestra profesión, por lo que este trabajo tiene la intención de poder realizar un estudio desde trabajo social para trabajo social, analizar la problemática del síndrome del Burnout entre los colegas que laboran en el área médica y quienes se enfrentan día a día no sólo a la convivencia con los enfermos, sino a la atención específica y particular de cada una de sus familias además de las grandes limitantes que el sistema presenta para otorgar los recursos necesarios y atender a esta población con calidad y calidez y, con esto, generar una serie de recomendaciones que le permitan al trabajador social las herramientas para “exprimir” esas emociones y sentimientos buscando que la ilusión por su trabajo y profesión no se pierda.

- **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales que laboran en instituciones del sector salud?

2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales en el sector salud y determinar cuál de los elementos que lo integran es el de mayor peso.

Objetivos Específicos

- Determinar si existe el Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales en el sector salud.
- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales en el sector salud.
- Determinar otros factores asociados al Síndrome de Burnout.

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

- Existe el Síndrome de Burnout en más de la mitad de una muestra de trabajadores sociales en el sector salud.
- Si el factor de la realización personal en el trabajo es el que prevalece en la muestra de trabajadores sociales en el sector salud estos estarán menos expuestos a padecer el Síndrome de Burnout.
- Existen variables externas asociadas al Síndrome de Burnout.

Hipótesis Alternativa

- No existe el Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales en el sector salud.
- Si el factor de la realización personal en el trabajo no es el que prevalece en la muestra de trabajadores sociales en el sector salud estos estarán más expuestos a padecer el Síndrome de Burnout.

2.4 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizará apoyada en los siguientes tipos de estudios:

- El exploratorio: permitirá familiarizarse con este síndrome relativamente desconocido, investigar algunos problemas de comportamiento del trabajador que se consideren cruciales, ayudará a identificar conceptos o variables promisorias, a establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables.
- A través del estudio de campo: el cual se realizará en el medio laboral del individuo, - en este caso, el instrumento será aplicado en los Institutos Nacionales de Salud-.
- Y transversal o transeccional: ya que se recolectarán datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

2.5 VARIABLES

Variable independiente

Síndrome de Burnout

Definición conceptual

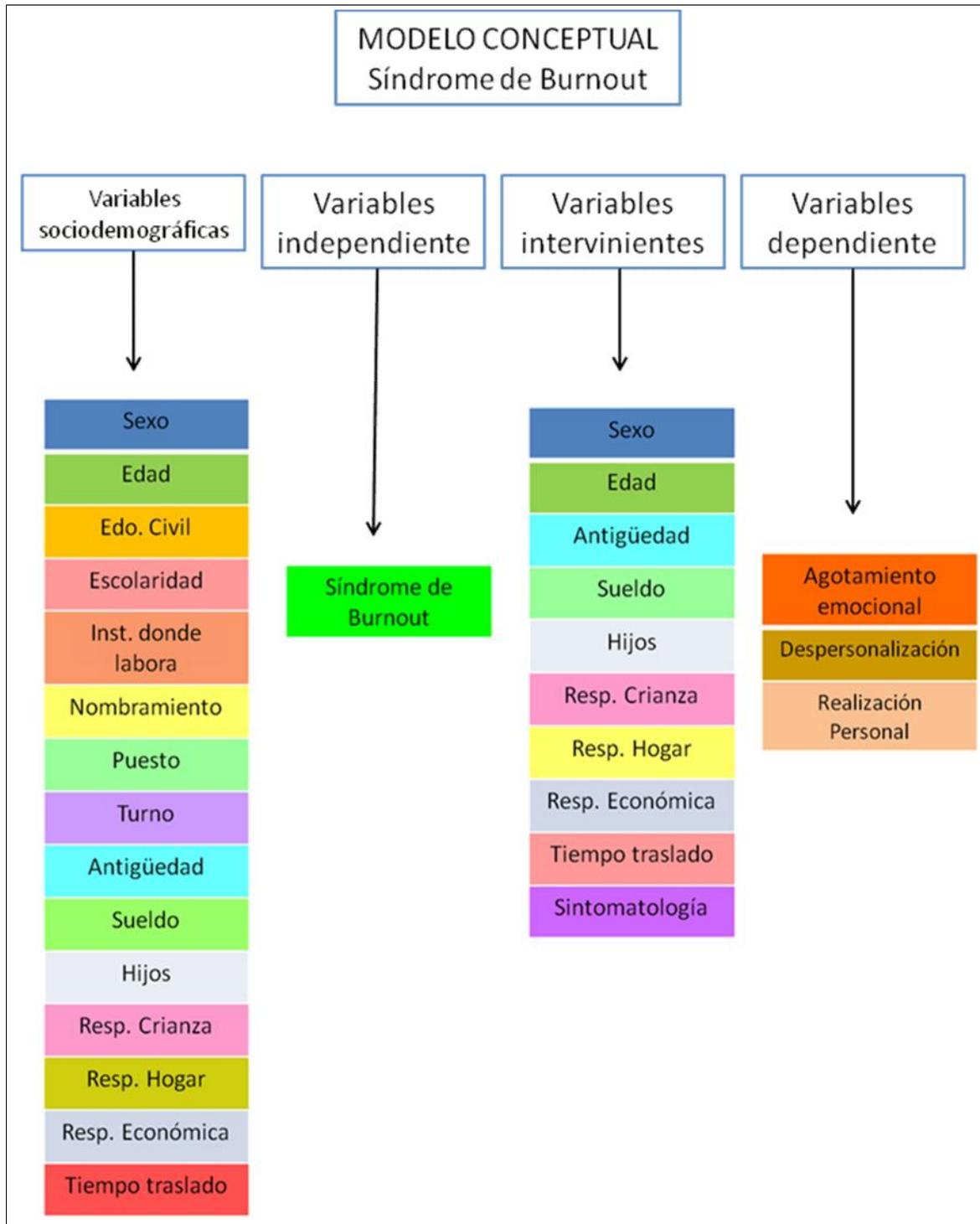
- Desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos bajo condiciones difíciles y en contacto directo con los usuarios, es una manifestación del comportamiento relacionada con el estrés laboral caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización en el trato con usuarios, y la dificultad para el logro o realización personal.

Variables dependientes

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal en el trabajo

Variables sociodemográficas

Sexo, edad, estado civil, escolaridad, institución donde labora, nombramiento, puesto, turno de trabajo, antigüedad, sueldo, número de hijos.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Operacionalización de las variables

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Medición
Síndrome de Burnout	Ya descrita en el apartado teórico.	<p>Escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional • Despersonalización • Realización personal en el trabajo <p>A través de las sub-escalas:</p> <p>Agotamiento emocional (9 reactivos)</p> <p>Despersonalización (5 reactivos)</p> <p>Realización personal en el trabajo (8 reactivos)</p>	<p>Nivel Alto a partir del percentil 75</p> <p>Nivel Medio del percentil 25 al 74</p> <p>Nivel Bajo del percentil 1 a 24</p>

Variable	Clasificación	Escala de medición	Definición conceptual	Recolección de datos
Sexo	Cualitativa nominal	1 femenino 2 masculino	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	Cuestionario
Edad	Cuantitativa continua	abierta	Años de vida cumplidos al momento del estudio.	Cuestionario
Estado civil	Cualitativa nominal	1 soltero 2 casado 3 divorciado 4 viudo 5 unión libre	Estado civil de la persona al momento del estudio.	Cuestionario
Escolaridad	Cualitativa nominal	1 técnico 2 técnico (trunco) 3 licenciatura 4 licenciatura (trunca) 5 pasante 6 especialista 7 maestría 8 doctorado	Grado máximo de estudios en relación a la carrera de trabajo social.	Cuestionario
Institución donde labora	Cualitativa nominal	abierta	Lugar en el que labora la persona al momento del estudio.	Cuestionario
Nombramiento	Cualitativa nominal	1 base 2 confianza 3 interinato 4 contrato	Tipo de plaza que tiene al momento del estudio.	Cuestionario
Puesto	Cualitativa ordinal	1 técnico en trabajo social 2 trabajador social 3 supervisor profesional de trabajo social 4 jefe de departamento de trabajo social	Designación del cargo o función de la persona.	Cuestionario
Turno de trabajo	Cualitativa nominal	1 matutino 2 vespertino 3 nocturno 4 fines de semana 5 jornada especial	Orden de horario según el cual se suceden varias personas en el desempeño de su actividad o función.	Cuestionario

Variable	Clasificación	Escala de medición	Definición conceptual	Recolección de datos
Antigüedad	Cuantitativa discreta	1 menos de 1 año 2 de 1 a 5 años 3 de 6 a 10 años 4 de 11 a 15 años 5 de 16 a 20 años 6 de 21 a 25 años 7 más de 25 años	Tiempo que la persona ha permanecido en su empleo hasta el momento del estudio.	Cuestionario
Sueldo	Cuantitativa discreta		Cantidad de dinero que recibe una persona por su trabajo.	Cuestionario
Hijos	Cualitativa nominal	1 si 2 no	Ser humano respecto a sus padres.	Cuestionario
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Abierta	El número de descendientes del entrevistado.	Cuestionario
Comparte la responsabilidad de la crianza	Cualitativa nominal	1 si 2 no	Alimentación, cuidado y educación de los hijos hasta que puedan valerse por si mismos.	Cuestionario
Con quién	Cualitativa nominal	Padres Esposo Hermanos Otros	Persona con la que se comparte ésta responsabilidad	Cuestionario
Comparte la responsabilidad del hogar	Cualitativa nominal	1 si 2 no	Vivienda donde habita y se desarrolla la familia.	Cuestionario
Con quién	Cualitativa nominal	Padres esposo Hermanos Otros	Persona con la que se comparte ésta responsabilidad	Cuestionario
Comparte la responsabilidad económica	Cualitativa nominal	1 si 2 no	Forma en la que se organiza y administra el dinero familiar y los bienes del hogar.	Cuestionario
Con quién	Cualitativa nominal	Padres Esposo Hermanos Otros	Persona con la que se comparte ésta responsabilidad	Cuestionario
Cuánto tiempo invierte en trasladarse a su trabajo de ida y vuelta	Cualitativa ordinal	1 menos de 1 hora 2 de 1-2 horas 3 de 2-3horas 4 mas de 3 horas	Tiempo que utiliza la persona para llegar a su trabajo y de regreso a su casa.	Cuestionario
Síndrome de Burnout	Cualitativa ordinal	1 alto 2 medio 3 bajo	Es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Involucra tres factores, el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.	Cuestionario MBI-HSS

Variable	Clasificación	Escala de medición	Definición conceptual	Recolección de datos
Ha presentado síntomas en los últimos 6 meses	Cualitativa nominal	1 si 2 no	El entrevistado presenta síntomas físicos y emocionales relacionados con el Síndrome de Burnout tales como: dolor de cabeza, dolor muscular, gastritis, colitis, problemas respiratorios, problemas en la piel, depresión, ansiedad, insomnio o algún otro.	Cuestionario
Tiene el padecimiento	Cualitativa nominal	1 si 2 no	El entrevistado considera tener el padecimiento.	Cuestionario
Su trabajo le genera realización personal	Cualitativa nominal	1 si 2 no	El trabajo como vínculo de la realización personal	Cuestionario

2.6 MUESTRA

A partir de la información recabada sobre el número de trabajadores sociales adscritos a los hospitales e institutos que conforman la red de atención del sector salud federal (478 trabajadores sociales) se determinó la muestra a través del sistema estadístico STAT (Decisión Analyst Stats TM 2.0), con un nivel de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y con una estimación del 50%, resultando una muestra de 213 trabajadores sociales, sin embargo, se obtuvieron 243 instrumentos aplicados.

Criterios de inclusión

- Trabajadores sociales del sector salud.

Criterios de exclusión

- Que el trabajador social no acepte responder el instrumento.
- Que el trabajador social no sea empleado de una institución del sector salud.

2.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de medición constará de dos elementos: 1) cuestionario sociodemográfico y 2) Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS), elaborado por Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; 1986. (anexo).

2.8 ESTADÍSTICA

Estadística no paramétrica (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central para el manejo de las variables demográficas) y estadística paramétrica, análisis de correlación, para la escala de medición, apoyadas en el paquete estadístico SPSS pc para Windows.

2.9 PROCEDIMIENTO

- Selección del tema
- Revisión bibliográfica
- Preparación del proyecto
- Aceptación del proyecto para su aplicación
- Elaboración del instrumento de medición
- Preparación de 5 instrumentos para su aplicación
- Piloteo con 5 personas con características semejantes a la muestra
- Revisión de instrumentos piloteados
- Elaboración de correcciones al instrumento
- Compaginado y engrapado de instrumentos para su aplicación
- Aplicación del instrumento en la muestra seleccionada
- Revisión y selección de instrumentos, eliminando todos aquellos que tengan más de 5 reactivos sin responder
- Elaboración de base de datos
- Revisión de base de datos
- Elaboración del programa de cómputo para la aplicación estadística utilizando para ello el paquete SPSS pc
- Elaboración de escala depurada
- Elaboración del reporte de la primera fase del estudio
- Presentación de resultados
- Análisis de resultados
- Conclusiones

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Gestionar los permisos necesarios para el acceso a las instituciones de salud con la finalidad de la aplicación del instrumento.
2. Dicha petición se realizó por escrito dirigido a las autoridades correspondientes, tomando en cuenta las consideraciones éticas (anexo 1)
3. Se esperaron las respuestas de las instituciones para poder acceder a los diversos centros.
4. Las necesidades requeridas para la aplicación del instrumento fueron:
 - Acceso a la institución en sus turnos matutino, vespertino, nocturno, mixto y jornadas especiales.
 - Se proporcionó la carta del consentimiento informado (anexo 2).
 - Aplicación del instrumento a la totalidad de los trabajadores sociales que cumplan con los criterios de inclusión (anexo 3).
 - El instrumento consta de 1 cuartilla por ambos lados con una duración de respuesta de 10 minutos aproximadamente.
 - Se contactó personalmente con el trabajador social en su lugar de trabajo para evitar mayores distracciones.
 - Se informó al trabajador social del objetivo de la investigación y la importancia de la misma para el desarrollo personal y profesional.
 - Se realizó una breve explicación del instrumento para la aclaración de dudas.
 - Se esperó en el lugar que se le indicó al entrevistador hasta que el trabajador social terminó con el llenado para revisar que el instrumento estuviera completamente contestado y en algunos casos, por la carga de trabajo de los mismos, se regresó en días posteriores para recoger los instrumentos.
 - Se le agradeció la participación al trabajador social, recordándole que los datos proporcionados serían utilizados con el más alto grado de confidencialidad y que dicha información sería utilizada únicamente para fines de la investigación.

Cabe señalar que fue realmente un reto el poder establecer vínculos de coordinación entre las diversas jefaturas de trabajo social de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Generales, la carga de trabajo de las mismas y los trámites administrativos y burocráticos que solicitaron, hicieron que la espera y los tiempos para realizar el levantamiento de la información se vieran reducidos, sin embargo, es importante destacar que existió interés de parte de las titulares de las jefaturas por realizar el estudio entre los trabajadores sociales, ya que existe sensibilidad por conocer cómo se está presentando este fenómeno entre los trabajadores y, tomando en cuenta los resultados, poderlos tomar como áreas de oportunidad para la mejora de los procesos internos.

Las instituciones que participaron en esta investigación son las siguientes:

- Hospital General de México
- Hospital General Infantil de México Dr. Federico Gómez
- Hospital General Dr. Manuel Gea González
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Instituto Nacionales de Neurología y Neurocirugía
- Instituto Nacional de Rehabilitación
- Instituto Nacional de Nutrición Dr. Salvador Zuribán
- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional del Seguro Social
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

III. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Esta investigación aporta un sinnúmero de información de gran importancia la cual se pretende analizar en estos próximos párrafos, si bien es cierto que este síndrome como tal no ha sido del todo estudiado en nuestro país, la revisión bibliográfica y en los medios electrónicos permitió conocer el fenómeno, sus manifestaciones, su posible origen, su explicación y los estudios que se han realizado al respecto, tanto en otros países, como en otras profesiones que también trabajan con personas en situaciones vulnerables.

Específicamente, la profesión de trabajo social poco estudiada en referencia al tema de la presente investigación y a pesar de que su quehacer profesional implica el trabajo en contacto directo con poblaciones con diversas características y en diversas situaciones, manifiesta otro perfil y, posiblemente, otra formación que impacta de gran manera los resultados esperados en este trabajo.

Estudios realizados en profesionales de la salud como médicos, enfermeras y en profesionales de la docencia, han manifestado a través de sus resultados que son profesiones que padecen un alto nivel de Síndrome de Burnout, por el otro lado, la profesión de trabajo social en el sector salud nos proporciona otros resultados.

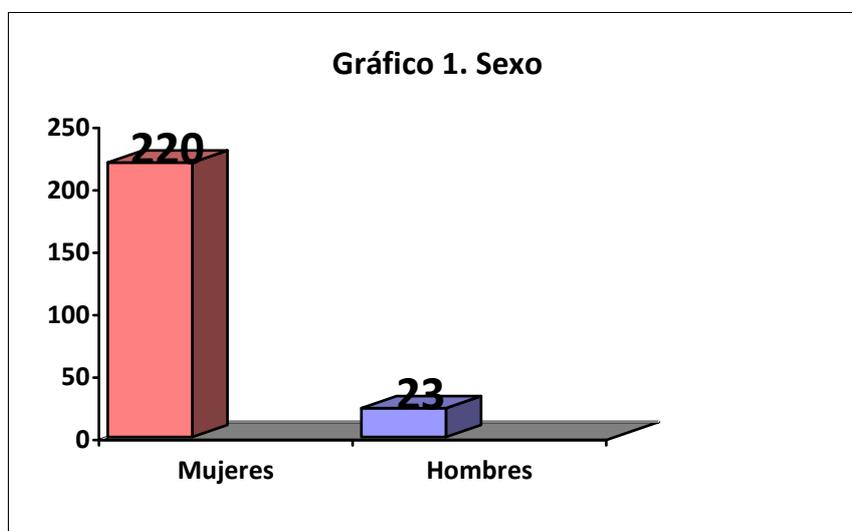
Las variables sociodemográficas son de gran relevancia, ya que a través de estas permiten mostrar un panorama de la situación personal que prevalece en el momento del levantamiento de la información y cómo se relacionan e influyen directamente con el fenómeno a estudiar.

Se ha tomado la decisión de presentar en un solo capítulo los resultados y su análisis con la finalidad de que el lector no tenga que regresar de un lado a otro a verificar los datos de las tablas y/o gráficos ante el análisis de los mismos.

El instrumento fue diseñado para cumplir los objetivos de esta investigación (anexo) está dividido en 4 áreas: la primera se compone de datos socio-demográficos los cuales proporcionan información relevante respecto al perfil de los trabajadores sociales entrevistados, la segunda parte es el correspondiente a la aplicación del instrumento MBI-HSS elaborado por C. Maslach en 1976 que tiene por objeto determinar en qué nivel del Síndrome de Burnout se encuentran dichos trabajadores (bajo, medio o alto), la tercera parte, menciona 9 síntomas físicos relacionados con el Síndrome de Burnout, mismos que permitirán establecer prevalencias sobre sintomatología en los últimos 6 meses y, la cuarta, un apartado cualitativo y perceptivo donde el entrevistado proporcionó información con relación a su situación respecto al tema de investigación con respuestas abiertas de acuerdo a su percepción sobre el Síndrome de Burnout.

De lo anterior se obtuvo la siguiente información:

En el **Sexo** de la población entrevistada se encontró la mayor proporción con un 90.5%, (220) de mujeres mientras que el 9.5% (23) fueron hombres.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Por lo general, existe el conocimiento de que la profesión de trabajo social es, principalmente, una profesión femenina ya que su ejercicio requiere de cualidades y de capacidades típicas de género donde las mujeres asumen el control tanto en el área laboral como en su vida (Bañes Tello, 1997).

Aunque en la actualidad los hombres han empezado a incursionar en esta profesión, sigue siendo un hecho que las mujeres predominan, la mayoría de ellas asumen el compromiso de asistencia y cuidado desde una doble perspectiva, desde su vida personal traspolándola a su esfera laboral y profesional.

Para facilitar el análisis de la información en lo que se refiere a la **edad** de los entrevistados, se establecieron 5 intervalos, de éstos, la moda se ubicó en el intervalo de 36 a 44 años (100 personas), lo que equivale al 41.2% de la población entrevistada.

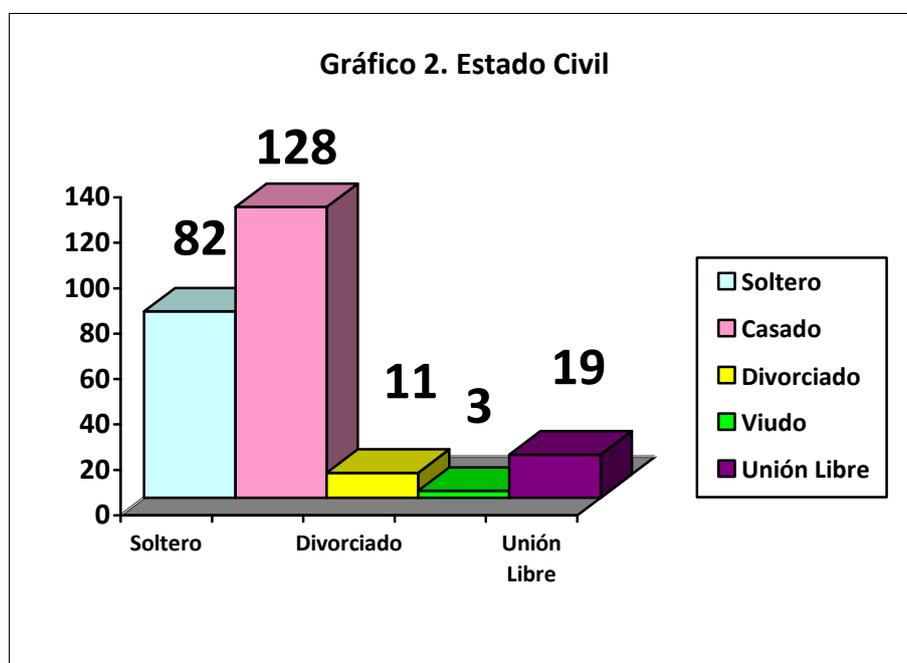
Tabla 1. Edad

Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 18 a 26	11	4,5	4,5	4,5
27 a 35	48	19,8	19,8	24,3
36 a 44	100	41,2	41,2	65,4
45 a 53	62	25,5	25,5	90,9
más de 54	19	7,8	7,8	98,8
Omitió	3	1,2	1,2	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Si bien es cierto que estas 100 personas que se encuentran dentro del rango de edad más significativo por considerarse como la edad productiva y la población económicamente activa, también es importante destacar que en México, la edad promedio de vida se ha incrementado en los últimos años, la presente investigación muestra que un número aún significativo (19 personas) el 7.8%, mayores de 54 años de edad, siguen trabajando de manera regular.

Con relación al **estado civil** que presentaron al momento de la entrevista, se encontró que: el 52.7% mencionó ser casado (128 personas), seguido por el 33.7% que manifestaron ser solteros (82 personas), el 7.8% refirió vivir en unión libre (19 personas), el 4.5% (11 personas) divorciado y por último, el 1.2% (3 personas) en estado de viudez. Esto indica que independientemente de la edad de los entrevistados, el estado civil contribuye de alguna forma a la estabilidad personal y emocional de estos trabajadores ya que se relaciona directamente con algunas variables que se analizarán más adelante.

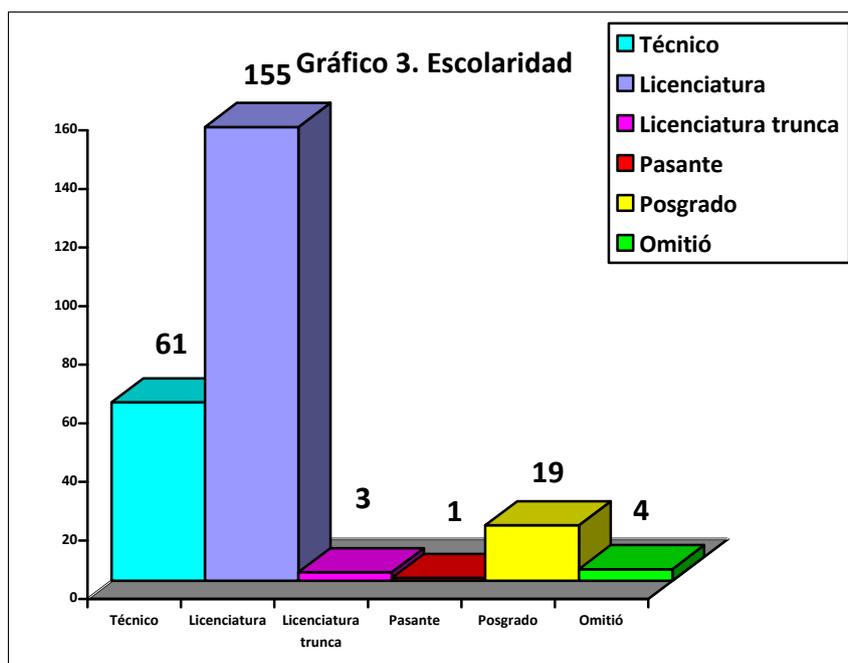


Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Este trabajo fue diseñado para realizarse en la profesión de trabajo social, con énfasis en el sector salud, por lo que una de las variables a identificar fue la de **escolaridad**, los resultados más relevantes obtenidos a través de ésta fueron que el mayor número de personas entrevistadas (155) cuentan con una licenciatura completa 63.8%, aun así, el dato que le sigue al anterior, (61 personas) manifestaron tener esta profesión a través de una carrera técnica 25.1%, en este sentido, es importante mencionar que después del Programa de Re-categorización en el año de 2002 de la Secretaría de Salud Federal, programa a nivel nacional que tuvo como finalidad profesionalizar al trabajo social despegando el sueldo del catálogo de oficios al catálogo de profesiones, benefició únicamente a los trabajadores sociales titulados de la licenciatura o bien con estudios de posgrado, dejando fuera a profesionales con estudios truncos y carrera técnica, sin embargo, trabajadores de esta profesión en estas condiciones, pudieron también ser tomados en cuenta por su coordinación

administrativa o sección sindical dependiendo de su antigüedad en el puesto o bien, de la validación de sus estudios realizando convenios de colaboración con universidades que proporcionaron los títulos de licenciatura a través de diplomados y/o especialidades, situación que hasta esta fecha ha sido muy cuestionada.

Los datos obtenidos restantes indican el 7.8% (19 personas) cuentan con estudios de posgrado; 1.2% (3 personas) tienen la licenciatura trunca y un 0.4% (1 persona) se manifestó como pasante de licenciatura.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Uno de los datos de mayor significancia es la **institución** donde se ubican los trabajadores sociales encuestados, ya que en cada una de ellas existe una dinámica de trabajo en particular que puede influir y determinar la dinámica laboral de sus trabajadores.

En este sentido, el mayor porcentaje de instrumentos aplicados 24.7% (60 instrumentos) fue en el Hospital General de México seguido por el 18.5% (45) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el 14% (34) en el Instituto Nacional de Pediatría y el 11.1% (27) en el Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”.

Es importante mencionar que el 9.1% (22) fueron aplicados a la totalidad de trabajadoras sociales del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, esta fue la única institución donde se logró la cobertura del 100% de sus trabajadoras sociales, con porcentajes inferiores pero no menos significativos están 5.3% del Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido por el 3.7% del Instituto Nacional de Cancerología, el 3.3% del Instituto Nacional de Nutrición, el 2.9% del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y por último, el 2.1% del Instituto Nacional de Psiquiatría.

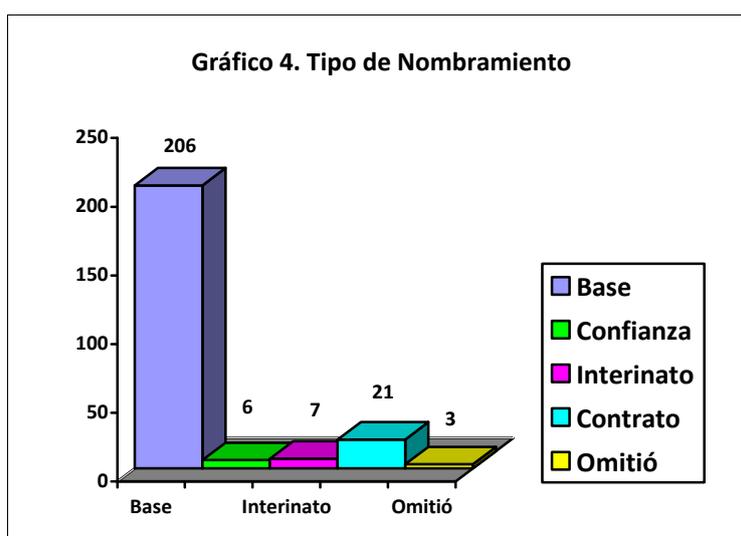
Tabla 2. Institución donde labora

Validos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hospital General de México	60	24,7	24,7	24,7
Hospital Infantil de México	27	11,1	11,1	35,8
Hospital General Dr. Manuel Gea González	22	9,1	9,1	44,9
Instituto Nacional de Psiquiatría	5	2,1	2,1	46,9
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	7	2,9	2,9	49,8
Instituto Nacional del Rehabilitación	13	5,3	5,3	55,1
Instituto Nacional de Nutrición	8	3,3	3,3	58,4
Instituto Nacional de Pediatría	34	14,0	14,0	72,4
Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.	45	18,5	18,5	90,9
Instituto Nacional de Cancerología	9	3,7	3,7	94,7
Instituto Mexicano del Seguro Social	13	5,3	5,3	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Uno de los compromisos generados con estas dependencias fue precisamente otorgar de manera concreta los resultados obtenidos específicamente en sus áreas de trabajo y, en la manera de lo posible, proporcionar asesoría para la mejora de sus procesos.

Con relación al **tipo de nombramiento** con el que cuentan los trabajadores sociales del sector salud entrevistados para esta investigación se tienen los siguientes resultados: el 84.4% (206 personas) cuenta con una plaza de base, el 8.6% (21 personas) tienen solo contrato, el 2.9% (7 personas) está cubriendo un interinato, el 2.5% (6 personas) tienen plaza de confianza y el 1.2% (3 personas) omitió la información.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Dados los cambios y reformas que se han realizado para la contratación en el sector gubernamental, en la actualidad, difícilmente existe la posibilidad de poder acceder a una plaza de base, por lo que para el personal que cuenta con una le representa estabilidad en cuanto a la permanencia en su fuente de trabajo, sin embargo, al personal que únicamente ha sido contratado por honorarios, esta situación le puede significar una falta de seguridad en el mismo o bien, la falta de seguridad de una pensión para el momento de su retiro.

En relación con lo anterior, y por ser un factor estrechamente vinculado, la variable del **puesto desempeñado** muestra que el mayor número de los entrevistados (53.9%) tienen una plaza de trabajador social y el 20.6% cuenta con una plaza de Supervisor Profesional de Trabajo Social, en relación con lo anterior, cabe señalar que en el movimiento de re-categorización y profesionalización de trabajo social se benefició no únicamente en el aspecto salarial al gremio, sino inclusive en el área de competencia del trabajo, poniendo a esta disciplina a la par de cualquier otra en el área de la salud.

Lo anterior, es de suma importancia, ya que por muchos años, el trabajo social, estuvo relegado a funciones meramente administrativas, sin embargo y a través de estos resultados, se puede observar que la perspectiva y las funciones del trabajo social se han ido profesionalizado con el tiempo, ya que aunque en algunos casos se realicen funciones de trabajo social combinadas con funciones administrativas, el contar con una plaza de acuerdo al perfil profesional puede influir en un sentimiento de realización personal y laboral en el trabajador.

Los resultados generales obtenidos son los siguientes:

Tabla 3. Puesto que desempeña

	Puesto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajador Social	131	53,9	53,9
	Supervisor en Trabajo Social	50	20,6	74,5
	Supervisor Profesional en Trabajo Social	38	15,6	90,1
	Jefatura de Trabajo Social	13	5,3	95,5
	Otro	10	4,1	99,6
	Omitió	1	,4	100,0
	Total	243	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Otro de los aspectos que se consideró como relevante por las cargas de trabajo fue el **turno** en el que los trabajadores sociales laboran, los datos obtenidos al respecto muestran que el 80.7% de la población entrevistada (196 personas) laboran en el turno matutino, el 9.5% en el vespertino (23 personas), el 4.9% en fines de semana (12 personas), el 2.5% en jornadas especiales (6 personas) y el 1.6% (4 personas) en el turno nocturno; sólo el 0.8% omitió su respuesta.

Tabla 4. Turno en el que labora

	Turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Matutino	196	80,7	80,7
	Vespertino	23	9,5	90,1
	Nocturno	4	1,6	91,8
	Fines de semana	12	4,9	96,7
	Jornada especial	6	2,5	99,2
	Omitió	2	,8	100,0
	Total	243	100,0	

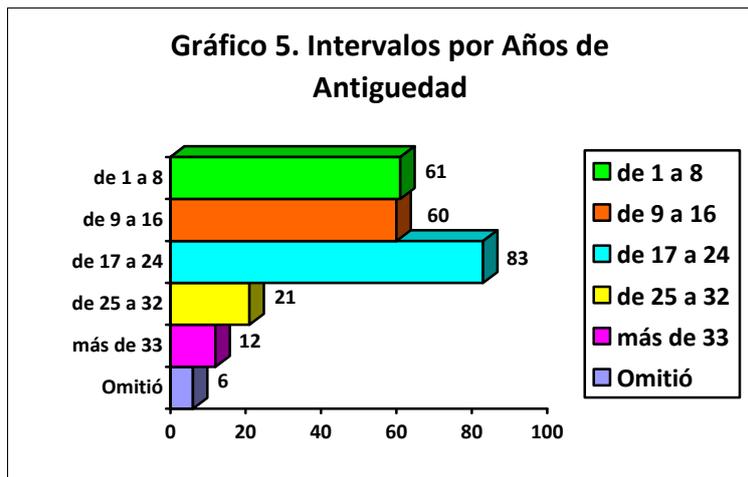
Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Las jornadas o turnos de trabajo en los que labora esta muestra de trabajadores sociales en los diferentes institutos y/o hospitales del sector salud ya antes mencionados son: turno matutino y vespertino de 8 horas, turno nocturno, de fines de semana y jornadas especiales de 12 horas.

El turno matutino (80.7%) que si bien es cierto que también es el turno donde más afluencia de personas y más carga de trabajo se presentan, éste también es determinante para padecer síntomas de agotamiento emocional y cansancio físico. Turnos como el vespertino (9.5%) que de acuerdo a las respuestas de los trabajadores entrevistados, señalan que cuentan con un trabajo por las mañanas lo que duplicaría las posibilidades de cansancio y estrés, esta misma situación pudiera presentarse con turnos como de fines de semana o jornadas especiales, en los cuales estos trabajadores casi siempre trabajan en otro lado de manera regular en la semana y al hacerlo en estos turnos “extras” significaría que no cuentan con días de descanso.

La **antigüedad** en el puesto es uno de los factores que influye directamente en el cansancio emocional, en la despersonalización, o puede encontrarse viviendo el sentimiento de la realización personal en el trabajo.

Los resultados obtenidos al respecto muestran que: el 25.1% tienen de 1 a 8 años laborando (61 personas), el 24.7% de 9 a 16 años de antigüedad (60 personas), el 34.2% de los entrevistados tienen una antigüedad entre los 17 y 24 años (83 personas), el 8.6% de 25 a 32 años de labores, y el 4.9% (12 personas) con más de 33 años de servicio. Sólo el 2.5 omitió la respuesta.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

El tiempo que ha transcurrido el trabajador en su empleo llega a determinar su quehacer laboral y profesional en el mismo, de acuerdo a los resultados obtenidos, en el que el 34.2% de las personas entrevistadas (83 personas) tienen una antigüedad de 17 a 24 años, representa que estos trabajadores tienen un perfecto control de su ámbito laboral con todas las implicaciones positivas y negativas que esto conlleva ya que, por un lado, son trabajadores que conocen perfectamente la misión y la visión de sus centros de trabajo así como los objetivos, las metas a cubrir y el desarrollo de los procesos y actividades inherentes a sus cargos, pero por otro lado, algunos de éstos pueden llegar a manejar situaciones laborales a su conveniencia pese a las necesidades del servicio o área de trabajo, lo que se conoce como burocracia, misma que merma directamente la calidad y la calidez del servicio de la institución hacia el usuario.

Sin embargo, el segundo resultado de mayor frecuencia respecto a la antigüedad fue el de 1 a 8 años con el 25.1% (61 personas) este resultado señala de manera significativa lo antes expuesto, ya que dentro de todas las áreas de trabajo la dinámica llega a ser cíclica, siempre hay trabajadores de nuevo ingreso o con menor tiempo que refrescan con actitud y disposición las actividades dentro de su área de competencia.

Si bien es cierto que es gratificante lograr conjuntar la profesión con el quehacer laboral, el **sueldo** es determinante, no solamente el trabajar implica la realización del profesional sino que el pago que se recibe por el trabajo determinará de alguna manera el desempeño del trabajador tanto en su área de trabajo como en su vida personal, además de que éste puede ser un factor detonante para situaciones estresantes.

Los datos obtenidos en esta investigación muestran que el 33.3% de los entrevistados (81 personas) perciben un sueldo mensual entre los \$8,000.00 y \$10,599.00, el 20.2% reciben un salario entre \$10,600.00 y \$13,999.00 (49 personas), el 18.1% tienen un ingreso entre \$5,600.00 a \$7,999.00 (44 personas), sólo el 5.3% de estos trabajadores sociales (13 personas) tienen un sueldo mayor a \$14,000.00 habiendo un caso con un sueldo de \$30,000.00 y

en contraste, el 4.5% (11 personas) perciben un sueldo entre \$3,000.00 y \$5,599.00 mensuales. Cabe señalar que el 18.5% de los entrevistados omitieron esta información.

Aunque sería un tema de debate el poder establecer cuál sería un sueldo o salario digno, sí se coincidiera en que tendría que ser una cantidad que permitiera satisfacer las necesidades básicas del trabajador y su familia en todos los aspectos que implica su desarrollo, su estabilidad y su calidad de vida principalmente, cuando esto no ocurre y, por el contrario, hay mucho trabajo y poca paga, el trabajador puede llegar a manifestar estrés, sentimientos de ira principalmente. Lo anterior se destaca porque de acuerdo a los resultados, y en un porcentaje menor, el 4.5% de los entrevistados perciben menos de \$5,599.00 al mes.

Tabla 5. Intervalos de sueldo mensual percibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	3000 a 5599	11	4,5	4,5
	5600 a 7999	44	18,1	22,6
	8000 a 10599	81	33,3	56,0
	10600 a 13999	49	20,2	76,1
	más de 14000	13	5,3	81,5
	Omitió	45	18,5	100,0
	Total	243	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Tabla 6. Sueldo mensual percibido

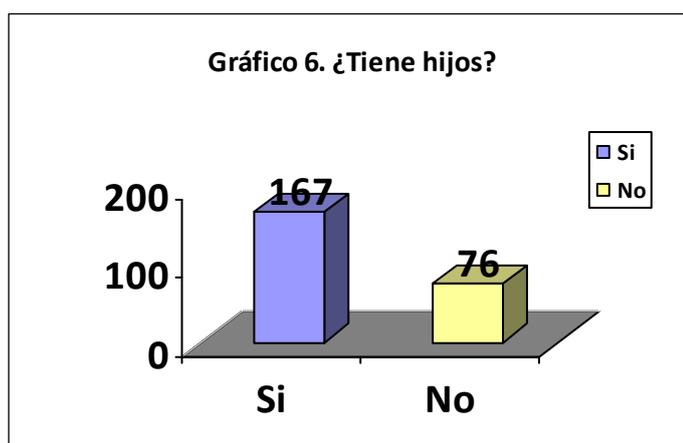
N	Válidos	197
	Perdidos	46
Media		10155,30
Mediana		10000,00
Moda		10000
Mínimo		3000
Máximo		30000
Percentiles	25	7500,00
	75	12000,00

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Aunque la vida laboral es determinada por jornadas, la vida personal no tiene tiempos establecidos, es muy común que algunos trabajadores no puedan separar los dos ámbitos, hay personas que se llevan a casa no solo el trabajo sino también los problemas y las presiones del mismo y hay otros, que llevan al trabajo quehaceres del hogar o problemas personales.

Lograr ubicar las situaciones dentro de su contexto es fácil decirlo pero en la práctica se complica, y otro factor que interviene directamente en ambas esferas (trabajo y casa) son los **hijos** ya que la responsabilidad que implica la **crianza**, el **hogar** y la **economía**, puede determinar el desempeño de una persona en su trabajo o en su vida personal.

Los **hijos**, es un factor que también puede llegar a intervenir directamente en el quehacer profesional pero sobre todo personal de estos trabajadores, los resultados obtenidos mencionan que el 68.7% (167 personas) si tienen hijos y el 31.3% (76 personas) no los tienen.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Si bien es cierto que las madres son la parte fuerte en la **crianza** de los hijos, en la actualidad los padres se han sumado a este compromiso, en la actualidad, cada vez es mayor el número de padres que contribuyen de una manera más activa en esta tarea.

El 51.4% de los entrevistados comparten con su pareja la responsabilidad de la crianza mientras que el 17.3% lo hacen solas, el 31.3% de los casos reportados corresponden a las personas que no tienen hijos.

Tabla 7. Responsabilidad de la crianza de los hijos compartida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Si	125	51,4	51,4
No	42	17,3	68,7
No tiene hijos	76	31,3	100,0
Total	243	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

La responsabilidad del **hogar**, contemplando los quehaceres del mismo, es otro factor de arduo trabajo y de fuerte desgaste físico y emocional, ya que los quehaceres que implican el poder lograr un hogar armónico son muchos y, desgraciadamente, el tiempo en el mismo ya es muy corto, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, nos indican que el 69.5% de las personas entrevistadas (169) comparten esta responsabilidad, sin embargo el 29.2% (71 personas) enfrentan esta responsabilidad solas.

Tabla 8. Responsabilidad del hogar compartida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	169	69,5	69,5	69,5
no	71	29,2	29,2	98,8
omitió	3	1,2	1,2	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

La **responsabilidad económica** es crucial hoy en día y definitivamente detonante para cualquier tipo de situación ya que una sola persona que recibe ingresos insuficientes, difícilmente podrá salir adelante junto con su familia.

Los datos obtenidos señalan al respecto que el 70.4% sí comparten dicha responsabilidad, mientras que el 28% es el único sustento de su hogar y sólo el 1.6% omitió contestar.

No es difícil pensar que ya este factor por si solo generará estrés en las personas que afrontan esta responsabilidad por sí mismas.

Tabla 9. Responsabilidad económica compartida

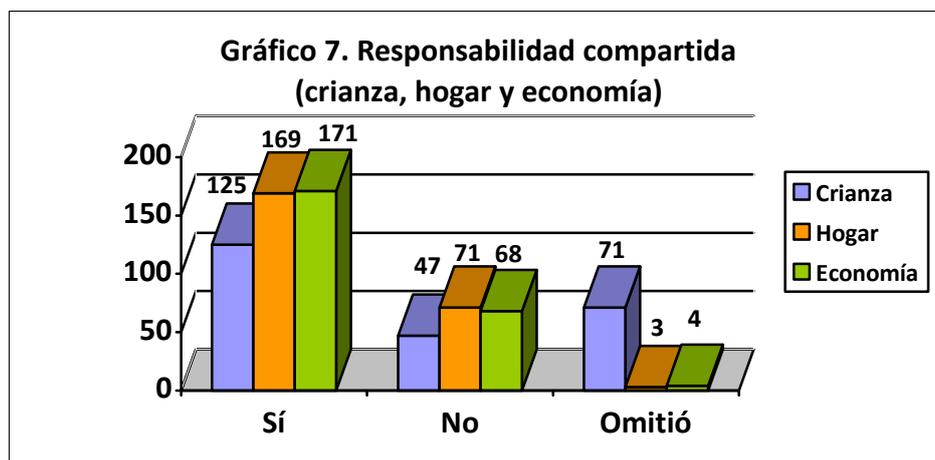
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Si	171	70,4	70,4
no	68	28,0	98,4
omitió	4	1,6	100,0
Total	243	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Independientemente de que los mayores porcentajes indican que estos trabajadores entrevistados comparten las responsabilidades ya mencionadas, no se debe omitir que un número también significativo de estas personas, casi el 20% de ellos no lo hacen, lo que realmente significa que estos trabajadores en su condición personal ya están sujetos a una serie de situaciones que por sí solas son estresantes e independientes a las situaciones que pudieran presentarse en sus centros de trabajo.

El tener que criar a los hijos solas, el que no haya ayuda para las labores del hogar, el que solo sea un sueldo el que tenga que subsanar todos los gastos que se generan e inclusive, las situaciones no programadas, pueden llevar a las personas hasta un límite físico y/o emocional que definitivamente repercutirá en su ámbito laboral.

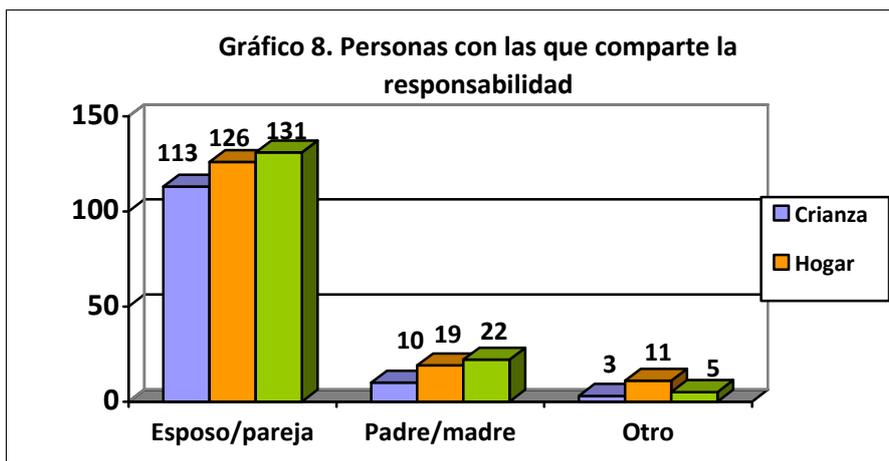
El gráfico que a continuación se presenta, concentra la información antes mencionada.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Se puede observar que la mayoría de los entrevistados comparte las responsabilidades de la crianza, del hogar y de la economía, estas responsabilidades son compartidas principalmente con su pareja, seguido por el padre o la madre del trabajador y en tercer lugar alguna otra persona.

Sin embargo, no podemos omitir que un número minoritario, pero no por esto menos importante, enfrentan solas estas responsabilidades.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Después de organizar los aspectos más primordiales de la casa, llevar a los niños a la escuela, muchos de las personas se enfrentan a distancias sumamente considerables de su hogar a su centro de trabajo, definitivamente al llegar a éste ya están cansados, los resultados nos indican que el 36.2% de los entrevistados invierte de 61 a 120 minutos en el traslado de ida y vuelta, pero hay que mencionar que 28.3% invierte más de 2 horas e inclusive hasta 5 horas en este recorrido.

El hecho de que en la mayoría de las ocasiones los centros de trabajo estén tan lejanos del hogar, implica que mucho de su tiempo de vida se gaste en trasladarse únicamente, estas personas junto a sus familias, conviven, desayunan, comen, duermen, estudian, hacen tareas en el transporte lo que reduce al mínimo la posibilidad de tener mayor tiempo en sus hogares con otro tipo de actividades.

Los datos generales obtenidos al respecto son los siguientes:

Tabla 10. Tiempo en minutos que invierte en trasladarse a su trabajo de ida y vuelta

N	Válidos	240
	Perdidos	3
Media		111,79
Mediana		112,50
Moda		120
Mínimo		15
Máximo		360
Percentiles	25	60,00
	75	150,00

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Tabla 11. Intervalos de tiempo de traslado casa-empleo ida y vuelta en minutos

	Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 60 min	83	34,2	34,2
	de 61 min a 120 min	88	36,2	70,4
	de 121 min a 180 min	46	18,9	89,3
	de 181 min a 240 min	18	7,4	96,7
	de 241 min a 300 min	3	1,2	97,9
	más de 301 min	2	,8	98,8
	omitió	3	1,2	100,0
	Total	243	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Todo este cansancio y agotamiento que acumulándose puede llegar a convertirse en estrés y, en algunas ocasiones, estrés crónico, son el antecesor del Síndrome de Burnout, en este sentido, la presente investigación busca el poder vincular las variables sociodemográficas como factores que se involucran directamente con este Síndrome; sin embargo, y como se ha visto a lo largo de este trabajo, el instrumento diseñado para determinar el nivel de Síndrome de Burnout en trabajadores del área de servicios humanos (MBI-HSS de Maslach C. y Jackson S. E. 1981, 1986) permitió hacer mediciones independientes de los 3 aspectos que integran el Síndrome de Burnout, (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo) y establecer la categoría (alto, medio o bajo) en la que se ubica el personal de trabajo social de los servicios de salud que fueron entrevistados.

Como se explicó en el capítulo 2, este instrumento se conforma de 22 aseveraciones que se valoran a través de una escala tipo Likert de 6 adjetivos que van desde “nunca” hasta “diario” y se dirige hacia los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y usuarios del servicio.

Como ya se ha explicado, el Síndrome de Burnout está determinado por 3 factores: **agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.**

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del Síndrome de Burnout, puntuaciones **altas** en Agotamiento Emocional y Despersonalización y **bajas** en Realización Personal definen el síndrome.

Sin embargo, el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios:

Para la subescala de **Agotamiento Emocional**:

- Puntuaciones de 27 o superiores serán indicativas de un alto nivel de burnout,
- Entre 17 y 26 corresponderán a puntuaciones intermedias y,
- Puntuaciones por debajo de 16 son indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos.

En la subescala de **Despersonalización**:

- Puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto,
- De 6 a 9 medio y,
- Menor de 6 bajo grado de despersonalización.

Y la subescala de **Realización Personal** funciona en sentido contrario a las anteriores:

- De 0 a 31 puntos indicaría baja realización personal,
- De 32 a 38 intermedia y,
- Superior a 39 indican sensaciones de logro.

Por lo anterior, y para obtener los cálculos tal y como lo plantea la autora (Maslach C. y Jackson S.E. 1981, 1986), y apoyada en el programa SPSS, se creó una nueva variable denominada "**agotamiento**" la cual consideró la sumatoria de los puntajes obtenidos de los reactivos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; mismos que evalúan el aspecto de agotamiento emocional.

Utilizando los puntos de corte que la autora también refiere se obtuvieron los siguientes resultados, para **Agotamiento Emocional**, de 0 a 16 puntos se consideran bajos (verdes), de 17 a 26 medios (amarillos) y más de 27 altos (rojos), el siguiente cuadro representa estos resultados:

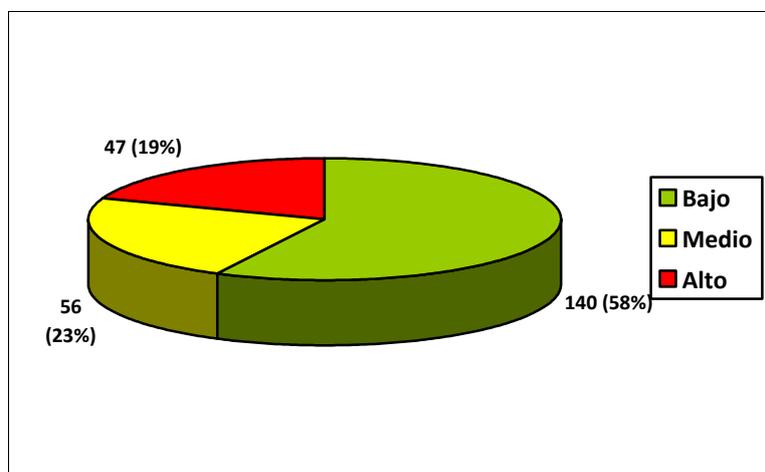
Tabla 12. Agotamiento Emocional

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	4	1,6	1,6	1,6
1	4	1,6	1,6	3,3
2	8	3,3	3,3	6,6
3	9	3,7	3,7	10,3
4	7	2,9	2,9	13,2
5	6	2,5	2,5	15,6
6	9	3,7	3,7	19,3
7	9	3,7	3,7	23,0
8	8	3,3	3,3	26,3
9	9	3,7	3,7	30,0
10	13	5,3	5,3	35,4
11	14	5,8	5,8	41,2
12	9	3,7	3,7	44,9
13	9	3,7	3,7	48,6
14	9	3,7	3,7	52,3
15	8	3,3	3,3	55,6
16	5	2,1	2,1	57,6
17	6	2,5	2,5	60,1
18	6	2,5	2,5	62,6
19	4	1,6	1,6	64,2
20	10	4,1	4,1	68,3
21	5	2,1	2,1	70,4
22	8	3,3	3,3	73,7
23	3	1,2	1,2	74,9
24	4	1,6	1,6	76,5
25	4	1,6	1,6	78,2
26	6	2,5	2,5	80,7
27	2	,8	,8	81,5
28	3	1,2	1,2	82,7
29	4	1,6	1,6	84,4
30	2	,8	,8	85,2
31	2	,8	,8	86,0
32	6	2,5	2,5	88,5
33	3	1,2	1,2	89,7
34	4	1,6	1,6	91,4
35	7	2,9	2,9	94,2
36	3	1,2	1,2	95,5
38	1	,4	,4	95,9
39	2	,8	,8	96,7
41	2	,8	,8	97,5
42	2	,8	,8	98,4
43	1	,4	,4	98,8
46	1	,4	,4	99,2
49	1	,4	,4	99,6
50	1	,4	,4	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

Y el gráfico representativo es el siguiente:

Gráfico 9. Agotamiento Emocional



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

Los resultados obtenidos nos muestran que el 58% (140 personas) calificaron con un nivel **bajo** de **agotamiento emocional**, el 23% (56 personas) un nivel **medio** y el 19% (47 personas) un nivel **alto**. Esto indica que aunque la mayoría de las personas entrevistadas manifiestan un bajo agotamiento emocional, el 19% de las personas entrevistadas sí manifiestan un nivel alto de agotamiento el cual se ve reflejado en su actividad laboral así como en su vida diaria, de igual forma, es de gran importancia el poder destacar otros factores que pueden contribuir también a este agotamiento, ya que si bien es cierto que el instrumento solo mide el agotamiento emocional en lo que respecta a su actividad laboral, variables sociodemográficas como el sueldo, la responsabilidad de crianza, económica y del hogar así como el tiempo que invierte de ida y vuelta de su trabajo al hogar, son algunas que pueden intervenir o desencadenar este agotamiento.

Por otro lado, para el factor de “**despersonalización**” se siguió el mismo procedimiento anterior, tomando en cuenta la sumatoria de los reactivos 5, 10, 11, 15 y 22.

Los puntos de corte para **Despersonalización**, son bajos cuando la puntuación es igual o menor a 6 (verde), medios con puntuaciones de 7 a 12 (amarillos) y altos más de 13 puntos (rojos), tomando en cuenta lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

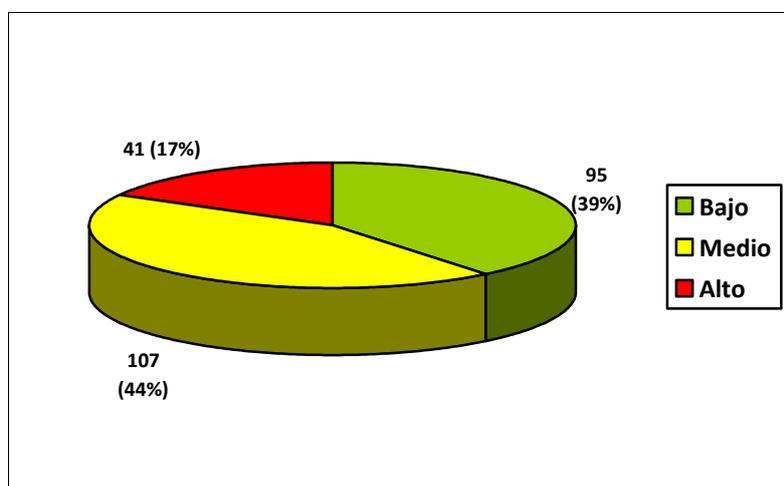
Tabla 13. Despersonalización

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	5	2,1	2,1	2,1
1	4	1,6	1,6	3,7
2	5	2,1	2,1	5,8
3	7	2,9	2,9	8,6
4	4	1,6	1,6	10,3
5	7	2,9	2,9	13,2
6	63	25,9	25,9	39,1
7	36	14,8	14,8	53,9
8	22	9,1	9,1	63,0
9	13	5,3	5,3	68,3
10	4	1,6	1,6	70,0
11	11	4,5	4,5	74,5
12	21	8,6	8,6	83,1
13	10	4,1	4,1	87,2
14	4	1,6	1,6	88,9
15	6	2,5	2,5	91,4
16	5	2,1	2,1	93,4
17	5	2,1	2,1	95,5
18	8	3,3	3,3	98,8
21	2	,8	,8	99,6
22	1	,4	,4	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

El gráfico representativo es el siguiente:

Gráfico 10. Despersonalización



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

La Despersonalización es uno de los factores que componen el Síndrome de Burnout, se caracteriza por la falta de empatía al problema que está manifestando el usuario del servicio, es poner una barrera psicológica de no involucrarse con la problemática de los demás para que no afecte emocionalmente al trabajador, su desempeño y su objetividad en el mismo.

Los resultados obtenidos indican que el 44% (107 personas) obtuvieron un puntaje **medio** de despersonalización, el 39% (95 personas) obtuvieron un puntaje **bajo** y el 17% (41 personas) un puntaje **alto**.

Lo anterior muestra que casi la mitad de los trabajadores entrevistados maneja “*medianamente*” la despersonalización a los usuarios del servicio en sus áreas de trabajo, sin embargo, el 17% de los trabajadores entrevistados sí manifiestan actitudes completamente de despersonalización con usuarios del servicio, lo que indica que algunas variables externas ya analizadas con anterioridad pueden estar interviniendo al respecto, es importante destacar que la antigüedad en el puesto, la escolaridad y el puesto que desempeñan, puedan ser factores que permitan a estos trabajadores utilizar la despersonalización como un factor de protección para evitar que los problemas de la gente con la que trabajan influyan o intervengan con su carga laboral e inclusive emocional.

En lo que respecta al procedimiento para obtener los resultados de la “*realización personal en el trabajo*” (reactivos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que fue el mismo, la autora indica (Maslach C. y Jackson S.E. 1981, 1986) que los resultados obtenidos se interpretan de manera inversa.

Por lo tanto, la **Realización Personal en el Trabajo** se define a través de los puntos de corte de la siguiente manera, igual o menor a 31 puntos es bajo (rojo), de 32 a 38 puntos medio (amarillo) y más de 39 puntos (verdes) se consideran alta realización, recordando que este factor se interpreta al contrario de los dos anteriores, el cuadro que a continuación se presenta muestra esta información:

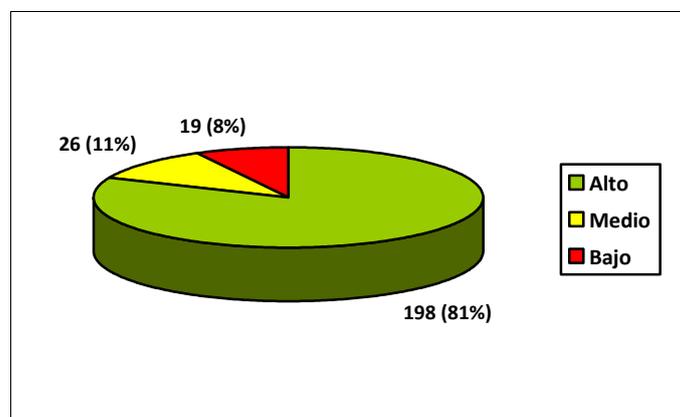
Tabla 14. Realización Personal en el Trabajo

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 10	1	,4	,4	,4
22	1	,4	,4	,8
24	3	1,2	1,2	2,1
25	1	,4	,4	2,5
26	1	,4	,4	2,9
27	2	,8	,8	3,7
28	4	1,6	1,6	5,3
29	1	,4	,4	5,8
30	2	,8	,8	6,6
31	3	1,2	1,2	7,8
32	1	,4	,4	8,2
33	3	1,2	1,2	9,5
34	3	1,2	1,2	10,7
35	3	1,2	1,2	11,9
36	5	2,1	2,1	14,0
37	2	,8	,8	14,8
38	9	3,7	3,7	18,5
39	5	2,1	2,1	20,6
40	6	2,5	2,5	23,0
41	13	5,3	5,3	28,4
42	16	6,6	6,6	35,0
43	13	5,3	5,3	40,3
44	13	5,3	5,3	45,7
45	22	9,1	9,1	54,7
46	13	5,3	5,3	60,1
47	29	11,9	11,9	72,0
48	68	28,0	28,0	100,0
Total	243	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

El gráfico que a continuación se presenta nos muestra estos resultados:

Gráfico 11. Realización Personal en el Trabajo



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011

Los resultados obtenidos en la realización personal en el trabajo muestran que los trabajadores sociales en el sector salud entrevistados con fines de esta investigación tuvieron un **alto** puntaje al respecto, el 81% de ellos (198 personas), el 11% (26 personas) un puntaje **medio** y el 8% (19 personas) una **baja** realización en su trabajo. Estos resultados son sumamente significativos, ya que después del análisis de las variables anteriores, los trabajadores sociales representados a través de esta muestra, señalan que su realización personal en el trabajo está muy por encima del agotamiento emocional y la despersonalización.

Por lo anterior, y recordando que la hipótesis de esta investigación sostiene que mientras mayor sea la realización personal en el trabajo (81% de la población entrevistada), menor será el agotamiento emocional (58%) y la despersonalización (44%).

La autora del instrumento utilizado menciona que, mientras que los factores de **agotamiento emocional y despersonalización** tengan los **puntajes más altos** y el factor de **realización personal en el trabajo** sea el **más bajo**, corresponderá a un **nivel alto de Síndrome de Burnout**. Por el contrario, mientras **más alto** sea el puntaje sobre el factor de la **realización personal en el trabajo** y **más bajos** los de **agotamiento y despersonalización**, el Síndrome de Burnout corresponderá a una **escala baja**.

Sin embargo, también indica que las puntuaciones de cada subescala se deben mantener por separado y no combinarlas en una puntuación única. (Maslach C. y Jackson S.E. 1981, 1986).

Por otro lado, se realizó una serie de tablas de contingencia para el análisis de los resultados anteriores, se cruzaron las variables de **despersonalización** y **realización personal en el trabajo** para observar cuál es su comportamiento, los datos obtenidos indican que el mayor número de casos (82) presentan **alta**

realización y **alta** despersonalización al mismo tiempo, 88 casos presentan **alta** realización y **media** despersonalización y por último, 27 casos con **alta** realización y **baja** despersonalización.

Lo anterior indica que efectivamente se pueden combinar estos factores, aunque es difícil de suponer que una persona altamente realizada con su trabajo y su profesión pueda funcionar con un “caparazón” que le evite involucrarse emocionalmente con la persona a la que atiende y con las situaciones problemáticas no solo de los usuarios sino también de la institución en la que labora, pareciera ser entonces que este “caparazón” lo lleva a despersonalizarse de estas situaciones al extremo de sentir ajenas situaciones adversas y no permitir que le afecten ni en su vida laboral ni mucho menos en lo personal.

La siguiente tabla muestra estos resultados:

Tabla 15. De contingencia despersonalización * realización

Grado		realización			Total
		Bajo	Medio	alto	
despersonalización	Alto	5	9	82	96
	medio	8	10	88	106
	Bajo	7	7	27	41
Total		20	26	197	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Otras variables analizadas del mismo modo a través de una tabla de contingencia, fueron las de **agotamiento emocional** y **realización personal en el trabajo**, de estos resultados los más representativos nos indican que 119 casos presentan al mismo tiempo **alta** realización personal en su trabajo y **alto** agotamiento emocional, 42 personas presentan una **alta** realización con un **medio** agotamiento y por último, 36 personas una **alta** realización y un **bajo** agotamiento.

Como el aspecto anterior muestra que la mayoría de estos trabajadores (119 personas) realizadas altamente en su trabajo de la misma forma presentan un alto agotamiento emocional, que se ve también reflejado con una serie de padecimientos y síntomas que se presentaron en ellos.

De esto se puede desprender que también hay otros factores que intervienen directamente en esto, ya que el agotamiento puede estar influido por la presión en casa, el sueldo, el tiempo de traslado, aspectos organizacionales de la institución, jornada laboral, etc. Sin embargo y pese a ellos, **la mayoría de los trabajadores sociales entrevistados para la presente investigación se sienten altamente realizados con su trabajo.**

Tabla 16. De contingencia agotamiento * realización

Grado		realización			Total
		bajo	medio	alto	
agotamiento	alto	8	13	119	140
	medio	8	6	42	56
	bajo	4	7	36	47
Total		20	26	197	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Se realizó a través de la misma tabla de contingencia el análisis de las variables de **agotamiento** y **despersonalización**, obteniendo que 69 personas presentaron **alta** despersonalización y **alto** agotamiento, 61 personas **alto** agotamiento y **media** despersonalización y 18 personas presentaron esta combinación en su nivel más **bajo**.

Tabla 17. De contingencia agotamiento * despersonalización

Grado		agotamiento			Total
		Alto	medio	bajo	
despersonalización	Alto	69	17	10	96
	medio	61	26	19	106
	Bajo	10	13	18	41
Total		140	56	47	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Los datos anteriores muestran de manera significativa que un número importante de personas entrevistadas (69) presentan al mismo tiempo agotamiento y despersonalización, lo que indica que a medida que los trabajadores sociales emocional y físicamente se agotan no solo por las cargas de trabajo sino por las mismas problemáticas personales de los usuarios de sus servicios, llegan a un punto donde bloquean esas emociones, sentimientos e inclusive impotencia pasando hasta el otro extremo que es la despersonalización, donde ya no importa que pase con el usuario simplemente se atiende como una actividad más.

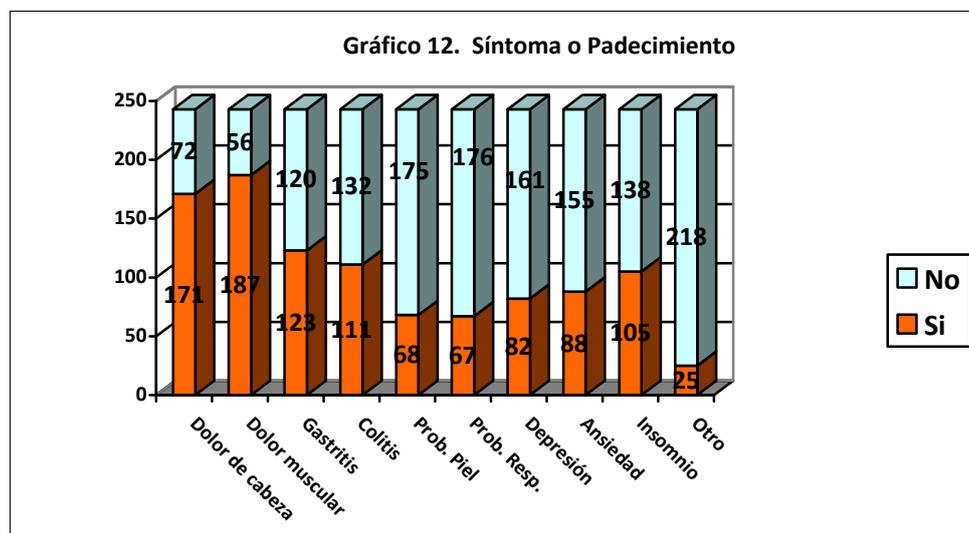
Después de haber dado respuesta al apartado del MBI-HSS, se cuestionó a los entrevistados sobre el padecimiento de 9 síntomas en los últimos 6 meses previos a la encuesta, mismos que se relacionan directamente con el estrés laboral y por consiguiente, con el Síndrome de Burnout (Ortega Villalobos, 1999).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 21. Frecuencia de padecimientos o síntomas

Síntoma o padecimiento	Si	No	Total
Dolor muscular	187 77%	56 23%	243
Dolor de cabeza	171 70.4%	72 29.6%	243
Gastritis	123 50.6%	120 49.4%	243
Colitis	111 45.7%	132 54.3%	243
Insomnio	105 43.2%	138 56.8%	243
Ansiedad	88 36.2%	155 63.8%	243
Depresión	82 33.7%	161 66.3%	243
Problemas en la piel	68 28%	175 72%	243
Problemas respiratorios	67 27.6%	176 72.4%	243
Otro	25 10.3%	218 89.7%	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.



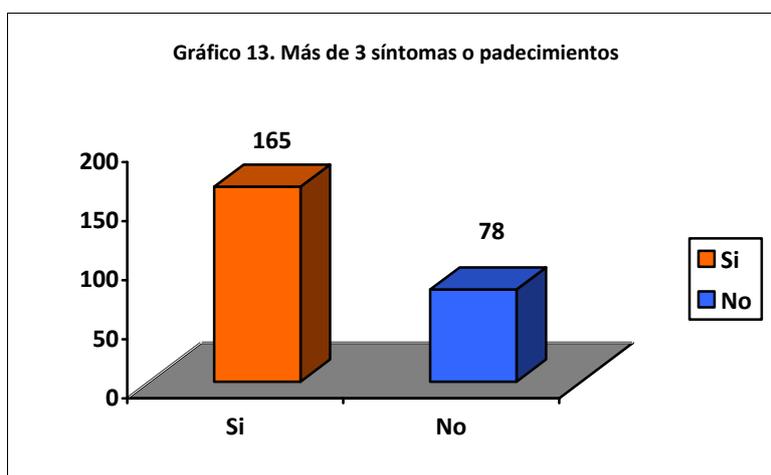
Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Se puede observar como independientemente de los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado a esta muestra de trabajadores sociales del sector salud se constata los síntomas ligados directamente al estrés laboral y

Síndrome de Burnout, estos indican que mientras el 81% de los trabajadores tienen una alta realización en su trabajo, el 77% padecen de dolores musculares, el 70.4% de dolores de cabeza y el 50.6% de gastritis, cabe señalar que estos datos no excluyen padecimientos anteriores pero si se presentan con regularidad desde 6 meses previos a la investigación presente.

Si bien es cierto que el trabajador se percibe de cierta forma respecto a su rutina laboral, a su vida personal e inclusive a su situación de salud, la información anteriormente señalada deja clara evidencia de que físicamente el organismo responde de otra manera a esta percepción.

Como ya se mencionó y dados los resultados obtenidos y la frecuencia de los mismos, se consideró rescatar la información de los trabajadores que hayan tenido 3 o más síntomas durante los 6 meses previos a la realización del estudio, siendo el 67.9% (165 personas) los que si presentaron más de 3 síntomas y el 32.1% (78 personas) los que no.

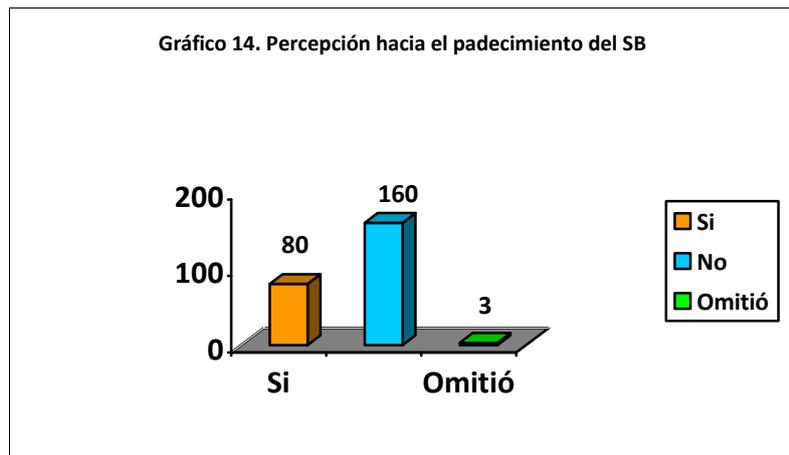


Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Esto demuestra que no únicamente el trabajador social pueda presentar una dolencia en específico o relacionada con algún antecedente médico, sino la combinación de síntomas y padecimientos dejan evidencia de un estrés laboral crónico y en su caso, Síndrome de Burnout.

El último apartado del instrumento, se diseñó como una prueba de percepción, por considerar importante el poder contar con información que los mismos trabajadores proporcionen sobre su "sentir" acerca de la problemática tema de esta investigación.

Por lo tanto, al preguntarle al trabajador social si después de contestar el instrumento consideraba padecer el Síndrome de Burnout, el 65.8% (160 personas) contestaron que no y el 32.9% (80 personas) dieron una respuesta afirmativa, sólo el 1.2% (3 personas) omitieron su respuesta.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Es importante destacar, como se señaló anteriormente, que este 65.8% de trabajadores entrevistados no se perciben con el padecimiento de este síndrome, sin embargo, presentan la sintomatología y los padecimientos físicos relacionados directamente al mismo.

Esta información genera la reflexión de la realidad del quehacer del trabajador social en su ámbito de competencia, efectivamente son mujeres principalmente dotadas de herramientas instintivas que le permiten contar con mecanismos de protección emocionales que no le permiten o bloquean el agotamiento emocional más si la despersonalización, aunque en su realidad física demuestren lo contrario.

Sin embargo, se realizó una tabla de contingencia para cruzar las variables de percepción del Síndrome de Burnout contra el padecimiento de 3 síntomas o más en los últimos 6 meses previos a la entrevista, los resultados obtenidos nos indican que 73 casos (30%) sí consideran tener el problema y al mismo tiempo padecen 3 ó más síntomas relacionados con el Síndrome de Burnout, pero por otro lado, 90 personas (37%) no consideran tener el Síndrome de Burnout y sí padecen estos 3 síntomas o más, lo que nos indica una baja percepción de la problemática.

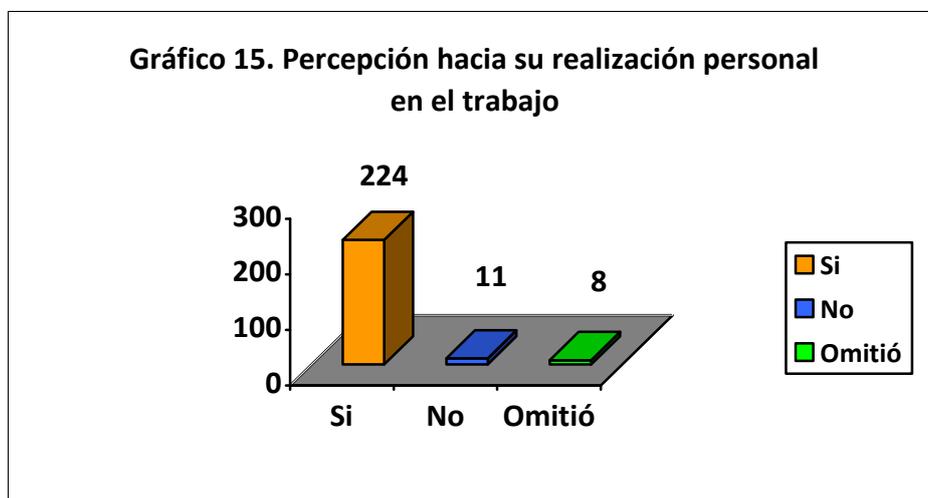
En relación con lo anterior, también es importante destacar que 70 personas entrevistadas (29%) no consideraron padecer este problema y tampoco manifiestan síntomas físicos relacionados con esta situación.

Tabla 22. De contingencia más de 3 síntomas * Considera padecer este problema

		Considera padecer este problema			Total
		si	no	omitió	
más de 3 síntomas	si	73	90	2	165
	no	7	70	1	78
Total		80	160	3	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Al preguntarle al trabajador si consideraba sentirse realizado personalmente en su trabajo, el 92.2% (224 personas) consideraron que sí, mientras que sólo un 4.5% (11 personas) contestaron negativamente, cabe señalar que sólo el 3.3% (8 personas) omitieron su respuesta.



Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

Al cruzar las variables que se refieren a si su trabajo les genera “realización personal” contra el “padecimiento de 3 síntomas o más” en los últimos 6 meses previos a la entrevista, los resultados nos muestran que 151 personas sí consideran que su trabajo les genera realización personal no obstante presentan 3 síntomas o más.

Tabla 23. De contingencia más de 3 síntomas * Su trabajo le genera realización personal

		Su trabajo le genera realización personal			Total
		si	no	omitió	
más de 3 síntomas	Si	151	8	6	165
	No	73	3	2	78
Total		224	11	8	243

Fuente: Síndrome de Burnout en una muestra de trabajadores sociales del sector salud, México, 2011.

IV. CONCLUSIONES

Como ya se ha hecho mención en capítulos anteriores, el Síndrome de Burnout es la expresión patológica que se manifiesta en un individuo que sufre de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en su trabajo, en este caso, los trabajadores sociales que operan en el sector salud.

El trabajador social desde una perspectiva profesional y de servicio, desempeña distintos roles y ejerce diferentes estrategias y capacidades con la finalidad de generar cambios.

Por lo tanto, y después del análisis de la información obtenida, se mencionarán las principales conclusiones generadas en el presente estudio:

- El personal profesional de trabajo social en el sector salud presenta en su mayoría una baja despersonalización y agotamiento emocional, mientras que la realización personal está en su nivel más alto, por lo tanto, y de acuerdo a lo establecido en el marco teórico, este personal padece el Síndrome de Burnout en su nivel más bajo.
- Es importante destacar que independientemente de lo anterior, la mayoría de estos trabajadores sí presentan, por lo menos, 3 padecimientos o síntomas físicos relacionados estrechamente con el estrés laboral, estos padecimientos, en su mayoría son: dolor muscular, de cabeza y gastritis.
- La mayoría de estos trabajadores no perciben el padecimiento de este problema y su percepción hacia su realización personal en el trabajo es alta, sin embargo, y conociendo los factores asociados a esta problemática, pudieran estar utilizando mecanismos de protección como la negación y/o la sublimación para afrontar dicha situación.
- Si bien es cierto que la mayoría de la población estudiada no reúne las características para enmarcarla dentro del padecimiento del Síndrome de Burnout, sí hay un número importante de trabajadores que, aunque son minoría, sí lo padecen, por lo que es importante, en futuras investigaciones, establecer mecanismos que permitan el diagnóstico y la atención oportuna de estos profesionales de la salud.

No hay que omitir que aspectos como la falta de incentivos profesionales, la ausencia de formación en los centros de trabajo, la deficiente remuneración, la excesiva burocracia y el aislamiento, son entre otros problemas, lo que va llevando a la frustración profesional. Probablemente por esta razón, los profesionales afectados por el Síndrome de Burnout van en incremento, constituyendo un factor que impide una mejor relación y que supone un riesgo para la calidad de vida y del servicio.

Son múltiples las áreas en las que debería contemplarse la prevención del desgaste profesional. En primer término, en la formación básica de los estudiantes de Trabajo Social a través de una adecuada formación práctica que permita el conocimiento realista del futuro campo profesional, acompañada de supervisiones docentes en las que se realice un trabajo de análisis a profundidad de los aprendizajes realizados y una labor de entrenamiento en habilidades de comunicación, control de estrés y manejo eficaz de las emociones; es decisiva para la buena preparación de los futuros trabajadores sociales.

Una vez iniciada la vida profesional, es imprescindible promover la participación de los profesionales dentro de la organización en la que desarrollan su trabajo, favoreciendo la efectiva comunicación, estimulando la retroalimentación en cuanto a sus logros y realizaciones, además de promover el intercambio entre colegas y la capacitación continua. Es de especial relevancia la puesta en marcha de procesos de supervisión profesional con carácter generalizado. El espacio de la supervisión permitirá entonces prestar apoyo emocional, contención y aportar a la formación específica que cada trabajador social requiere para la realización de su tarea.

La búsqueda de la calidad en la prestación de servicios y el cuidado de los profesionales que dedican su esfuerzo a la promoción del bienestar en los sectores más vulnerables de la sociedad, se convierten en exigencias de primer orden si se desea afrontar con éxito los retos del Trabajo Social en el futuro inmediato.

Por lo anterior, es necesario realizar algunas recomendaciones para futuros estudios en este tema.

RECOMENDACIONES:

- Será de suma importancia la revisión de información actualizada en diversas áreas que de cierta manera se encuentran inmersas en la presente investigación, ejemplo de ello, últimos estudios realizados en nuestro país en el tema, reformas propuestas para modificaciones en la Ley General del Trabajo y en la Ley General de Salud, modelos de intervención innovadores creados por organismos internacionales como el *Modelo de Intervención ante Factores de Riesgo en el Trabajo*, elaborado por la OIT que entre los factores que contempla incluye el estrés, entre otros.
- Una de las recomendaciones más importantes es que antes de la medición del Síndrome de Burnout en población trabajadora, es conveniente medir el estrés laboral en ellos, el cual antecede a éste síndrome, el modelo recomendado es el “Karasek” de Robert Karasek, quien a través de este modelo explica el estrés laboral en función del balance entre las demandas psicológicas del trabajo y el nivel de control del trabajador sobre éstas.

- El instrumento que se utilizó en esta investigación (MBI-HSS de Maslach C. y Jackson S.E., 1986), descrito ya con anterioridad, cumplió con el objetivo de la medición, sin embargo, se consideró que dicho instrumento da por hecho que todo el personal al que le sea aplicado, presenta el Síndrome de Burnout, ya que en sus estándares de medición no contempla la no existencia del mismo.
- Por lo anterior, como área de oportunidad en este tema, sería de suma importancia la construcción de un nuevo instrumento que no solo mida en qué nivel del padecimiento se encuentra la población estudiada, si no si presentan el Síndrome de Burnout o no.
- Dicho instrumento deberá considerar los padecimientos físicos que ya presente y reconozca la población estudiada con anterioridad, ya que al mencionarse de manera general puede sesgar los resultados de la información.
- Se deberán incluir en futuros estudios variables sociodemográficas como la edad de los hijos y variables laborales relacionadas con el clima de trabajo y la relación jefe-subordinado, ya que estas se relacionan directamente también con este Síndrome.
- Como otra área de oportunidad, queda la realización de estudios comparativos entre los institutos en los que se realizó esta investigación, teniendo como objetivo determinar si este síndrome se manifiesta de manera diferente en cada una de ellas.
- Como ha sido mencionado en el análisis de los resultados, uno de los compromisos generados con las instituciones de salud que brindaron las facilidades para la presente investigación, fue la posibilidad de otorgar de manera concreta los resultados obtenidos, específicamente en sus áreas de trabajo y, en la manera de lo posible, proporcionar asesoría para la mejora de sus procesos.
- Por último, y más ambicioso, la realización de un modelo de intervención de trabajo social para trabajo social, en el cual, no sólo exista un espacio de catarsis emocional laboral, como en algunas otras profesiones; sino el diagnóstico oportuno y la detección temprana de trabajadores sociales profesionales en el sector salud, que manifiesten la existencia de factores de riesgo que pudieran dar como resultado el padecimiento de este síndrome, y en su momento, la atención del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, P. (2006). *Investigación e intervención en Trabajo Social en reconstruyendo lo social*. Argentina: Espacio Buenos Aires.

Almirall Hernández, P. (1993). *Salud y Trabajo. Un Enfoque Histórico*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo.

Ander Egg, E. (1987). *¿Qué es el Trabajo Social?* Buenos Aires: Humanitas.

Ander Egg, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.

Arquer, I. d., & Nogareda, C. (2001). Estimación de la Carga Mental de Trabajo: El Método NASA TLX, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, INSHT. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Barria Muñoz, J. (2002). Síndrome de Burnout en Asistentes Sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana. Chile.

Bianchi, E. (s.f.). El servicio social como proceso de ayuda.

Caballero, L., & Millán, J. (1999). La aparición del Síndrome de Burnout o de estar quemado. *Boletín Bimestral de Comunicación Interna, Secretaría General de Administración y Función Pública*.

Campos, J. (1956). *Organización y Desarrollo de la Comunidad para el Bienestar Social*. Guatemala: Ministerio de Educación. Dirección General de Desarrollo Socio-Educativo Rural.

Capillo Pueyo, R. (s.f.). [www.usuarios.multimania.es](http://usuarios.multimania.es/constanmm/burnout.htm). Obtenido de <http://usuarios.multimania.es/constanmm/burnout.htm>
(1976). *Código Internacional de Ética de Trabajo Social*.

Contreras Casado, D. (2010). *Prevención de Riesgos Laborales y Trabajo Social*. España.

Contreras Casado, D. (2008). *Trabajo Social y Prevención de Riesgos Laborales*. España: Trabajo Social Hoy.

De la Vega, S. (1980). Órgano Informativo de la Escuela Nacional de Trabajo Social de México. *Gaceta ENTS, UANM*, Época III, No. 3, Pág. 3.

ENTS. (1978). Definición, objetivos y funciones de Trabajo Social. *i reunión Nacional de Escuelas de Licenciatura de Trabajo Social*. México: UNAM, ENTS.

ENTS. (1965). *Orientación, Carrera de Trabajo Social*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social.

Evangelista, E. (2010). Trabajo Social Contemporáneo: Aproximaciones y Proyecciones. *Revista de trabajo Social*.

Fidalgo Vega, M. (2011). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación y Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. En *Notas Técnicas de Prevención No. 705 y 705*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

García de la Rubia, S. (s.f.). *El Estrés del Pediatra*. Obtenido de www.murciapediatrica.com

Gehmeyr, A. (s.f.). *Burnout. Universidad de Passau*. Obtenido de www.fmi.unipassu.de/worterklaerungen/burnout.html

Gil Monte, P., & Peiró. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de Quemarse*. Madrid.

Gil-Monte, P., Unda, S., & Sandoval, J. (2009). Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos.

Guerrero Barona, E. (2002). Una investigación sobre estrés y burnout en el profesorado universitario. *Revista de Educación Campo Abierto* .

Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la Utilización de los Equipos de Trabajo. (2008). España.

IASSW, F. Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social.

Kisnerman, N. (1998). *Pensar en el Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Kisnerman, N. (1980). *Un paradigma para el Trabajo Social individualizado*. Argentina: Ateneo de Asistentes Sociales de Buenos Aires.

Laplanche. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Laplanche.

Malacalza, S. (2003). *La autonomía del sujeto: un tema para el Trabajo Social, en Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social*. Argentina: Espacio.

Manassero, M., Fornés, J., Fernández, M., & Velázquez, A. y. (1995). Burnout en la Enseñanza: Análisis de su Influencia y Determinantes. *Revista de Educación Española* , 241-308.

Martín Daza, F. (2010). El Estrés: Proceso de generación en el ámbito laboral . En *Nota Técnica del Prevención No. 349*. España: Instituto Nacional de Seguridad en Higiene en el Trabajo.

Martín Daza, F. (1993). El Estrés: Proceso de Generación en el Ámbito Laboral. En *Nota Técnica de Prevención No. 318*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Maslach, B. (1976). Burned-out. *Human Behav.*

Maslach, C. (1977). Asociación Americana de Psicólogos.

Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout Recent Development in Theory and Research*.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout Recent Development in Theory and Reserch*.

Mereticorena, C. Precariedad Laboral y Caída Salarial. El Mercado de Trabajo en la Argentina Post Convertibilidad. *7o. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Argentina.

Murray, C., & López, A. (1999). *Global Comparativeassessments in the Health Sector: Diseaseburden, Expenditures and Intervention Packages*. Ginebra: OMS, Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Factores Psicosociales en el Trabajo*.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Ortega Villalobos, J. (1999). *Estrés y Trabajo*. México.

Palermo. (2008). Hologramática. *Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ*, Año V, Número 8, VI.

Parra, M. (2003). *Conceptos Básicos en Salud Laboral*. Chile: Oficina Internacional del Trabajo.

Pérez Bilbao, J., & Nogareda Cuixart, C. Violencia en el lugar de trabajo. En *Nota Técnica de Prevención No. 489*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Pérez Jáuregui. (2001).

Piñeiro. (2006). *Estudios realizados sobre el Burnout en diferentes profesiones*.

Prieto Mendoza, M. (s.f.). *Mobbing.Aspectos Crimonológicos*. Obtenido de www.grafologíauniversitaria.com

Rosas Pagaza, M. (2003). *El objeto de intervención en Trabajo Social: Tomado de una perspectiva tórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Argentina: Espacio.

Salud Laboral. (2008). España: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.

Sanchez Vidal, A. (1996). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: EUB.

Sandoval. (1970). Perspectiva Histórica de la Preocupación Social. *Sociología y Trabajo Social. X Jornada de Estudios. Asociación Nacional Mexicana de Escuelas de Trabajo Social*, (pág. 5). Monterrey, México.

Sistema Nacional de Salud. (2011). *Salud Pública* , Vol.53 (2): 220-232.

Sorderferdt, M., & Warg, L. (1995). Burnout en Social Work. *National Association of Social Workers Review* , 638-646.

Stora, J. B. (1991). *¿Qué se acerca del estrés?*

Tello Peón, N. (s.f.). Disciplina del conocimiento. *Apuntes de Trabajo Social* .

Um, M., & Harrison, D. (1998). Role stressors, burnout, mediator san job satisfaction: a stress-strain-outcome model and an empirical test. *Review National Asocciation of Social Workers* , 100-115.

Uribe, J. (2006). La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Estudio exploratorio de un instrumento de burnout para mexicanos. *Proyecto PAPIIT IN302806 de DGAPA, UNAM* .

Wanderley, & Vásquez-Menezes, I. ¿Qué es Burn-Out? En *Educacao: carinho e trabalho, Burn Out, a Síndrome De Desistencia Do Educador* (pág. Capítulo 13).

Yassi, A. (2011). Centros de Servicio de Atención Sanitaria. En O. Organización Internacional del Trabajo, *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo* (pág. Capítulo 97). España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

www.definicion.de. (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/salud-ocupacional/>

www.ifws.org. (s.f.). Obtenido de <http://www.ifws.org>

www.psicolisis.com. (s.f.).

Obtenido de <http://www.psicolisis.com/burnout/boutspa.htm>

www.ucm.es. (s.f.).

Obtenido de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

www.vscanarias.net. (s.f.). Obtenido de <http://www.vscanarias.net/t753-condiciones-de-trabajo-susceptibles-de-producir-trastornos-psicologicos>

www.who.int. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

www.who.int. (s.f.).

Obtenido de www.who.int/features/factfiles/mental_health_facts/es/index7.html

www.who.int. (s.f.).

Obtenido de http://www.who.int/topics/occupational_health/es/

ANEXOS

Anexo 1

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos que se manejaran en este proyecto estarán basados en el Código Internacional de Ética Médica en Helsinki en 1964 y revisados en Tokio de 1975.

Se apegará a los principios básicos y al capítulo III de Investigación Biomédica no terapéutica que involucre sujetos humanos (investigación biomédica no clínica). De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de investigación para la Salud, Secretaría de Salud, en el Título Segundo: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo I: Disposiciones comunes en sus artículos 13, 14, 16, 17 en el apartado II de riesgo mínimo, artículos 18 y 23. En el Código Internacional de Ética de los Profesionales de Salud en el Trabajo de 1992, en base a 6 categorías que son:

1. Proteger el bienestar de los trabajadores como sujetos de estudio.
2. Obtener el consentimiento del trabajador.
3. Proteger la identidad de los trabajadores y mantener la confidencialidad.
4. Mantener relaciones éticas con todos los que intervienen en el estudio.
5. Comunicar los resultados de la investigación.
6. Respetar el ambiente cultural en donde se realiza la investigación.

Por último, de acuerdo al Reglamento de Seguridad y Coordinación en materia de Investigación para la Salud de la UNAM, en el Capítulo I Del objeto del Reglamento y de la Nomenclatura utilizada.

Capítulo II de la investigación en seres humanos.

Capítulo IV de las Disposiciones Generales en artículos 31, 32, 33, 34, 35,36 y 37.

Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

SÍNDROME DE BURNOUT: UNA MUESTRA DE TRABAJADORES SOCIALES DEL SECTOR SALUD

El objetivo del estudio es: Determinar el Síndrome de Burnout y sus factores asociados en los trabajadores sociales en el sector salud.

La justificación de la realización del estudio se basa en:

Este estudio tiene la intención de poder realizar un estudio desde trabajo social para trabajo social, analizar la problemática del síndrome del “quemado” o “Burnout” entre los colegas que laboran en el área médica y quienes se enfrentan día a día no sólo a la convivencia con enfermos, sino a la atención específica y particular de cada una de sus familias además de las grandes limitantes que el sistema presenta para otorgar los recursos necesarios y atender a esta población con calidad y calidez y, con esto, generar una serie de recomendaciones que le permita al trabajador social “exprimir” esas emociones y sentimientos para salir a flote de dicho padecimiento.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder de manera veraz una serie de escalas de medición (cuestionarios) que se me darán en forma escrita y que debo responderlos en forma totalmente ANÓNIMA.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El presente proyecto corresponde a una investigación sin riesgo para mi salud tanto en el aspecto físico como psicológico y laboral ya que solo se tratará (por mi parte) de la respuesta de los cuestionarios que me sean proporcionados por el investigador (Lic. Kitzia Molina Sánchez).

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en cualquier momento desde el inicio hasta el término de la investigación).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la relación laboral que yo tengo en mi centro de trabajo.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. Por último, el investigador me ha informado que mi participación en éste estudio, No Implicará ningún costo monetario para mi persona y que todos los insumos quedarán a cargo de quienes presentan el proyecto.

Se me ha proporcionado la siguiente información para poder consultar en cualquier momento al investigador en caso de alguna duda o inquietud de mi participación en el proyecto:

Nombre y firma del trabajador:

Nombre y firma del investigador: Lic. Kitzia Molina Sánchez, 04455 1384 8808

EN ESTAS BREVES LÍNEAS, SÓLO ME RESTA AGRADECERLE SU AMABLE PARTICIPACIÓN, Y ÉSTA SERVIDORA, LE RECUERDA QUE LA INFORMACIÓN QUE HA PROPORCIONADO SERÁ **ÚNICAMENTE** UTILIZADA PARA FINES DE ESTA INVESTIGACIÓN, POR LO QUE QUEDA **TOTALMENTE GARANTIZADA SU CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.**



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
División de Estudios de Posgrado



MUCHAS GRACIAS.
LIC. KITZIA MOLINA SÁNCHEZ.
04455 1384 8808

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES SOCIALES EN EL SECTOR SALUD

SEXO FEM. MASC. EDAD _____

EDO. CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA _____

NOMBRAMIENTO BASE CONFIANZA INTERINATO CONTRATO

PUESTO _____

TURNO MATUTINO VESPERTINO NOCTURNO
FINES DE SEMANA JORNADA ESPECIAL

ANTIGÜEDAD (AÑOS) _____ SUeldo (MENSUAL) \$ _____

HIJOS SI NO No. DE HIJOS _____

COMPARTE LA RESPONSABILIDAD DE LA CRIANZA SI NO
CON QUIÉN _____

COMPARTE LA RESPONSABILIDAD DEL HOGAR SI NO
CON QUIÉN _____

COMPARTE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA SI NO
CON QUIÉN _____

CUANTO TIEMPO INVIERTE EN TRASLADARSE A SU TRABAJO DE IDA Y VUELTA
_____ HRS.

Favor de responder a las siguientes afirmaciones, anotando en el recuadro el número que usted considere adecuado.

- 0) Nunca**
1) Pocas veces al año o menos
2) Una vez al mes o menos
3) Unas pocas veces al mes o menos
4) Una vez a la semana
5) Pocas veces a la semana
6) Diario

AFIRMACIÓN	No.
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los clientes o usuarios	
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales	
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas	
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10. Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión o tarea	
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12. Me siento muy activo	
13. Me siento frustrado con mi trabajo	
14. Creo que estoy trabajando demasiado	
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio	
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o tarea	
20. Me siento acabado	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22. Siento que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.	

¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? SI O NO

1. Dolor de cabeza	
2. Dolor muscular	
3. Gastritis	
4. Colitis	
5. Problemas respiratorios	
6. Problemas en la piel	
7. Depresión	
8. Ansiedad	
9. Insomnio	
10. Otro, especifique:	

EL DESGASTE PROFESIONAL DE PERSONAS QUE TRABAJAN EN LOS SECTORES DE SERVICIOS HUMANOS BAJO CONDICIONES DIFÍCILES Y EN CONTACTO DIRECTO CON LOS USUARIOS, LLEGAN A TENER MANIFESTACIONES EN SU COMPORTAMIENTO RELACIONADAS CON EL ESTRÉS LABORAL, CARACTERIZADO POR CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN EN EL TRATO CON USUARIOS, Y DIFICULTAD PARA EL LOGRO O SU REALIZACIÓN PERSONAL.

DESPUÉS DE HABER DADO RESPUESTA A LA ESCALA ANTERIOR, ¿CONSIDERA PADECER ESTE PROBLEMA? SI NO

SI CONTESTO SÍ, A QUÉ FACTOR LO ATRIBUYE _____

SI CONTESTO NO, A QUÉ FACTOR LO ATRIBUYE _____

DE PADECERLO, ¿DE QUÉ MANERA COMPENSA ESTA SITUACIÓN?

¿SU TRABAJO LE GENERA REALIZACIÓN PERSONAL? SI NO

POR QUÉ? _____
