

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE EL SINDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL
(BURNOUT) Y TRASTORNOS PSICOSOMATICOS EN UNA
MUESTRA DE TRABAJADORES MEXICANOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIO LOZANO GOMEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESUS FELIPE URIBE PRADO

REVISOR: MTRO. RODRIGO PENICHE AMANTE

ESTA INVESTIGACION ES PARTE DEL PROYECTO PAPIIT IN302806

DE DGAPA, UNAM

MEXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios durante tanto tiempo, así como agradezco todos los conocimientos brindados durante mi estancia en ella.

Gracias al Doctor Felipe Uribe por darme la oportunidad de haber colaborado con él en el proyecto del cual surgió esta tesis y por todo el conocimiento brindado para la realización de la misma.

Al Doctor Alberto Cordova por todo el apoyo que me dio a lo largo de la carrera así como sus consejos.

Al Profesor Carlos Peniche por sus muy buenos consejos y la motivación que me brindó para poder terminar la tesis, así como las charlas tan agradables y no puedo pasar por alto sus consejos.

Al Maestro Ricardo Trujillo por brindarme su amistad, así como un sin fin de consejos y habilidades para terminar la tesis ya que sin su apoyo no hubiera podido terminarla, así como las charlas tan amenas y reconfortables que gracias a ellas pude resolver muchos problemas.

A mis padres Raymundo y Fidelia por que sin su apoyo, jamás hubiera llegado hasta aquí, les agradezco todo lo que han hecho por mí, así como la libertad que me brindaron para decidir mi propio camino y por nunca cuestionar mis decisiones que he tomado. Muchas gracias por ser buenos padres.

A mis hermanos Raymundo y Mónica, que son una parte muy importante en mi vida y siempre he contado con su apoyo y cariño.

Agradezco a mi gran amigo Jesus Rosas por todos sus consejos, por ayudarme a levantarme cuando lo necesite, por la ayuda desinteresada siempre brindada por las platicas interminables a fuera del metro copilco, por su ayuda para terminar la tesis.

A todos mis amigos muchas gracias por estar conmigo y contar con su apoyo siempre, gracias por los momentos especiales y los no tan especiales y como olvidar su ayuda ya que sin ellos no hubiera terminado la carrera, espero seguirlos viendo siempre.

Mario
Abril, 2008

RESUMEN

En el presente trabajo se llevó a cabo una investigación exploratoria, donde se describe la relación estadísticamente significativa existente, entre el síndrome de desgaste ocupacional (burnout) y trastornos psicosomáticos. Los cuales fueron obtenidos de acuerdo al DSM – IV, y son: trastornos de sueño, dolor, pseudo-neurologicos, gástrointestinales, depresión, ansiedad, psicosexuales. Así como su relación con algunas variables sociodemográficas tales como: sexo, edad, estado. Civil, tipo de puesto horas de trabajo diario, años de trabajo en la vida, número de empleos, que tan devoto se es de la religión, etc. Todo ello con el fin de tener una idea más clara sobre como afecta el síndrome de desgaste ocupacional (burnout) a la salud de los trabajadores. Y por otro lado poder observar, con cuales variables demográficas hay una mayor correlación.

Para esta investigación se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe y col. (en proceso), en una primera fase de validez. La cual se basa en tres dimensiones propuestas por Maslach y Jackson (1981, 1982), las cuales son cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, además, se considera el modelo propuesto por Leiter y Maslach (1988) para dar validez al instrumento. Así a los tres factores antes mencionados se le agregan dos más: trastornos psicosomáticos como se menciona con anterioridad son derivados del DSM IV y un cuestionario de datos sociodemográficos.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCION 1

Capitulo 1

La Salud en el ámbito laboral 3

1.1. Definición de salud 4

1.2. La importancia de la salud laboral. 6

1.3. Diversas especialidades de la Salud Laboral 9

1.4. La seguridad en el trabajo 10

1.5. Higiene industrial 12

1.6 Condiciones de trabajo 15

1.7 Factores psicosociales que afectan la salud 20

Capitulo 2

El estrés laboral 24

2.1 Estudios del estrés. 25

2.2 Una teoría basada en la respuesta 27

2.3. El estrés y enfermedad	28
2.4. El estrés como estímulo	30
2.5 El estrés como respuesta fisiológica.	32
2.6. Consecuencias del estrés	35
2.7. El estrés laboral	37
2.7.2. Estresores extra organizacionales	41
2.7.3. Efectos del estrés laboral	43
Capítulo 3.	
El Síndrome de Desgaste Ocupacional y los Trastornos Psicosomáticos	46
3.1. Antecedentes y definición del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO)	47
3.2 Principales modelos explicativos del SDO	50
3.3 Diferencias entre el SDO con otros conceptos	54
3.4 El proceso de desarrollo del SDO	57
3.5 Las distintas pruebas que evalúan el SDO	60
3.6 El Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos	62

3.7 ¿Que son los trastornos psicosomáticos?.	64
3.8 Factores psicológicos que predisponen a la aparición de trastornos psicosomáticos	65
3.9 Definición de los distintos trastornos psicosomáticos	67
Método	75
Planteamiento del Problema	
Objetivo	
Variables	
Hipótesis	
Muestra	
Tipo de estudio	
Instrumento	
Procedimiento	
Resultados	82
Conclusión y Discusiones.	91
Anexos	100
Referencias	127

Introducción

El Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO) ha sido estudiado desde la década de los setentas, causando controversia; debido a que es relacionado a diferentes factores; en un inicio Maslach y Jackson (1982, 1986) mencionaron tres componentes principales del SDO que son: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, los cuales fueron retomados por Uribe-Prado, Archundia, Leos, Lozano y Pizano (2006), para construir la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), debido a que el instrumento más utilizado para mexicanos es el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986) y se prefirió construir un instrumento que este dirigido para los mismos.

Autores como Moreno, Oliver, Pastor y Aragonese (1991); Ateance (1997); Fernández (2000); Aldrete, Pando, Aranda y Balcázar (2003) y Gil-Monte (2002); identificaron que el SDO está relacionado con trastornos psicosomáticos como dolores inexplicables, náuseas, temblores, cefaleas, mareos, alteraciones menstruales, además problemas digestivos como diarrea, estreñimiento y acidez estomacal.

Los trastornos psicosomáticos han recibido gran atención principalmente en los últimos años, debido a la importancia del daño que provocan en la población trabajadora; él termino psicosomático se emplea para referirse a aquellas enfermedades orgánicas que tienen lugar en diferentes apartados, sistemas, tejidos u órganos del cuerpo humano y para poder expresar la relación existente entre el cuerpo y la psique (Fernández, 2000); además de que si un trabajador se enferma físicamente a causa de la presión laboral, se ve afectada su productividad en la organización y puede traer consecuencias para la persona, como ausentismo, despido y, para la empresa, rotación de personal.

La importancia de buscar la relación del SDO con los trastornos psicosomáticos es que además de contribuir con la investigación existente, se está dando validez a la escala mexicana que se encuentra en su fase exploratoria.

CAPITULO 1

SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL

CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL.

La evolución de la humanidad, está marcada por crisis que afectan tanto la estructura material de la civilización, como las funciones de la cultura; así mismo, en el curso de la vida de un individuo, en el que las enfermedades agudas o fenómenos evolutivos crean emergencias, mismas que operan cambios permanentes (Ruiz 1987).

En éstos días, hay un avance en los conocimientos existentes sobre la salud y enfermedad, son muchas las enfermedades controladas y erradicadas, ello ha traído como consecuencia un mayor índice de bienestar personal: no obstante, por los estilos de vida actuales, han surgido nuevas patologías, y probablemente surgirán nuevos procedimientos de afrontamiento. Ésta preocupación general por la salud y su mantenimiento ha traído consigo un importante cambio en el estilo de vida de muchas personas. Cada vez son más los datos empíricos que ponen al tanto la importancia que tiene la forma de comportarse del individuo para el mantenimiento y promoción de la salud. (Fernández 2000).

1.1. Definición de salud.

El concepto de salud, a pesar de los distintos enfoques y tratamientos, se puede conceptualizar de una manera más generalizada basada en sus tres aspectos: somáticos, psíquico y sanitario (Cortés 2001).

De los tres aspectos considerados anteriormente se aprecia la concepción fisiológica la cual ha tenido un peso mayor en la sociedad, también considera la salud como el bienestar del cuerpo y del organismo, la cual lleva a una definición negativa, generalmente utilizada, de ausencia de enfermedad que solo se conoce y valora cuando se pierde (Cortés 2001).

La salud vista como un estado de bienestar físico, psíquico y social, no sólo como la ausencia de enfermedad, tal como la reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS). Encamina a ver a la salud, como el resultado de un proceso de interacción continuo y permanente entre el ser humano y una serie de factores, algunos de los cuales provienen del propio individuo y otros del medio en que vive (et, al. Jiménez 2005).

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

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

En el presente siglo XX, ha habido un cambio bastante radical en las tasas de morbilidad y mortalidad, en el que se ha destacado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace, por lo cual en la actualidad la investigación epidemiológica es básicamente psicosocial (Latorre y Benit, 1994).

No es la principal meta prolongar la vida o erradicar todas las enfermedades, que aquejan nuestra sociedad, sino que haya una mayor calidad de vida. Un ejemplo claro es: los mineros que probablemente tendrán que morir de una dolencia del pulmón, los obreros de la construcción que probablemente mueran de algún accidente, por mencionar algunos (Noriega 1989).

Ruiz (1987) menciona que la salud es una fuerza que capacita a los individuos para contrarrestar las adversidades de la vida, con un mínimo de sufrimiento, de desajuste y el trabajo es un componente esencial de la vida, así como nos puede brindar condiciones propicias de adaptabilidad y oportunidades para la realización de su creatividad; sin dejar de lado que puede ocasionar obstáculos para su adaptación y salud del individuo.

1.2. La importancia de la Salud Laboral

La práctica de, esta encarga de la vigilancia e intervención de las condiciones de trabajo y por supuesto de la salud de los trabajadores. Los principales objetivos de la Salud Laboral son, identificar y eliminar los factores relacionados con el trabajo, que ejerzan un efecto que perjudique la salud del trabajador, así como mejorar a aquellas con un efecto benéfico sobre a la salud y el bienestar del trabajador (García, Benavides y Ruiz 2000).

Otra definición de Salud Laboral es la emitida por la Conferencia Internacional del Trabajo, en su Trigésima Sexta Reunión, en 1953. En el que se define los objetivos de la salud laboral en términos de “promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todas las profesiones; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la existencia de agentes nocivos para la salud; Colocar y mantener al trabajador en un empleo acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, en resumen, adaptar al trabajo al hombre y cada hombre a su tarea.”(Ruiz et al. 1987)

De tal manera la Salud Laboral, se puede entender como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores (García y col. 2001).

La idea que sirve como punto de partida para la práctica de la salud laboral, es que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo, son susceptibles de prevención, ya que sus determinantes se encuentran precisamente en las condiciones de trabajo (García y col, 2001).

La adaptación del ser humano con los elementos que componen su actividad laboral, tiene como requisito indispensable, el conservar y mejorar la salud. Si esta adaptación es complicada, la salud se vera afectada y por este solo hecho, será precaria (Ruiz 1987).

Fernández y Garrido (2000) postulan que “un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo, de la actividad laboral y constituye la base para conseguir el bienestar en el trabajo”; el cual permite desarrollar las capacidades físicas e intelectuales”. Así la facultad de trabajar y encontrar satisfacción en el trabajo es características de una persona sana.

Muchos estudios muestran que la salud física esta en peligro, cuando el trabajo deshumaniza a la persona por una serie de factores, que exponen a riesgos físicos y mentales (Cox, 1981). Por ejemplo: las fábricas en las que los niveles de ruido, son elevados, donde las tareas son repetitivas y los trabajadores, no tienen oportunidad de comunicarse entre ellos.

Para poder evitar lo antes mencionado, la Salud Laboral utiliza diferentes aproximaciones, desde distintas especialidades y perspectivas. La seguridad en el trabajo, la higiene industrial, la ergonomía, la psicología o la medicina del trabajo, reflejan distintas respuestas, todas ellas necesarias en función de la naturaleza y el origen del factor de riesgo (García y col. 2001). Es bien sabido, que cada una de las disciplinas mencionadas, ya contemplaba desde su origen el bienestar humano y hacían lo posible por lograrlo, pero sus recursos sólo les permitían obtener, un resultado parcial, pudiendo resolver sólo unos cuantos problemas que afectaban el bienestar del trabajador (Ruiz 1987).

Estas disciplinas, que buscan el bienestar del trabajador, pueden unir esfuerzos para alcanzar los tres objetivos básicos de la salud laboral, que son: 1) proteger a los trabajadores, controlando los riesgos inherentes a su trabajo y al ambiente en el cual lo realiza; 2) hacer posible la asignación de los puestos de trabajo de acuerdo con las actitudes y las limitaciones de cada empleado y vigilar que su adaptación sea permanente; 3) promover y mantener el más elevado nivel de bienestar completo (físico, mental y social) de los trabajadores (Ruiz 1987).

También desde los distintos escenarios en los que la actividad profesional de la Salud Laboral debe desarrollarse (administración y empresas), se le pueden encontrar dos niveles en los que se puede actuar: el primero es la vigilancia, entendida como evaluación o diagnóstico de los factores de riesgo y los efectos sobre la salud. La segunda es la acción preventiva propiamente dicha, o intervenciones técnicas sobre tales factores de riesgo y efectos (García y col. 2001).

Los mismos autores, postulan que el ámbito donde podemos encontrar las actividades de vigilancia y de prevención en la Salud Laboral, pueden ser individuales (sobre cada trabajador) o grupal (sobre el conjunto de los trabajadores). Las acciones pueden estar enfocadas, sobre los efectos en el trabajo (estructural, ambiental, ergonómico, organizativo) o sobre los efectos en la salud de los trabajadores (accidentes, enfermedades, discapacidades).

La vigilancia, como se había explicado anteriormente, se define como la identificación y seguimiento de los riesgos laborales y daños a la salud; es una función diferente de la acción preventiva, aunque este estrechamente relacionada con ésta. Un examen de la salud (reconocimiento médico) consiste en vigilar de manera individual, con el fin de diagnosticar de manera rápida alteraciones en la salud del trabajador (García, Benavides y Ruiz 2000).

García y col, (2001) se refieren a la prevención de riesgos laborales, como: “el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad, de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”. Las acciones de prevención se desarrollan, dentro y fuera de la empresa, tanto en el ámbito colectivo como individual y actúa tanto sobre los riesgos como sobre los efectos de éstos en la salud de los trabajadores.

1.3. Diversas especialidades de la Salud Laboral.

La Salud Laboral, como se ha mencionado con anterioridad, engloba distintas actividades que abarcan desde los primeros auxilios a un trabajador, hasta la promoción de una dieta sana en la empresa, sin dejar de lado las actividades preventivas frente a los riesgos laborales. Claro está que para poder encararlos se necesita la colaboración de diversas áreas de conocimientos. Por mencionar algunas áreas, tenemos: la medicina, la ingeniería, la economía, la psicología, sociología, entre otras. Todas ellas tienen la finalidad, de dar una respuesta eficaz a los problemas de salud que tienen relación con el trabajo (García y col. 2001).

Comenzaremos hablando de la medicina del trabajo, de la cual Ruiz (1987) hace mención y comenta que el trabajo puede causar daños en la salud de los trabajadores y estos daños se han podido observar desde tiempos remotos.

Sin embargo, hasta hace algunos años, después de la segunda guerra mundial, la medicina del trabajo no llegó a pasar los umbrales de las fábricas. La única función del médico, era la de poner toda su atención y esfuerzo en evitar la enfermedad profesional y procurar para el trabajador un ambiente laboral sano y seguro (Ruiz ,1987).

Así con el paso del tiempo la medicina del trabajo, llegó a dejar de ser solamente la medicina de la tecnopatía y del accidentado para convertirse en una

fuerza capaz de promover la salud integral para el obrero y mejorar las condiciones de productividad, y para un mejor logro de este objeto, amplió sus horizontes, dentro del campo de la medicina, con el fin de buscar conexión con diversas disciplinas con fines en común (Ruiz, 1987).

La medicina del trabajo, se ha reforzado en comparación a otras disciplinas preventivas por dos grandes razones, la primera de ellas es por la creación de los servicios médicos de empresa en 1956. Mismos que son obligatorios en las empresas, tomando en cuenta que tienen un número determinado de trabajadores, tal y como aparece establecido en el Reglamento de los Servicios Médicos de empresa en el año 1956. Y en segundo lugar, por la formación que debía recibir dichos médicos para permitirles ejercer sus servicios dentro de la organización (García et al. Col. 2001).

Le medicina del trabajo, ha sobrepasado los muros del taller y de la fábrica, ya que considera al trabajo como “un complejo dinámico integrado por el microclima material, psicológico, económico y social,” con todas las interacciones, penetrando en todos los planos de la estructura social” (Ruiz, 1987).

La medicina del trabajo, es de gran importancia para garantizar una buena salud en los trabajadores, pero no es la única encargada de brindarles protección. No se puede esquivar la seguridad en el trabajo. La palabra seguridad, tiene muchas connotaciones y significados, pero lleva un fondo unitario para todas ellas (Rodellar, 1988). La Real Academia Española define a la seguridad, como un espacio “libre y exento de todo peligro, daño o riesgo.”

1.4. La seguridad en el trabajo

García y col. (2001) mencionan, que la seguridad en el trabajo, tiene como objetivo principal, prevenir los riesgos que pueden derivar en un accidente de

trabajo, y ha sido definido como “el conjunto de procedimientos y recursos aplicados a la eficaz prevención y protección frente a los accidentes”. Las causas de dichos riesgos se pueden encontrar en las máquinas o equipos de trabajo, o productos, etc.

Un accidente lo podemos definir, como el resultado del contacto con alguna sustancia o fuente de energía (mecánica, eléctrica, química, acústica, etc.) claro está que dicha energía supere el límite del cuerpo o estructura con que se realiza el contacto (Rodellar, 1988).

Según Heinrich (1950) las causas de los accidentes se presentan tanto en las condiciones mecánicas o físicas inseguras como los actos inseguros de las personas. Las condiciones mecánicas o físicas pueden ser inseguras: protección inadecuada o falta de protección, condición física defectuosa (superficie resbalosa, deteriorada, corroído etc.), construcción insegura, iluminación insegura, ventilación deficiente, ropa insegura, etc.

Los actos inseguros de las personas, se refieren a: operar sin autorización, falta de aviso o protección, trabajar a velocidad peligrosa, usar equipo peligroso, utilizar las manos desnudas en lugar de con guantes, combinar sustancias sin el debido cuidado, adoptar posiciones de forma insegura, molestar o distraer al compañero, no utilizar ropa o equipo de protección (Ruiz, 1987).

Para ejemplificar mejor lo escrito anteriormente podemos retomar un poco la investigación de Bonantini “Análisis cuantitativo-cualitativo de los accidentes de trabajo. Epidemiología – Determinantes - Prevención” después de analizar los accidentes de trabajo ocurridos en la Empresa Provincial de Energía Estatal . En la cual se pone de manifiesto que en la empresa, durante los periodos de alta conflictividad, se llegaron a producir accidentes fatales y se elevó la tasa de gravedad de los percances en general (Bonantini, 1993).

La forma en que se puede controlar los accidentes por causas humanas es: hacer un acomodo racional del personal, también hacer un mantenimiento preventivo de la salud y de la adaptación del personal, una buena educación y una estupenda disciplina (Ruiz, 1987).

La observación del trabajo, es otra técnica en la que se puede detectar condiciones de pérdidas en el sistema de trabajo, especialmente de tipo humano. Para tener buenos resultados, hay que observar las condiciones del entorno de trabajo, así como las prácticas o realizaciones. Con ello podremos saber si se realiza el trabajo en la forma adecuada (Rodellar, 1988).

Para García, Benavides y Ruiz (2000) las técnicas de seguridad pueden clasificarse en dos, que son: las analíticas y las operativas. Dentro de las analíticas tenemos: la identificación de riesgos, la evaluación de riesgos, análisis de puestos de trabajo, notificación y registro de accidentes, la investigación de accidentes, una buena inspección de seguridad así como auditorias de seguridad. Las operativas son: Seguridad en el diseño de equipos, lugares y métodos de trabajo, sistema de seguridad en maquinas, protecciones colectivas, normas de seguridad, mantenimiento preventivo, formación e información y asesoramiento.

Hay que tomar en cuenta que al riesgo de accidentarse dentro de la empresa, también hay que sumar “el riesgo de accidentes mayores” en el que pueden verse involucrada la comunidad cercana a la empresa. Para una mayor seguridad en los trabajadores se deben prevenir tanto los accidentes dentro de la empresa, como planificar las actividades de emergencia necesaria para minimizar las consecuencias que pueda haber en la comunidad cercana a la misma (García y col. 2001).

1.5. Higiene industrial.

El significado de higiene se utiliza, para referirse a actuaciones preventivas con el fin de evitar enfermedades en la población, sean trabajadores o no. Sin embargo, al añadirle el término industrial, la higiene adquiere una función más enfocada a la de prevención de los efectos dañinos sobre la salud (García y Col. 2001).

Rodellar (1988) define la higiene laboral, como la prevención de las enfermedades profesionales a través de la aplicación de técnicas de ingeniería, que actúan sobre los agentes contaminantes, del ambiente de trabajo, ya sean físicos, químicos o biológicos. García y col. (2001) mencionan que estos agentes contaminantes pueden estar presentes en el medio laboral.

García y col. (2001) postula que se tiene que tomar en cuenta la diferencia que hay entre la higiene laboral y la medicina laboral, la primera diferencia es que mientras la higiene laboral actúa sobre el ambiente, la medicina lo hace sobre el individuo expuesto.

La definición más utilizada de higiene industrial, es la realizada por la Asociación de Higiene Industrial Americana en 1980, que la define como “la ciencia que se dedica a la detección, evaluación y control de aquellos factores ambientales o tensiones emanadas o provocadas en el lugar de trabajo, y que pueden ocasionar enfermedades, alterar la salud y el bienestar, o crear algún malestar significativo entre los trabajadores o los ciudadanos de la comunidad.”

Por lo tanto la higiene industrial, no esta limitada a actuar sobre los factores de riesgo, que pueden llegar a generar alguna enfermedad en los profesionales, sino que lo hace sobre cualquier circunstancia en el que la exposición a un contaminante pueda generar una alteración del nivel de salud (García, Benavides y Ruiz 2000).

Rodellar (1988) menciona que los agentes llamados contaminantes, del ambiente de trabajo, que causan las enfermedades profesionales, cuando se encuentran en determinadas condiciones denominadas peligrosas, tienen la posibilidad de inducir desfavorablemente en la salud, de producir pérdidas.

Los efectos patológicos de estos agentes en el trabajador entran al organismo por diversas vías, las cuales son: por la respiración, por absorción de dichos agentes vía cutánea, por ingestión de dichos, o pueden entrar por algunas heridas.

Con todo lo anterior se puede concluir que lo realmente importante es evaluar que tan graves son los peligros; habrá que analizar los diferentes factores que intervienen en una situación dada y que pueden ser: la toxicidad, la vía de entrada, la dosis de contaminante, las propiedades físicas o químicas, el tiempo de exposición, el estado fisiológico y la predisposición individual (Rodellar 1988).

El especialista en Seguridad e Higiene, es una necesidad para las empresas ya que de alguna forma se encuentran relacionadas con función de prevención, las cuales reiteradamente han venido solicitado a la Administración de cada empresa su regulación y desarrollo, ya que esta figura prevencionista se puede encontrar en las grandes empresas desde hace años (Cortés 2001).

Cortés (2001) menciona, las siguientes funciones de los profesionales de la higiene industrial: la evaluación y control de los riesgos profesionales; la revisión de los proyectos de obra nueva o de ampliación de las instalaciones; la confección de normas y métodos de trabajo de las tareas que se consideran peligrosas; investigación de accidentes para detectar causas y adoptar las medidas oportunas para su control. Organizar la defensa contra siniestros y emergencias y formación de equipos de extinción de incendios; normalización de equipos de seguridad; control de compras y revisión de los mismos. Mantener contacto con otros departamentos o servicios de la empresa; auxiliándose de informes; estadísticas;

estudios de costo; su influencia en la calidad y productividad. En síntesis cualquier otra función para mejorar las condiciones de trabajo.

Para el mismo autor, la situación de la seguridad e higiene del trabajo actualmente se muestra como una “seguridad integrada” en los proyectos o en el diseño de obras, instalaciones, maquinarias equipos o procesos, ya que las medidas de prevención adoptadas en dichas fases, aparte de ser menos costosas, resultan ser más eficaces.

Así en las instalaciones industriales es necesario conseguir que en el proyecto correspondiente se incluyan los sistemas y medios adecuados para que en su día se realicen los trabajos de instalación, conservación, reparación y traslado en las mejores condiciones de seguridad.

En la actualidad, diversos países han establecido criterios muy rigurosos de certificación de los profesionales que se dedican a la higiene industrial, con el objetivo de establecer estándares de calidad que garanticen un mínimo nivel de competencia en sus actuaciones (Cortés 2001).

1.6 Condiciones de trabajo

Para Jódar y Benach (2000), Las condiciones de trabajo representan un conjunto muy amplio de materias y problemas, con contenidos conceptuales diferentes.

A su vez George Spyropoulos, antiguo jefe de Servicio de Condiciones de Trabajo y Vida de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), propone que “el concepto de condiciones de trabajo abarca el conjunto de factores que influyen sobre el bienestar físicos de trabajadores”. Por otro lado, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) dice que son “el conjunto de variables que definen la relación de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza,

en cuanto que estas variables determinan la salud del individuo que la ejecuta, en la triple dimensión física; éste conjunto de variables hace referencia tanto a aspectos de la tarea concreta, es decir, al contenido más o menos intrínseco de cada trabajo: calificación requerida, exigencias, etc.; como al entorno físico y organizativo en el que se realiza: condiciones ambientales de iluminación, ruido, clima, etc.; así como tipo de contratos, horarios, tamaño de la empresa, etc.”(Benavides et al, 2000).

Por su parte visto desde el punto de vista de la Salud Laboral, una condición de trabajo es una característica de éste y a su vez puede o no tener relación con la salud del trabajador. Castillo y Prieto la define a las condiciones de trabajo con una amplia interpretación de las condiciones de trabajo, tanto del contenido como de sus consecuencias: “es todo aquello que es y gira en torno a las personas que trabajan.” (Benavides, 2000).

En párrafos anteriores se ha hablado acerca de las condiciones de trabajo, pero no es posible dejar de lado la estrecha relación entre las condiciones sociales de vida y de trabajo. Como por ejemplo, la clase social de cada individuo guarda relación, con determinadas condiciones de trabajo, los individuos con una mejor condición económica y con un mayor nivel de preparación, tienen trabajos mejor pagados y como resultado condiciones de trabajo mejores y por lo regular un mejor nivel de salud. Por el contrario quienes provienen de una clase social de bajos recursos, tienen menos posibilidades de educación, tendrán un peor estado de salud y difícilmente encontrarán un trabajo bien remunerado, con el cual se puedan desarrollar personalmente (Jódar y Benach, 2000).

Por otro lado los trabajadores trasladan a su medio de laboral no sólo los problemas generados por su situación económica inmediata, sino también se

puede observar la influencia de los acontecimientos cotidianos de su forma de vida, con repercusión en el medio laboral (Jódar y Benach 2000).

Considerando solamente el ámbito de trabajo u ocupación, hay un mayor interés por estudiar las condiciones de trabajo en organizaciones con empleo formal y estable, donde existan normas de seguridad, puestos de trabajo bien definidos y por supuesto agentes sociales que los cuiden. También deben de conocer la situación y consecuencias de otros trabajos remunerados (Jódar y Benach 2000).

Los mismos autores, mencionan que cuando se habla de condiciones de trabajo se debe incluir a las diversas manifestaciones del trabajo, como las que se vinculan con el ámbito productivo o al reproductivo; las ocupaciones formales e informales, las que se realizan en ambientes regulados para su desempeño (empresas) y las que están fuera de este rango (trabajo a domicilio, entre otros.).

En el transcurso del siglo XX, los estudios realizados por médicos del trabajo, psicólogos, sociólogos, ergónomos, entre otros profesionales especializados, junto al interés de empresarios y organizaciones empresariales con el fin de reducir costos económicos, así como la lucha de los trabajadores y algunas organizaciones sindicales con el fin de mejorar la salud de los trabajadores, han contribuido con diferentes intereses para poder sacar a la luz un gran número de características y las condiciones de trabajo, que antes eran ignoradas o simplemente eran desconocidas (Jódar y Benach, 2000).

Sin embargo visto desde el punto de vista empresarial, los primeros estudios concernientes a las consecuencias económicas de las condiciones de trabajo, se tomaron en cuenta solamente cuando las enfermedades o accidentes laborales podían suponer defectos de calidad o costos económicos para la empresa. Primero tomaron en consideración los costos directos para las empresas como

son: asistencia medica, indemnizaciones, interrupción del trabajo etc. Y más que tomar en cuenta los costos directos que afectan la disminución de la productividad, piezas defectuosas, todas ellas podían ser a consecuencia de malos horarios de trabajo, o simplemente condiciones de trabajo deficientes (Jódar y Benach, 2000).

En nuestra época hay un auge en la experimentación de nuevas formas de organización del trabajo, mediante la prevaecía de los grupos o equipos de trabajo, o enfocándose en la calidad junto a la productividad, teniendo como resultado una mayor presencia de la Salud Laboral tomando en cuenta el diseño de los puestos de trabajo, o como un objetivo de intercambio en la negociación de las condiciones de trabajo, con ello no queda excluido que el riesgo laboral sea derivado hacia la periferia, es decir, hacia las instalaciones productivas o que se encuentran ubicadas en el tercer mundo. (Jódar y Benach, 2000).

En éstas empresas la nueva división del trabajo están basadas en el “redespliegue” industrial el cual consiste en lograr el traslado de industrias ubicadas en países desarrollados hacia los países en vías de desarrollo (América Latina, entre otras regiones), incorporando allí fuerza de trabajo no calificada, contratada a una tasa salarial varias veces inferiores a la de los países capitalistas. (Sepúlveda, 1987)

El manejo de estos antecedentes nos permite acercarnos, por una parte, a los problemas relacionados de salud relacionados con el mercado de trabajo en el sector informal, trabajo de la mujer y de los niños, y por otra parte a los problemas de la salud más directamente ligados a las condiciones de trabajo en sectores específicos de la economía (Sepúlveda, 1987)

El ingreso de la mujer al mercado de trabajo en América Latina, más que tomarlo como un derecho alcanzado, representa una condición dada por las necesidades de contar con mano de obra barata, que contribuya a bajar el precio de la fuerza de trabajo en general. Como resultado de esto es fácil darse cuenta de su progresiva incorporación a actividades económicas que exigen poca

calificación y ofrecen bajos salarios, como por ejemplo: maquiladoras esto en el área textil, alimentaría y en empacadoras agroindustriales, sin olvidar a los comercios, bancos y comunicaciones (Sepúlveda, 1987)

Algunos componentes y determinantes de las condiciones de trabajo son el principal foco de atención del análisis del puesto de trabajo, es ahí donde los profesionales de la Salud Laboral encuentran la mayor parte de las situaciones y problemas que son relacionados con las condiciones de trabajo. Con todo ello se intenta ir más allá de los puestos y centros de trabajo, con la finalidad de mostrar el contexto que les rodea, con la finalidad de encontrar el porque y el cómo, de determinados puestos de trabajo, encontrando una estrecha relación con las condiciones de empleo, o las determinadas desigualdades sociales, culturales, políticas o económicas no perceptibles (Jódar y Benach, 2000).

Algunos de los elementos relacionados con la situación de trabajo son: el trabajo y el puesto de trabajo, que se refiere a saber que tanta experiencia tiene el obrero, experiencia y costumbre; personalización del puesto de trabajo, símbolos; control de las condiciones de trabajo; organizaciones de alta o baja confianza. Otro punto importante son las relaciones de trabajo que se refiere a la costumbre laboral, transmisión de las calificaciones, personalizaciones, aprendizaje; promoción, antigüedad; comunicación, rituales; obtención del conocimiento, conflicto, compromiso e intercambio (reglas del juego). Sin olvidar la relación existente entre el trabajo y la ocupación. Valor otorgado al trabajo, actitudes, concepción del trabajo profesional y del trabajo reproductivo, trabajo y vida cotidiana, experiencia e historia laboral y vital, tiempo de trabajo y tiempo de vida, carrera, movilidad, elecciones y decisiones sobre el trabajo y ocupación, etc. Por último cabe mencionar las relaciones con el ámbito reproductivo, familia, redes comunitarias, división del trabajo por género, edad o etnia, etc. Es decir el trabajo reproductivo en general (Jódar y Benach, 2000).

En el párrafo anterior nos podemos dar cuenta de como se relacionan factores como el grado de influencia entre los diferentes grupos sociales presentes, en la organización, o el conjunto de sanciones económicas, laborales y morales que en el seno de la organización, informal modifican la estructura de las relaciones formales entre empresarios y trabajadores en los centros de trabajo (Jódar y Benach, 2000).

Un claro ejemplo, puede ser el de un trabajador de oficio, con ello se entiende que es un profesional calificado, el cual realiza una tarea de gran complejidad, creativa y con la posibilidad de desarrollo profesional, y a la vez mantiene intensas relaciones con sus compañeros con el fin de consultar determinadas operaciones que ayudaran al proceso de fabricación (Jódar y Benach, 2000).

1.7. Factores psicosociales que afectan la salud.

En la Salud Laboral se entiende como factores psicosociales a “aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos” (Levi 1991). La organización del trabajo afecta a las personas a través de procesos emocionales y cognitivos, los procesos emocionales los explica: sentimientos de ansiedad, tristeza, alineación, apatía, etc. y los procesos cognitivos son todos aquellos que provocan una restricción de la percepción, de la habilidad para concentrarse, la creatividad o la toma de decisiones, etc. También afecta al comportamiento (abuso de alcohol, tabaco, drogas, conducta violenta, sobre exposición a riesgos innecesarios, etc.) y por supuesto fisiológicos donde se ven expuestos los cambios en las reacciones neuroendocrinas, las cuales se encuentran estrechamente relacionados (Moncada y Artazcoz, 2000).

En los últimos años, la investigación sobre la organización del trabajo, los factores de riesgo psicosocial y el estrés han tenido gran auge y se han visto abordadas desde distintas perspectivas, como la gestión de empresas y de

recursos humanos, el desarrollo organizacional, la productividad y la calidad, o la salud (Moncada y Artazcoz, 2000).

La relación entre los factores psicosociales y la salud es caracterizada por ser más “intangible” que la existente entre los factores de riesgo de tipo físico como por ejemplo: el ruido o las vibraciones, biológicas como el caso de virus, bacterias etc. o como es el caso de los químicos (disolventes). En cambio los factores de riesgo psicosocial son de una naturaleza abstracta y sus efectos de un carácter inespecífico. Y el gran problema es que llegan a manifestarse tras largos periodos de latencia y además de eso responden a factores laborales, otros extra laborales (Moncada y Artazcoz, 2000).

De los muy diversos estudios que se han hecho con relación entre factores psicosociales y de salud, se puede concluir que existe una serie de factores de riesgo demostrados que tienen su base en la organización del trabajo: el exceso de demandas o exigencias del trabajo, el pobre control sobre éste, el bajo apoyo social y la falta de recompensas del trabajo. Estos factores de riesgo y otros de naturaleza organizacional o no. Estos interactúan entre sí e influyen sobre la salud (Moncada y Artzcoz, 2000).

El fin de haber registrado las relaciones existentes, entre factores psicosociales y efectos de salud es indispensable para la prevención de riesgos laborales, cuyo principal objetivo es evitar que las condiciones de trabajo puedan causar enfermedades a los trabajadores. Existen varios modelos causales que abordan esta relación, son los llamados “demanda control” de Karasek y Siiegrist “esfuerzo recompensa” (Moncada y Artzcoz, et al, 2000).

Comenzaremos hablando del modelo de Karasek el cual se basa en demanda-control y surge para explicar el estrés laboral, en función de las

demandas psicológicas del trabajo y sobre el nivel de control y presento evidencias epidemiológicas de ciertas enfermedades cardiovasculares (Moncada y Artzcoz, 2000).

Las variables del trabajo son determinadas por las exigencias existentes para el trabajador y son de naturaleza principalmente psicológica. Como son las demandas psicológicas, que corresponden a la valoración del trabajo excesivo, la falta de tiempo para dar respuesta a las demandas del mismo, la rapidez de trabajo, su intensidad así como las exigencias de demandas conflictivas (Moncada y Artzcoz, 2000).

El modelo demanda-control se puede definir en cuatro grupos de ocupaciones según los niveles de demandas psicológicas y control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (alta demanda, bajo control).

Algo muy importante y que se debe tomar en cuenta es que el estrés laboral no es determinado solamente por las exigencias del trabajo, sino por la adecuación de los recursos y capacidades con las que cuenta el trabajador, o control, a estas exigencias del trabajo. Este equilibrio entre control y demandas depende, fundamentalmente, de la organización del trabajo y no de las características individuales de cada trabajador (Moncada y Artzcoz, 2000).

Una de las aportaciones más interesantes del modelo demanda-control es su capacidad para explicar no solamente efectos en la salud, sino también el aprendizaje y algunos comportamientos (Moncada y Artzcoz, 2000).

Sin embargo hay otro modelo que trata también de explicar los factores psicosociales y se llama de esfuerzo-recompensa. Sigerist menciona que las experiencias que resultan estresantes son producto de amenazas a la estabilidad de roles sociales esenciales y la ocupación es uno de los principales. De este modo el modelo esfuerzo-recompensa explica el estrés laboral y sus efectos sobre la salud (en el capítulo siguiente profundizaré en el tema del estrés) en función del control de las personas sobre su propio futuro o, dicho en otras palabras “las recompensas a largo plazo” (Moncada y Arzcoz, et al, 2000).

Como podemos ver la interacción entre un esfuerzo elevado y un pobre control sobre las recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud. Las recompensas a largo plazo son determinadas por tres factores: la estima (respeto y reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo), también el control del status (estabilidad en el empleo, planes de promoción, cambios no deseados e inconsistencia de status) y, por supuesto, el salario (Moncada y Arzcoz, 2000).

Sin embargo Sigerist considera que las estrategias personales de afrontamiento influyen sobre la interacción y describe dos tipos: el vigor (esfuerzo activo de alta probabilidad de efecto positivo) y la inmersión (afrontamiento con efecto negativo, que aumenta la vulnerabilidad individual a una tensión elevada). (Moncada y Arzcoz, 2000).

En este capítulo abordamos las diferentes definiciones de salud así como la importancia de la misma, todo ello con el fin de tener una idea mucho más amplia sobre la importancia de la salud y, específicamente, la salud laboral. También pudimos observar las diversas especialidades de la salud laboral, algunas de ellas son: la seguridad en el trabajo, la higiene industrial, las condiciones del trabajo así como los factores psicosociales. Todo ello con la finalidad de tener una idea mucho más clara sobre las funciones y la necesidad de una buena salud en el trabajo y como la falta de salud acarrea un sin fin de problemas que abordaremos más adelante.

En el capítulo posterior explicaremos los conceptos de estrés y estrés laboral para con ello tener una base sólida y poder continuar con el tercer capítulo relacionado al desgaste ocupacional (Síndrome de Desgaste Ocupacional) y su relación con los trastornos psicosomáticos.

CAPITULO 2

EL ESTRÉS LABORAL

CAPITULO 2. EL ESTRÉS.

El estrés está unido a una gran variedad de situaciones diferentes, como son: el despertar emocional, esfuerzo, fatiga, dolor, temor, humillación e incluso el éxito inesperado. Todos estos estados, son capaces de producir estrés, pero ninguno, es considerado por separado, puede ser definido como la única causa (Bensabat 1994).

Los investigadores en el campo de la medicina, han podido demostrar que los problemas, por muy distintos que se les presenten a los individuos, el cuerpo reacciona en ciertos aspectos siguiendo un modelo estereotipado, dicho de otra manera, hay cambios biológicos idénticos, que le permiten hacer frente a toda demanda incrementada de la actividad vital (Bensabat 1994).

Por ello a lo largo de los años no ha sido fácil encontrar una definición aceptable de “estrés”. La palabra se utiliza con mucha frecuencia y diferentes personas y grupos le dan diversos significados. Médicos, psicólogos, ingenieros, consultores administrativos, etc. Muchos la utilizan de manera distinta, a su verdadero significado (Fontana 2001). De esta manera será interesante que recordemos un poco de la historia de las principales investigaciones que han, permitido comprender el fenómeno del estrés (Bensabat 1994).

2.1 Estudios del estrés

La palabra estrés proviene del latín “*stringere*” que significa oprimir, apretar, atar, que por la palabra francesa dio origen a estrechar, rodear con el cuerpo, con los miembros, apretando con fuerza, acompañado de sentimientos opuestos; ya que es posible estrechar a alguien en su corazón y sofocándolo al mismo tiempo; el sofocar lleva a oprimir, apretar: angustia, ansiedad, sentimientos de miseria. (Stora, 1992). Como algunas otras palabras, la palabra estrés es anterior a su

uso científico. En el siglo XIV se utilizó para expresar experiencias negativas tales como adversidades, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc. Tiempo después en el siglo XVII, gracias al biólogo y físico Hooke, el concepto se asocia, a fenómenos físicos, como presión, fuerza, distorsión (strain). Así después de ese autor, los físicos e ingenieros comenzaron a emplear 3 conceptos que se relacionan en las características físicas de los cuerpos sólidos: carga (load), distorsión (strain), y estrés (stress) (Cox, 1978).

Hooke define el concepto “load” como el peso que se ejerce sobre una estructura mediante una fuerza externa. El estrés era la fuerza interna que se presenta en un área en la que actúa esta fuerza externa, (por ejemplo cuando una estructura es distorsionada). Y el “strain” era la deformación que sufre en tamaño o forma de la estructura con respecto a su estado original, debido a la carga de ambas fuerzas la carga y el estrés. La idea principal de Hooke es de que el estrés produce deformación del metal (strain), por lo tanto si el strain producido por algún tipo determinado de estrés, puede caer dentro de los límites de elasticidad del metal, cuando el estrés desaparece, el metal retoma su estado original, pero si por el contrario el strain sobre pasa los límites, entonces aparecen daños permanentes. Por lo tanto según la analogía de dicho físico se puede entender que así como el metal, las personas también tienen un cierto límite de tolerancia al estrés, si se sobre pasa pueden aparecer los daños fisiológicos y/o psicológicos. (et,al. Jiménez, 2005).

El fisiólogo francés Claude Bernard (1878), postula que una de las principales características de los seres vivos, es su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno, cualquiera que sean las condiciones del medio ambiente exterior, para él “la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para una vida libre e independiente”. Un ejemplo es que el hombre puede exponerse a un frío o calor intenso sin que su temperatura interna sufra cambio, pero cuando esta facultad autorreguladora se ve afectada, hay un riesgo de enfermedad e incluso de muerte. (Bensabat, 1994).

2.2. Una teoría basada en la respuesta

A principios del siglo XX, el fisiólogo norteamericano Walter Cannon se centro principalmente, en los aspectos adaptativos del organismo. Para ello introdujo él termino "*homeostasis*" para referirse a los procesos fisiológicos coordinados que operan para mantener constantes, la mayoría de los estados del organismo (Sandi, 2001). Las investigaciones de Cannon arrojaron la existencia de numerosos mecanismos fisiológicos bien definidos que aseguran una protección contra el hambre, la sed, la hemorragia y contra los factores que tienden a perturbar la temperatura normal del cuerpo, el pH de la sangre, el porcentaje de azúcar, de grasas, de calcio, que entran en la composición plasmática y aseguran el equilibrio del metabolismo (Bensabat,1994). Es decir, la idea es que existe un equilibrio para los distintos componentes fisiológicos del individuo y ante las desviaciones del mismo, el organismo pone en marcha una serie de mecanismos homeostáticos, que compensan y ayudan a restablecer dicho equilibrio. Entre las respuestas fisiológicas dadas en situaciones de emergencia, como dolor, ira (es decir tanto de tipo físico como emocional), resalto la importancia de la activación del sistema nervioso simpático, y de la secreción hormonal resultante (adrenalina y noradrenalina), en el ámbito de las glándulas adrenales, dicha activación simpática estimula los cambios cardiovasculares que preparan el cuerpo para enfrentar situaciones de inminente peligro, de "lucha" o de "huida" (Sandi, 2001).

Cannon consideró que la respuesta de lucha o de huida era adaptativa, porque permite al organismo responder con rapidez a la amenaza, gracias ha ello pudo llegar a la conclusión de que el estrés puede ser perjudicial para el organismo, por que irrumpe en el funcionamiento emocional y fisiológico, y puede causar problemas médicos a largo plazo, sobretodo cuando el organismo no es capaz de pelear o de huir y se expone a un estrés prolongado (Taylor y col et, al.1995).

Davis, Eshelman y McKay (1995) dicen que en nuestros días este tipo de respuesta es raramente usada pues el hombre primitivo necesitaba una gran cantidad de energía para enfrentarse o huir ante predadores como un tigre, pero en la época actual, los hábitos sociales nos previenen de hacerlo.

Con lo todo lo escrito anteriormente queda claro que Cannon fue una pieza fundamental para que otro investigador continuara con la línea de investigación.

2.3. El estrés y enfermedad.

Uno de los principales investigadores del enfoque basado en la respuesta, que tal vez sea el más reconocido es Hans Selye, un médico austro-canadiense de la Universidad de McGill de Montreal, cuyas ideas sirvieron de base en las investigaciones acerca del estrés durante muchos años, ya que popularizó el término de estrés, y también se puede considerar como el fundador de esta área de investigación aplicada a las ciencias de la salud. (Orlandini, 1999). Se interesó por la problemática del estrés, considerándolo como un proceso fisiológico de adaptación, y además como un fenómeno que puede acabar produciendo enfermedades. Si bien su principal objetivo en sus investigaciones no era el estrés concretamente, sino la búsqueda de nuevas hormonas ováricas (Sandi 2001).

Selye, en 1936, observó que la inyección de ovarios de bovino en ratones de laboratorio provocaba una tríada de cambios morfológicos: un incremento adrenocortical, úlceras gastrointestinales y contracciones linfáticas. También advirtió que la inyección de otros extractos extraños provocaba las mismas respuestas, como sucedía al exponerlos al frío, calor, a los rayos X, dolor, ejercicio forzado, etc. A partir de estos resultados llegó a la conclusión de que dicha tríada de reacciones era una “respuesta no específica”, ya que se presentaba

independientemente de la naturaleza concreta del estímulo, y propuso denominarla Síndrome General de Adaptación. Pero no fue sino hasta una década posterior, cuando Seyle empezó a utilizar el término estrés en sus escritos, para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo o al desgaste y al deterioro que éste ocasiona en la vida. (Ivancevich y Matteson, 1985; Guillen, Guill y Mestre, 2000).

El síndrome General de Adaptación (1956) es la idea de homeostasis de Cannon en varios aspectos. Seyle incluye entre las respuestas de estrés, de modo particular, la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, haciendo hincapié en la importancia de las hormonas esteroideas que se producen en las glándulas adrenales y entre ellas, de modo particular, en los glucocorticoides. Por otra parte este síndrome, también contempla el impacto que las amenazas o agresiones externas ejercen sobre el organismo, incluyendo tanto las respuestas adaptativas iniciales, como las consecuencias negativas del mantenimiento sostenido de las situaciones de estrés. En él se distinguen 3 fases (Sandi 2001):

La reacción de alarma Esta fase se produce, en los momentos iniciales en los que el individuo se enfrenta a una situación de amenaza o peligro. Se caracteriza por una activación del sistema simpático-adrenomedular, con la siguiente secreción de adrenalina y noradrenalina. La consecuencia principal de los cambios fisiológicos experimentados está destinada a obtener un despliegue máximo de los recursos, que el organismo requiere movilizar para luchar o huir del peligro. Puesto que el estado de alarma no puede mantenerse, de forma continua, si la situación aversiva se prolonga durante un tiempo, en el caso de no morir, el organismo pasaría a una segunda fase (Sandi 2001).

La etapa de resistencia- Si el organismo logra sobrevivir a la primera fase (fase de alarma) es seguida por la fase de resistencia. Esta se caracteriza por una resistencia aumentada al agente nocivo particular, disminuyendo la resistencia hacia otros estímulos. Con lo anterior se produce la adaptación del organismo al estresor, junto con la mejora y desaparición de los síntomas (cambios

morfológicos y bioquímicos). Durante esta etapa, las personas emplean diversos medios de afrontamiento del estímulo estresante, en ocasiones con éxito pero a costa de cierto grado de bienestar general (Felman, 1998).

La fase de agotamiento o extenuación- El agotamiento llega si el estresor es lo suficientemente severo y prolongado, trae consigo que se pierda la fase anterior y reapareciendo con una mayor intensidad los síntomas característicos, de la reacción de alarma, lo cual significa que en caso extremo puede ocasionar la muerte del organismo por el agotamiento total de las defensas. (Riduejo, Medina y Rubio, 1996). En casos menos severos traer como consecuencia una serie de enfermedades, que Seyle denominó “enfermedades de adaptación”, entre las que sobresalen: úlceras gastrointestinales, la hipertensión, los infartos de miocardio, y las alteraciones nerviosas, (Sandi 2001).

Seyle centro el énfasis de la problemática del estrés en las características de la respuesta fisiológica que constituiría un patrón común de activación, ante la exposición a cualquier tipo de estresor, entre los que incluyo tanto los de naturaleza física como los de naturaleza emocional, (Sandi 2001).

Estudios posteriores, llevados a cabo en diversos laboratorios, han indicado que las respuestas al estrés no siempre presentan un único tipo de activación fisiológica. Se han podido comprobar diferencias cuantitativas en la activación de los diversos sistemas fisiológicos que se activan según los distintos estresores, (Sandi 2001).

2.4. El estrés como estímulo

A partir de la Segunda Guerra Mundial se fue haciendo presente, que los aspectos físicos del combate, no era la única causa de ese tipo de alteraciones, empezando a tener la idea de que el impacto psicológico pudiera jugar un papel importante en los trastornos observados en los soldados. Además, se comprobó

que no sólo la guerra podía producir este tipo de alteraciones. Un sin número de situaciones de la vida cotidiana también podían ser capaces de afectar a las personas de un modo muy parecido. Situaciones entre las que se incluían circunstancias tan diversas como por ejemplo: el divorcio, el matrimonio, los exámenes, las enfermedades, entre otras (Sandi 2001).

En la década de los cincuentas, Richard Lazarus (1990), propone la existencia de diferencias individuales en el modo en que la misma situación, puede afectar de manera diferente a personas distintas. Hay circunstancias que pueden ser experimentadas por algunas personas como altamente estresantes, otras personas pueden vivirlas, como un leve contratiempo. Por lo tanto, de esta realidad se deriva que no es posible establecer una relación causal entre “estresores” y “respuestas de estrés”.

Cox (1978), entiende al estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, tomando en cuenta que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. Con ello podemos contrastar los modelos centrados en la respuesta, el estrés se localiza fuera del sujeto, siendo el “strain” (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a la persona.

Riadruejo y Cols (1996) mostró que el objetivo básico de estos planteamientos, es la identificación de los estímulos y condiciones estresantes suponiendo que la relación del sujeto y las consecuencias adversas para la salud de los estímulos estresantes, guardan una relación lineal y proporcional con la intensidad y la cantidad de estresores que haya tenido que soportar una determinada persona durante un determinado tiempo, y se pueden clasificar de la siguiente manera: a) factores psicosociales; son todas las situaciones planteadas en la vida del sujeto que comprometen su equilibrio y seguridad afectiva, económica y social; b) Factores de ambiente físico: estos son los que interrumpen la homeostasis interna, como el frío, calor excesivo, cambios climáticos repentinos, contaminación, ruidos, etc.; c) Los factores biológicos como alguna

enfermedad física, cansancio, hambre y otras condiciones que se derivan de la subalimentación o sobrealimentación, ingestión de tóxicos y drogas, etc.

Hackett y Weisman, (Lazarus, 1991) dice que aunque los acontecimientos estresantes se pueden encontrar fuera del control del individuo, como puede ser la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo, dar a luz etc. Algunos autores como Holmes y Masuda (1974) mantienen la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo, pueden tener un efecto estresante.

El estrés como estímulo Martínez (2001) lo define como una exigencia, una demanda o una tensión que el medio ambiente impone a un organismo, en el que puede provocar efectos nocivos. El resultado es que el individuo, se encuentra frente a una situación amenazante y nociva ante la cual utiliza sus recursos adaptativos, psicológicos y fisiológicos, con el fin de mantener su estabilidad y su equilibrio interno para evitar un deterioro de la salud física y mental.

2.5 El estrés como respuesta fisiológica.

El cuerpo humano, ha evolucionado a lo largo de miles de años para enfrentarse a las amenazas, movilizándose y luego haciéndoles frente pero en el medio en el que vivimos actualmente ha cambiado a tal grado, que en nuestra sociedad por lo general no permite pelear físicamente o escapar cuando los estresores se presentan, pero tampoco los eliminan, de tal manera que se nos permita relajarnos. Permanecemos en un estado constante de preparación, que no nos está permitido llevar acabo y el cuerpo, poco a poco, comienza a sentir los estragos. De aquí podemos suponer que dentro de miles de años el cuerpo evolucione para estas exigencias, para poder enfrentarnos a un medio que ha cambiado más allá de lo reconocible y nos resulta de mucha utilidad observar los aspectos principales de la respuesta del organismo al estrés (Fontana 1992).

La respuesta fisiológica de la reacción de alarma desencadena una serie de efectos en el organismo, ideales para un alto despliegue de energía que requieren las conductas de “lucha” y de “huida”. Para ello el cuerpo se prepara para la necesidad inmediata de energía, que el cuerpo requiere utilizando dos estrategias: La movilización de las de las reservas de energía almacenada en el organismo y el ahorro de energía, (Sandi 2001).

En primer lugar, la liberación de adrenalina proporciona energía rápidamente. A través de sus procesos metabólicos, esta hormona consigue un notable aumento de los niveles de glucosa en la circulación sanguínea, además el sistema nervioso simpático- adrenomedular produce una serie de cambios fisiológicos, entre los que sobresalen: un aumento de la fuerza de contracción del corazón y de la tasa cardiaca, así como el incremento de la presión sanguínea y el ritmo respiratorio. Estos cambios mejoran la circulación sanguínea, y con ello el aporte de glucosa y oxígeno tanto a los músculos, con funciones motoras, como al cerebro, reduciéndose la circulación en otras partes del organismo, como, por ejemplo el sistema digestivo. Otra de las manifestaciones del estrés, como la dilatación de las pupilas, la sudoración, la sequedad de la boca o tensión muscular también quedan explicadas en la activación del sistema nervioso simpático, (Sandi 2001).

La desventaja de esta respuesta fisiológica de estrés surge, cuando la activación no es transitoria y a tiempo. Una sobre activación por un largo tiempo puede acarrear efectos altamente perjudiciales en el organismo. Sin embargo, en algunas ocasiones las circunstancias estresantes no desaparecen y, por ello, el organismo mantiene de manera prolongada la reacción de alarma (Sandi 2001).

A continuación para ejemplificar mejor lo escrito anteriormente, conviene agrupar la función y la consecuencia del estímulo estresante si persiste.

La liberación de adrenalina y noradrenalina secretadas por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo. Éstas actúan, como estimulantes poderosos, aceleran los reflejos, incrementan el ritmo cardíaco y la presión arterial, elevan la concentración de azúcar en la sangre y aceleran el metabolismo. El resultado, es el aumento en la capacidad y en el desempeño a corto plazo; conforme llega más sangre a los músculos y a los pulmones, aumenta el suministro de energía y las respuestas se agudizan. Pero el si esto no se traduce en una acción instantánea, las consecuencias a largo plazo pueden ocasionar trastornos cardiovasculares, tales como la enfermedad cardíaca y apoplejía, daño al riñón provocado por la elevación de la presión arterial y también trastornos por la concentración de azúcar en la sangre que agravan la diabetes y la hipoglucemia (Fontana 1992).

Por otro lado la liberación de hormonas tiroideas secretadas por la glándula tiroides al torrente sanguíneo. Provocan el aumento aún más del metabolismo e incrementan, el nivel de energía que pueden consumirse y transformarse en actividad física. Si la aceleración del metabolismo continúa por mucho tiempo, produce un colapso físico (Fontana 1992).

Mientras tanto el colesterol secretado por el hígado al torrente sanguíneo. Esto provoca un incremento en los niveles de energía, ayudando a la función muscular. Pero si la concentración de colesterol permanece elevada, esto provoca un alto riesgo de arteriosclerosis (endurecimiento de las arterias), un factor principal en los ataques y la enfermedad cardíaca (Fontana 1992).

La supresión de la función digestiva. Esto permite que la sangre se desvíe del estomago y pueda utilizarse en los pulmones y los músculos. Al mismo tiempo la boca se seca, de tal forma que el estomago no se ocupa ni de la saliva. Pero si esta supresión se prolonga causa problemas estomacales y trastornos digestivos, principalmente cuando forzamos la ingestión de alimento y el aparato todavía no esta dispuesto (Fontana 1992).

La liberación de endorfinas provenientes del hipotálamo al torrente sanguíneo. Éstas actúan como analgésicos naturales y reducen la sensibilidad a los daños corporales tales golpes y heridas (Fontana 1992).

La disminución de la producción de hormonas sexuales. Tiene como finalidad la desviación de la energía o de la atención hacia la excitación sexual y con ello reducir las distracciones potenciales consecutivas al embarazo y al parto. Pero si esa reducción hormonal se prolonga, puede provocar impotencia, frigidez, esterilidad y otros problemas de tipo sexual (Fontana 1992).

Como lo hemos podido observar, estamos expuestos ha estresores tanto físicos, como psicológicos que pueden mantener el cuerpo en una constante estado de alarma. Al contrario de lo que podemos esperar, la respuesta fisiológica de estrés que se dispara ante estas situaciones puede ser incluso para resolverlas satisfactoriamente. Un ejemplo que podemos en contrae frecuentemente en personas, que al momento de hablar en público, puede ser en reuniones o ante un auditorio, puede ser un trance altamente perturbador, y acarrear con ello la serie de eventos que hemos mencionado anteriormente (Fontana 1992).

2.6. Consecuencias del estrés.

Jemmot y Locke (1984), gracias a la observación y a la investigación experimental, confirman parcialmente sobre la existencia de una relación entre el estrés y la enfermedad. Las personas que han estado sometidas a un estrés vital, tienden a presentar un declive mayor en su estado de salud, más enfermedades respiratorias y alergias, entre otros trastornos, y las personas que son expuestas a un menor grado de estrés es más difíciles que los presenten.

Hay ciertos niveles de estrés que parecen ser psicológicamente benéficos. Agregan interés a la vida, nos ponen alertas, nos ayudan a pensar más rápido, a

trabajar de modo más intenso y nos alientan a sentirnos útiles y valorados, con un fin en nuestra vida y objetivos precisos por obtener. Sin embargo, cuando el estrés sobrepasa los niveles óptimos, agota nuestra energía psicológica, deteriora nuestro desempeño y nos deja con un sentimiento de inutilidad y baja autoestima, con pocos propósitos en la vida (Fontana 1992).

Martínez (2004) dice que algunas respuestas se prolongan si el individuo no se adapta a las demandas del estresor, o si el estrés es continuo o muy intenso, con consecuencias que son perjudiciales. En un momento determinado el estrés provoca directamente, o contribuye a que aparezcan, molestias físicas como la tensión muscular, dolores en el cuello o en la nuca, cefaleas o lumbalgias. En la mayoría de las personas, el estrés provocará cambios en el estado de ánimo y puede llevar a trastornos psicológicos variados, fundamentalmente depresión y trastornos de ansiedad como: ataques de pánico, fobia social, agorafobia, trastornos obsesivo-compulsivos, etc.

Fontana (1992) divide los efectos del estrés en dos rubros: el pensamiento y el conocimiento (efectos cognoscitivos); con los sentimientos, las emociones y la personalidad (efectos emocionales), y con los factores tanto cognoscitivos como emocionales (efectos conductuales generales).

Los efectos cognoscitivos del estrés excesivo son: Dificultades para mantener la concentración, la disminución de la capacidad de observación, aumento de la distractibilidad, con frecuencia se pierde la continuidad de lo que se está pensando o diciendo, incluso a media frase. También hay una disminución de la memoria a corto y largo plazo, es decir el periodo de la memoria se reduce. Disminuyen el recuerdo y el reconocimiento aun de material familiar. La velocidad de respuesta se reduce; los esfuerzos por compensarle llevan a decisiones apresuradas. Como resultado de todo lo anterior, se incrementan los errores en todas las tareas cognoscitivas y de manipulación (Fontana 1992).

Los efectos emocionales del estrés: Disminuye la capacidad para relajar el tono muscular, sentirse bien y detener las preocupaciones y la ansiedad. Las enfermedades imaginarias se agregan a los malestares reales causados por el estrés. Por lo tanto desaparece la salud y bienestar. Puede empeorar la ansiedad, la sobre sensibilidad, la defensividad y la hostilidad ya existentes. También se debilitan los códigos y el control de los impulsos sexuales (o a la inversa, pueden volverse exageradamente rígidos). El ánimo se deprime, y surge una sensación de impotencia, para influir en los acontecimientos o en los propios sentimientos a cerca de ellos y de uno mismo (Fontana 1992).

En lo que respecta a los efectos conductuales generales del estrés excesivo podemos mencionar que los objetivos y las metas vitales se olvidan. Se dejan de lado los pasatiempos. Es probable que la persona se deshaga de pertenencias estimadas. Es más evidente el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y otras drogas prescritas e ilegales. Las personas tienen dificultades para dormir o para permanecer dormido por más de cuatro horas seguidas. Las responsabilidades, son depositadas en los demás, se ignora la nueva información. Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial. También pueden hacerse amenazas de suicidio, (se hacen comentarios como “acabar con todo” o “es inútil continuar” (Fontana 1992).

Hay que tomar en cuenta que la frecuencia de estos efectos adversos varía de un individuo a otro y muy pocas personas, aún extremadamente estresadas, mostrarán todos los síntomas. La aparición de estos síntomas indica que el individuo ha alcanzado o esta por llegar a la fase de colapso del síndrome de adaptación general (Fontana 1992).

También debemos tomar en cuenta que el estrés, por sí mismo no produce la infección, sino que impide el buen funcionamiento inmunológico y convierte a la persona estresada, a ser más susceptible al agente patógeno. Esto esta relacionado por que el propio estrés, puede cambiar la conducta, los hábitos de sueño e higiene (Martínez, 2004)

2.7. El estrés laboral

Por principio de cuentas, la adaptación del individuo a las exigencias del medio que lo rodea, su éxito o fracaso, puede llevar a que consideremos el concepto de “inadecuación” entre los seres humanos y su entorno cuando estas exigencias no corresponden a sus capacidades, necesidades o expectativas y, gracias a ello, somete al individuo a un mayor grado de estrés. Si se relaciona el concepto al ámbito de trabajo de los individuos, podríamos ajustar la definición de estrés laboral, como “el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo” (Slipak, 1996).

Desde hace varios años, la prevalencia de estrés en el trabajo y sus implicaciones para la salud física y mental de los individuos, y la calidad de vida sigue siendo un tema de gran interés y preocupación. Esta preocupación es extendida no sólo para los investigadores, médicos ocupacionales, sino también para el público en general (Buendía, 1998).

Slipak (1996) considera que se debe tomar en cuenta que no todos reaccionan de la misma forma: por ejemplo, si la exigencia es adecuada a la capacidad y al conocimiento del individuo, el estrés tenderá a disminuir y con ello podrá tener reacciones positivas, estimulantes, que le permiten hacer progresos en el ámbito laboral. Por el contrario, una inadecuada exigencia entre demanda y adaptación generará mayor estrés, en forma crónica e invalidante, con angustia, desesperanza, indefensión y agotamiento.

El avance en la tecnología, ha provocado que el trabajo manual, artesanal, creador y fuente de un estrés saludable sea reemplazados, por un trabajo mecanizado, monótono, que quizá menos pesado físicamente, pero causante de estrés por mayor estímulo psicológico e intelectual. Por otro lado, la sociedad

organizada pide a sus miembros una calma aparente y que soporten presiones sin protestar, lo que potencia los factores causantes de estrés (Slipak, 1996).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1993, hace mención al estrés laboral en los siguientes términos: “Esta enfermedad es un peligro para las economías, de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”. Así, la OIT sostiene que “las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y las aspiraciones humanas”, tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas. Las personas sufren cuando se sienten superadas por las demandas laborales exigentes, pero también cuando no tienen empleo, o se angustian pensando que pueden llegar a ser un desocupado más (Slipak, 1996).

Sloan y Cooper (1987) dice que el estrés laboral surge de un desacuerdo entre el individuo y su trabajo, esto se puede observar claramente entre sus capacidades y las exigencias del empleo. El lugar en el que se labora es un complejo sistema social, en el que tanto para el estrés como para la satisfacción laboral, cuenta las relaciones que hay entre una serie de factores.

Para Martínez (2004) las condiciones físicas del trabajo, como son: la temperatura, el espacio físico, la luminosidad, el ruido provocado por los instrumentos de trabajo son algunos de los aspectos más claros a la hora de evaluar las fuentes de estrés. Otra condición, es la distribución temporal del trabajo: la duración, su distribución a lo largo del día, el trabajo nocturno o por turnos. Las derivadas de la demanda o carga de trabajo y de su distribución de tiempo, incluyendo claro esta la rutina, la repetición o el aburrimiento. También se toma en cuenta el nivel ocupación, que abarca factores tales como la naturaleza de las tareas a realizar, los roles que se desempeñan el trabajo y su ajuste a las capacidades del trabajador. No se puede dejar a un lado las relaciones sociales en el trabajo y el ajuste de la persona a su ambiente laboral.

La sobrecarga o estrés por sobre estimulación puede ser objetiva o subjetiva, de acuerdo con la valoración y las características de las personas. Se considera sobrecarga de trabajo el ejercer responsabilidades importantes, es decir, por ejemplo, responsabilidad por la tarea o las decisiones de otros. Estas personas habitualmente tienen más estrés, fuman más, tienen presión más alta y aumentada los índices de colesterol que aquellas que solamente se responsabilizan, por objetos o por la realización de su propia tarea (Slipak, 1996).

Para el mismo autor la sobrecarga de trabajo, en el ámbito laboral provoca la disminución de la motivación en el trabajo, en los aportes o sugerencias laborales y de la calidad de las decisiones, el aumento del índice de accidentes laborales, el deterioro de las relaciones interpersonales y el aumento del ausentismo.

El aburrimiento y las tareas repetitivas, también son muy estresantes. Hay una relación, entre la realización de tareas repetitivas por un lado, el estrés y las quejas de salud por el otro, esta relación no se da en los empleos caracterizados por su variedad (Benton, 1987).

Peiro (2000) muestra claramente como la inseguridad en el trabajo, afecta principalmente a quienes más riesgos tienen de perder el trabajo: jóvenes, mujeres, mayores de 45 años. Estos trabajadores pueden aceptar malos horarios, una excesiva carga de trabajo, menos salario, u horas extra lo que puede provocarles un mayor grado de estrés.

Se tiene que tomar en cuenta que muchas personas trabajan durante años, en un puesto inadecuado. La inadecuación se puede deber a la poca o nula utilización de las actividades y conocimientos que se poseen en el desempeño del puesto de trabajo. Cuanto mayor sea el nivel ocupacional, mayor es el uso de la formación y de la experiencia (Peiro, 2000).

A su vez Sloan y Cooper (1987), mencionan que el estrés causado del rol esta estrechamente relacionado con las expectativas interpersonales. La ambigüedad o información insuficiente transmitida por los jefes y percibida por los empleados, nos lleva a la falta de claridad o de transparencia y da como resultado un factor de estrés.

Los conflictos de roles generan gran ansiedad e insatisfacción por el trabajo, mayor aun cuanto más autoridad ostenta el que expresa las órdenes contradictorias. Estas situaciones disminuyen la creatividad de los individuos sometidos al conflicto, ya que el temor a fallar provoca un desempeño laboral menos satisfactorio (Slipak, 1996).

Para Martínez (2004), el conflicto de rol se presenta cuando hay importantes diferencias entre la descripción del trabajo, pueden ser las tareas que lo comprometen, y de como es percibida por los demás o cuando no se corresponden las expectativas generadas por el candidato con la realidad del empleo. Este tipo de conflicto suele afectar más bien a los escalones inferiores de la organización aunque algunas veces pueden darse en profesionales calificados.

Slipak (1996), dice que el conflicto de rol produce estrés, depresión y deseos de abandonar el puesto de trabajo cuando esta situación se mantiene en el tiempo en forma crónica. Es característica de este caso la disminución de la autoestima ante la falta de satisfacción por la tarea que se ejerce. Información y comunicación adecuadas disminuyen este tipo de conflictos, al mejorar la orientación de las tareas laborales.

A su vez Martínez (2004), hace mención con respecto a la contribución del empleo a la carrera profesional, la cual es de suma importancia, ya que la falta de congruencia de la carrera o las amenazas de la misma ayudan a que la persona padezca un mayor grado de estrés. Algunos ejemplos de situaciones estresantes

son, la falta de capacidad para asumir la promoción o la relegación, afectan al auto concepto y al estatus social.

2.7.2. Estresores extraorganizacionales

Los estresores extraorganizacionales son los que se encuentran fuera de las organizaciones. Comprenden los factores familiares, políticos, sociales y económicos que afectan sobre el individuo. Si bien estudios recientes sugieren que es mayor la incidencia de los factores estresantes laborales sobre la vida familiar y conyugal, no se debe dejar de mencionar la interrelación existente entre el ámbito laboral y el hogar o la vida de relación social. La mala interconexión hogar-trabajo genera conflictos psicológicos y fatiga mental, falta de motivación y disminución de la productividad, como así también un deterioro de la relación conyugal y familiar (Slipak, 1996).

Greenhouse y Parasuraman (1986) lograron identificar tres categorías de estresores del trabajo-familia: 1) los estresores que surgen del trabajo en sí como por ejemplo, la sobrecarga de trabajo; 2) los estresores que surgen en áreas que no están relacionadas con el trabajo, como los problemas conyugales; y 3) los derivados de la interacción trabajo-familia, como por ejemplo conflictos de tiempo entre las responsabilidades laborales y las familiares.

Hughens y Galinsky (1994) mencionan, que la inseguridad laboral y la pérdida de trabajo real se han encontrado, que tienen un impacto negativo sobre las relaciones conyugales y los resultados familiares. Sin embargo, las pruebas más detalladas sugieren que estos efectos no son directos sino que están mediados por la depresión y los problemas de concentración (Barling & MacEwen, 1992).

Como hacen mención Hellriegel, Slocum y Woodman (1999), gran parte del estrés que sufren los gerentes y los empleados proviene de la vida personal, o

agentes estresantes de la vida. Hay que tomar en cuenta que los agentes estresantes afectan casi a toda la gente son los ocasionados por cambios determinantes: divorcio, matrimonio, muerte de un integrante de la familia y otros similares.

Buendía (1998) dice que también se toman en cuenta las diferencias individuales por que juegan un papel principal en el modo que los individuos perciben, interpretan y responden a los estresores laborales y otros aspectos del entorno laboral que pueden ser potencialmente estresantes.

Se debe tener en cuenta el hecho de que las personas invierten una gran parte de su tiempo en su trabajo, encontrando una parte sustancial de su identidad y gratificación personal en sus tareas. Sin embargo, estas consideraciones no siempre son adecuadamente valoradas por las empresas, ni aun por los propios trabajadores (Slipak,1996).

2.7.3. Efectos del estrés laboral

El estrés en el ámbito laboral es capaz de tener efectos tanto positivos como negativos. Pero nuestra principal preocupación con el estrés en el trabajo, tiende a centrarse en los efectos negativos. Los efectos del estrés laboral, ocurren en tres áreas principalmente: la fisiológica, la emocional y sobre el comportamiento (Hellriegel, 1998).

Los efectos fisiológicos del estrés como se han mencionado anteriormente incluyen presión arterial alta, aceleración de los latidos del corazón, sudoración, ataques de calor y frío, dificultades respiratorias, tensión muscular y desórdenes gastrointestinales.

Los efectos emocionales de estrés incluyen ira,, ansiedad, depresión, menor autoestima, funcionamiento intelectual deferente por ejemplo: la incapacidad de

concentrarse y tomar decisiones, nerviosismo, irritabilidad, resentimiento hacia la supervisión y descontento en el trabajo.

Los efectos sobre el comportamiento del estrés incluyen un menor desempeño, ausentismo, tasas altas de accidentes, excesos en el uso del alcohol y otras drogas, comportamiento impulsivo y dificultades en la comunicación.

Otros problemas relacionados con el estrés laboral y la salud incluyen dolor de espalda, dolores de cabeza, problemas estomacales e intestinales, infecciones respiratorias y varios trastornos mentales. Hace poco los investigadores médicos descubrieron vínculos posibles entre el estrés y el cáncer.

Algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente como dolor de espalda, son consideradas como enfermedades psicosomáticas, debido a que se piensa que existen procesos psicológicos, como rasgos de personalidad o conflictos que influyen e interfieren en las funciones corporales, de tal manera que algunas enfermedades pueden estar causadas por conflictos psicológicos (Martínez, 2004).

Fredrikson (1989) y Solomon (1997) mencionan los siguientes trastornos que pueden considerarse psicosomáticos: asma bronquial, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, úlcera duodenal, hipertensión arterial, hipertiroidismo.

Hay que tener en cuenta que cuanto mayor tiempo se sufre el estrés, las relaciones corporales se vuelven más dañinas y existen más posibilidades de enfermar. En enfermedades de causa autoinmune, como la artritis reumatoide puede ser que el bienestar mental proporcione una cierta protección frente a la enfermedad en personas con un factor de predisposición genéticamente determinado. En enfermedades alérgicas como la dermatitis atópica, la urticaria, la rinitis alérgica y el asma se han descrito relaciones con variables de personalidad y estrés (Martínez, 2004).

Para Hellriegel, Slocum y Woodman (1998), el estrés laboral y las enfermedades cardiovasculares están muy vinculados. Existe un gran número de datos que relacionan el estrés con las elevaciones de la presión arterial y el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, con la condición patológica que favorece el desarrollo de enfermedades diversas.

Karasek y Theorell (1990) hicieron un estudio en Suecia por el gran número de casos de infarto de miocardio, se identificaron mediante los registros de mortalidad de un condado sueco. Se seleccionó aleatoriamente a la población, un grupo control estratificado con respecto al sexo, edad, y área geográfica. Los análisis fueron confinados para sujetos “ocupacionalmente estables” que estuvieron en el mismo trabajo durante los cinco años anteriores y aquellos que tenían un primer infarto de miocardio. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Los hombres jóvenes tienen un riesgo mayor de presentar un infarto al miocardio.

Buendía (1998) dice que la implicación de las observaciones cardiológicas para el estudio del estrés laboral y la salud son diversas. Indica, que amenos que el sujeto sea vulnerable para un trastorno específico, no caerá enfermo durante un estado de agotamiento emocional. También indican que el agotamiento son extremos finales de un proceso de estrés normales, adaptativas. Sin embargo, la investigación cardiovascular indica, que las investigaciones del estrés laboral y salud, podría ser tan importante el investigarlas, para saber si una persona es todavía capaz de recuperarse después de su jornada laboral.

El principal objetivo de este capítulo, fue el de revisar las diferentes definiciones del estrés, tomando en cuenta las diversas orientaciones teóricas que lo han estudiado, así como proporcionar una perspectiva, realizar una panorámica a la respuesta fisiológica del mismo, con el fin de saber el por que de las consecuencias dañinas del estrés en las personas sobre expuestas. También se

observó al estrés en el ámbito laboral con la finalidad de ver los diferentes tipos de estresores laborales y cual es la manera en que afectan al individuo así como las consecuencias por un mal manejo de ellos.

Así en el siguiente capítulo se verá cuales son las características principales del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), comenzando por sus inicios, hasta nuestros días, así como los diferentes modelos explicativos y la diferencia con otros conceptos, así como ver el desarrollo del Síndrome. Y finalmente la definición de los Trastornos Psicósomáticos así como cada uno de ellos.

CAPITULO 3

EL SÍNDROME DE DESGASTE
OCUPACIONAL (BURNOUT)

Y

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

CAPITULO 3. EI SÍNDROME DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.

El Síndrome de Desgaste Ocupacional se puede definir como la presencia de diversos estresores causados en diferentes ambientes como son: el entorno social, en el trabajo y en el propio sujeto. Variables de carácter demográfico (p.c., sexo, edad, estado civil, numero de hijos, etc.), tipo de profesión, el utilizar aparatos tecnológicos, el clima laboral, características de personalidad, entre otras, han sido estudiados como facilitadores del Síndrome (Gil-Monte, 1997).

De la decada de los 70s a la fecha el Síndrome de Desgaste Ocupacional ha quedado establecido como una consecuencia del estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y con el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como la experiencia de encontrarse agotado (Maslach y Jackson, 1981).

Lo interesante es que según el tiempo y la duración de los estresores, el trabajador se siente desamparado e indefenso, y genera una situación de hundimiento psicológico, psicosomático y social (Buendía y Ramos 2001).

3.1. Antecedentes y definición del Desgaste Ocupacional (Burnout).

El Síndrome de Desgaste Ocupacional, también conocido como Burnout, tiene su origen en las relaciones interpersonales en el ámbito profesional, cuando esas relaciones llevan a una sobre exigencia, una tensión sobre el componente emocional y cognitivo de la psique, aparecen las condiciones propicias para que aparezca el Síndrome de Desgaste Ocupacional, el cual surge como una respuesta al estrés laboral crónico característico de individuos que brindan algún servicio a personas (Gil-Monte,1997).

Algo que debe quedar claro y de acuerdo con varios investigadores que estudian el Síndrome de Desgaste Ocupacional es que los sujetos mas expuestos a presentar el Síndrome son aquellos sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsecivos, entusiastas y susceptibles de identificarse exesivamente con los demás. A su vez, varios estudios presentan que los sujetos con un patron de personalidad tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes del Síndrome de Desgaste Ocupacional mientras que los sujetos con “personalidad resistente” las experimentan con menos frecuencia (Gil-Monte, 1997).

Para Moreno, Gonzáles y Garrosa (1999) al mismo tiempo, el desgaste profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida gradual del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en la mayoría de los rubros de la persona y en el campo de las profesiones asistenciales.

El concepto de Desgaste Ocupacional, surge como tal en Estados Unidos en los años setenta, cuando Freudenberguer (1974) trata de dar una explicación al proceso de deterioro en los ciudadanos y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntarios, sanitarias, de servicios sociales y educativos). También menciona que el Síndrome de Desgaste Ocupacional hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral. Este es el resultado de gastarse por la pretensión persistente, de un conjunto de expectativas inalcanzables (Gil-Monte, 1997).

Después Maslach (1976) lo dio a conocer en el ámbito psicológico. Desde entonces, el término de Desgaste Ocupacional es utilizado para referirse al desgaste que sufren los trabajadores que brindan servicios en: educación, salud, administración pública, dado que en su trabajo tienen fuertes demandas sociales (Buendía y Ramos 2001).

Cherniss (1980) menciona que el Desgaste Ocupacional es: “Un proceso que comprende cambios negativos en las actitudes y la conducta del profesional, que brinda un servicio a seres humanos, en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante”.

Burke (1987) postula, que el Desgaste Ocupacional es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa como consecuencia de la falta de éxito profesional, aislamiento.

Maslach y Jackson (1981,1982) sostienen, que es un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas: despersonalización, cansancio emocional y la falta de realización personal en el trabajo. Sobre todo este síndrome es presentado por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) y también los que trabajan brindando servicios humanos (custodios, policías, secretarias, etc.). Si bien no se limita solo a estos profesionistas (Ramos 1999). Por otro lado el mismo autor, destaca que el Síndrome de Desgaste Ocupacional se origina como una respuesta al estrés crónico, y también se puede explicar como resultado de un proceso continuo en el que principalmente fallan las estrategias de afrontamiento, que suele emplear el sujeto. Las estrategias de afrontamiento, tienen la función de ser variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias.

Pines y Aronson (1998) definen al Síndrome de Desgaste Ocupacional como un estado en el que se combinan agotamiento físico, emocional y mental, el cual se desarrolla principalmente en personas que se ven implicadas en situaciones emocionalmente demandantes. Las demandas emocionales son, causadas por una combinación de expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico.

Riordan y Saltzer en (1992), muestran una definición tomada de un ambiente hospitalario, y dice que “el Síndrome de Desgaste Ocupacional es una mecanismo de afrontamiento utilizado con el fin de distanciarse emocionalmente del paciente, lo cual les da la posibilidad de poder seguir trabajando en el campo”.

En general, se acepta que las dimensiones que contribuyen a delimitar el constructo son: el cansancio emocional, la despersonalización, la falta de realización personal. Gil-Monte (1997) define el cansancio emocional como la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos, en el ámbito afectivo. Es una situación de falta de energía o de recursos emocionales. Es estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender debido al trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.) La despersonalización, es el desarrollo de los sentimientos negativos, de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas que necesitan del servicio (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, policías, maestros, funcionarios públicos, etc.) (Mendoza, 2004). La falta de realización personal, se basa principalmente con las respuestas negativas hacia sí mismo y a el trabajo (Buendía y Ramos 2001).

Varios autores ya mencionados que abordan el Síndrome de Desgaste Ocupacional, consideran como un síndrome de falta de realización personal, en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización, pero difieren en el orden secuencial en el que aparecen los síntomas en el proceso de quemarse (Buendía y Ramos 2001).

3.2. Principales modelos explicativos del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

La necesidad de explicar el síndrome de Desgaste Ocupacional, surge por el creciente interés de las organizaciones de servicios, tanto en el sector público como en el privado, donde la calidad de atención al usuario o al cliente es crítica

para el éxito de la organización, en lo que respecta a los temas de calidad de vida laboral y por supuesto el bienestar psicológico (Gil-Monte, 1997).

La característica principal de los modelos es que nos sirven, para poder explicar la etiología del síndrome de Síndrome de Desgaste Ocupacional, tomándolo como una respuesta al estrés laboral crónico, visto desde marcos teóricos más amplios o diferentes con respecto a la teoría del síndrome. Los modelos que a continuación presentaremos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome. Las teorías consideradas provienen de la Psicología Social (teoría socio-cognitiva del yo) y de la Psicología de las organizaciones (teorías sobre el estrés laboral). También tenemos que considerar los modelos que son vistos desde la teoría del intercambio social. (Gil-Monte, 1997).

Harrison (1993) dice que algunos de los factores principales que intervienen en el Síndrome de Desgaste Ocupacional son: la competencia y la eficacia percibida. A partir de esto se asume que el de Síndrome de Desgaste Ocupacional es principalmente una función de la competencia percibida, en base a ello elabora su modelo.

Pines (1993) desarrollo un modelo parecido al de Harrison, con la diferencia que Pines, introduce la idea de que sólo los sujetos que tratan de darle un sentido existencial a su trabajo llegaran a presentar el síndrome. Dicho en otras palabras sólo se presenta en aquellos sujetos que se fijan grandes expectativas y altos objetivos en su vida profesional.

Cherniss (1976) dice que la motivación y la satisfacción laboral aumentan, cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos en la realización de objetivos de éxito en la realización de una tarea, aunque objetivamente esa tarea no este bien realizada.

Tomando como base el modelo de Cherniss,(1993) señala en el concepto los sentimientos de fracaso, describe los síntomas que posteriormente se han identificado como el síndrome de quemarse por el trabajo (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo). También propone, que es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y surge el Síndrome de Desgaste Ocupacional. (Gil-Monte, 1997).

Se puede resaltar que una única perspectiva parece no dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del síndrome. Por el contrario, esta explicación integra variables consideradas en las tres perspectivas que son individual, social, organizacional. Los modelos que hacen mención en los “procesos de interacción social” y sus consecuencias para los profesionales (Buendía y Ramos 2001).

Buunk y Schaufeli (1993) desarrollaron un modelo para explicar la etiología del Síndrome de Desgaste Ocupacional en los profesionales de enfermería, muestran que dentro de este campo el síndrome presenta una doble etiología: en primer lugar los procesos de intercambio social con pacientes y en segundo lugar los procesos de afiliación social y la comparación con los otros compañeros.

En los procesos de intercambio social con los pacientes, Buunk y Schaufeli (1993) identifican tres variables estresoras que ayudan al desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno piensa y siente en como debe actuar. La percepción de equidad se refiere al equilibrio que se cree tener entre lo que los sujetos dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones. La tercera variable, falta de control, esta relacionada con la posibilidad que el sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborales.

Con respecto a los problemas de afiliación social y comparación con los demás compañeros Buunk y Schaufeli (1993) muestran que los profesionales en

enfermería no buscan apoyo social cuando se presentan situaciones de estrés, si no que al contrario, tratan de evitar cualquier contacto con sus compañeros, y rehuyen a su apoyo social por miedo a la critica, al rechazo y por miedo a que los creerán incompetentes.

Por otro lado Hobfoll y Fredy (1993) toman como base la teoría de la conservación de recursos elaborada por Hobfoll (1989), con el fin de explicar el desarrollo del estrés. Esta teoría muestra que el estrés surge cuando los individuos perciben que a aquello que los motiva está amenazado o frustrado. Para Hobfoll y Fredy, los sujetos se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos puesto que importa más tener los niveles mínimos necesarios que conseguir recursos extras. En sí esta teoría lo que propone es que cuando las motivaciones básicas se ven amenazadas o negadas se produce el estrés que, a su vez, puede llevar al Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Leiter y Maslach. (1988) entienden al síndrome, como una respuesta al estrés laboral que se origina cuando las estrategias de afrontamiento que utiliza el sujeto no funcionan para manejar el estrés laboral y sus efectos. En este modelo se incluyen “sentirse cansado”, “sentirse presionado y tenso” (Ver figura1)

Figura 1
Proceso del Modelo de Leiter y Maslach (1988)

Etapa	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	Baja	Alta

Golembiewski y cols. (1983), mencionan que el Síndrome de Desgaste Ocupacional es un proceso, en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, esto como una respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral en relación con el síndrome está generado por la sobrecarga laboral (esto cuando existe demasiada estimulación y reto en el puesto) y por la pobreza del rol (posiciones en las que existe muy poca estimulación).

Golembiewski y cols. (1998) a diferencia de otros autores (Maslach y Jackson, 1981; Cox, Kuk y Leiter, 1993; por mencionar algunos) dicen que Síndrome de Desgaste Ocupacional se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no exclusivamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo. (Ver figura 2).

Figura 2
Proceso del Modelo de Golembiewski, y Munzenrider (1988)

Factores/Fases	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Los autores antes mencionados, muestran que la experiencia de agotamiento emocional (para ellos la principal dimensión del Síndrome de Desgaste Ocupacional) esta teoría engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva sobre su expectativa del estrés y están relacionados con el trabajo o con las expectativas profesionales frustradas (Cox et al, 1993,1988).

3.3. Diferencias entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional con otros conceptos.

Buendía y Ramos (1998) comentan, que el concepto de Síndrome de Desgaste Ocupacional ha sido criticado por la relación con otros constructos, como estrés laboral , fatiga, insatisfacción en el trabajo, aburrimiento, tedio, ansiedad, depresión, etc., aunque las diferencias no siempre son fáciles de establecer.

Con respecto al Síndrome de Desgaste Ocupacional, en comparación con el estrés laboral, éste se ha reservado para las consecuencias de un estrés crónico y/o severo, en los profesionales con un alto contacto humano (Van Leeuwen y Kwee, 1990). Miller y Col (1995) postulan que el SDO es una constelación de síntomas que se intensifican y/o disminuyen, según como los profesionistas manejen el estrés que se les presenta (Pinedo y Salgado, et, al, 2002).

Para Farber (1985) el estrés y el Síndrome de Desgaste Ocupacional son conceptos muy parecidos, pero no idénticos. El síndrome no es el resultado en si del estrés, sino que es generado por no tener algún escape de este y no contar con un buen método de afrontamiento. Además el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome sólo tiene efectos negativos (Buendía y Ramos, 2001).

A su vez, Schaufeli y Buunnk (1996), muestran la diferencia entre estrés laboral y el Síndrome de Desgaste Ocupacional, no se debe hacerse partiendo de los síntomas, sino tomando en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El Síndrome de Desgaste Ocupacional puede considerarse como el estado final de un proceso de adaptación e inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. Sin embargo el estrés se refiere a procesos de tiempo más cortos. Además el Síndrome de Desgaste Ocupacional está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés no.

Con ello Pinedo y Salgado, (2002) dicen que el estrés es un condicionante para que se desarrolle el síndrome, sin embargo su causa, consecuencias y manifestaciones resultan diferentes en cada individuo

Con respecto a la fatiga, Pines y Aronson (1998) indican que una de las principales diferencias entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y la fatiga física, es que el sujeto se recupera fácilmente, en cambio los que presentan el Síndrome de Desgaste Ocupacional no. Sin embargo, los sujetos que presentan el síndrome comentan que se sienten agotados físicamente, pero describen a la fatiga de una forma diferente a la fatiga física. Sin embargo, mientras que el esfuerzo físico causa fatiga esta va de la mano con un sentimiento de realización personal, por otro lado el Síndrome de Desgaste Ocupacional se experimenta como un sentimiento de fracaso.

Cotton (1990) también comenta, que es prudente destacar a la ansiedad el cual es considerado como un síndrome de aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que experimenta un sujeto al anticipar un peligro cuando el origen de éste es desconocido. Con lo cual la ansiedad puede ser parte de la respuesta del estrés y puede ser considerada como un rasgo de personalidad. Sin embargo, el Síndrome de Desgaste Ocupacional es más amplio que el concepto de ansiedad y está puede formar parte de aquél (Gil-Monte, 1997)

Por lo tanto para diferenciar el Síndrome de Desgaste Ocupacional de otros constructos tenemos que tener muy claro que las múltiples dimensiones del concepto y que surge como un proceso progresivo y se localiza dentro del ámbito laboral (Buendía y Ramos 2001).

Con lo anterior queda claro, que el Síndrome de Desgaste Ocupacional es un proceso que donde hay una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización) cognitivas (falta de realización personal en el trabajo), y sociales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en

un episodio secuencial, con una relación de antecedentes- consecuentes dentro del proceso más amplio de estrés laboral (Buendía y Ramos 2001).

También Gil-Monte (1997) dice que no hay duda de la complejidad del Síndrome de Desgaste Ocupacional y es difícil la distinción de éste con los conceptos antes citados. El síndrome de Síndrome de Desgaste Ocupacional si lo vemos como un estado, y básicamente como un estado de agotamiento emocional, se solaparía parcialmente con los síntomas anteriores o con otras respuestas al estrés, como tensión, presión, aburrimiento, agotamiento físico y psíquico, o simplemente cansancio. Sin embargo el Síndrome de Desgaste Ocupacional, entendido como un proceso, supone una interacción de variables afectivas o emocionales (agotamiento emocional y despersonalización), variables de carácter cognitivo,(falta de realización personal en el trabajo), y variables actitudinales (despersonalización y falta de realización personal en el ámbito laboral). Estas variables se van agrupando entre ellas, en una determinada secuencia, con una relación antecedentes consecuentes dentro de un proceso más amplio de estrés laboral. Con todo ello hace del Síndrome de Desgaste Ocupacional algo diferente de esas otras respuestas al estrés que son vistas como estados del individuo.

3.4. El proceso de desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Cherniss (1998) entiende al Síndrome de Desgaste Ocupacional como un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva, entre un trabajador estresado y un trabajo estresante dicho en otras palabras “un trabajador muy estresado que continúa un trabajo muy estresante. El autor muestra que en el proceso de desarrollo del síndrome de Síndrome de Desgaste Ocupacional se pueden distinguir tres etapas:

La primera etapa abarca el desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador, para poder encarar esas demandas (fases de estrés). La

segunda etapa es la respuesta emocional instantánea del trabajador a este desajuste. Esta caracterizada por la preocupación, tensión, ansiedad, fatiga, y agotamiento (fase de agotamiento).

La tercera etapa se caracteriza por un número de cambios en la actitud y en la conducta: incluye tratar a los clientes de forma fría e impersonal (tratarlos de una forma mecanizada), con una gran dosis de cinismo y atendiendo solamente sus necesidades (fase de afrontamiento defensivo).

Para entender mejor las fases del Síndrome de Desgaste Ocupacional, Bronsberg y Vestlund (1997) hacen una descripción de la manera de como surge el Síndrome de Desgaste Ocupacional, distinguiendo con carácter de tipo didáctico varias fases en su desarrollo. Las cuales están divididas en cinco fases:

La primera de ellas es denominada “fase inicial o de entusiasmo” y dice que al principio el trabajador siente como algo estimulante. Resulta muy emocionante ponerse a trabajar después de haber concluido los estudios o después de haber cambiado de trabajo. Aun que el trabajo sea muy exigente nos aporta mucho, por tal motivo, los contratiempos pasan desapercibidos y no causan ansiedad y se pone a trabajar con energía renovada. Además se siente con empatía con las personas con quienes trabaja; y en síntesis con la organización (Buendía y Ramos 2001).

La segunda “fase es la de estancamiento”, está se presenta después de corroborar el incumplimiento de las expectativas profesionales que tenía el trabajador antes de estancarse. Y comienzan las dudas y se piensa sobre la relación esfuerzo personal y el beneficio obtenido comenzando a sentir cierta sensación de derrota. Poco a poco se va infectando del negativismo de sus compañeros de trabajo y, aunque hace un esfuerzo por controlarlo no es posible llevarlo a cabo. Aquí es posible darse cuenta que la salud comienza a fallar y en ciertas ocasiones se presentan los dolores de cabeza, dolores de estomago, etc. (Buendía y Ramos 2001).

La tercera fase es la de “frustración” en la cual se comienza a preguntar sobre la eficacia del esfuerzo personal, contra los obstáculos derivados del desempeño de su trabajo. Aun que hay la opción de hacerle frente a la situación y encaminar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales pueden provocar una fase de apatía (Buendía y Ramos 2001).

En esta fase el trabajo se siente como algo falto de sentido. Frecuentemente el trabajador se pregunta qué sentido tiene su trabajo, si se habrá equivocado de profesión, si la educación que recibió fue totalmente inadecuada. Se tiene miedo por creer que todo vaya seguir siendo igual. Comienza a transformarse en una persona negativa y se pregunta si “esto no va a funcionar nunca” (Buendía y Ramos 2001).

Con el transcurso del tiempo, se siente cada vez más impotente y más ignorante. Cualquier cosa le irrita, provoca conflictos en el equipo de trabajo. También los síntomas psicósomáticos ahora se vuelven crónicos y origina que se encierre cada vez más en si mismo (Buendía y Ramos 2001).

La penúltima fase es la hiperactividad y la apatía. En la reacción de hiperactividad el trabajador se olvida por completo de si mismo. Acepta demasiadas cosas. Siempre está trabajando. Quiere hacer tantas cosas que al final tiene como resultado que no hizo nada y por ende se produce el colapso. La reacción de apatía surge a raíz de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que le lleva a la evitación e incluso a la inhibición total de la actividad antes realizada. El trabajador se siente resignado tanto en lo referente al trabajo como en tratar de cambiar algo. La poca seguridad existente en si mismo ya no existe. Siente que ya nada se puede hacer, y mucho menos que pueda cambiar alguna cosa en su trabajo. Se olvida del trabajo. Se enfoca a deambular por los pasillos, ocupándose de algunos asuntos privados. (Buendía y Ramos 2001).

La última fase es el colapso físico, emocional y cognitivo “quemado” que obliga a trabajador a dejar el empleo, cambiarlo, o tener una vida profesional precedida por la frustración y la insatisfacción (Buendía y Ramos 2001).

Con lo descrito anteriormente se puede considerar el Síndrome de Desgaste Ocupacional como un proceso en el cual el trabajador se desentiende del trabajo como respuesta al estrés y agotamiento que experimenta en él. El proceso comienza cuando el trabajador no puede aliviar su situación con las técnicas de solución de problemas adecuadas (Buendía y Ramos 2001).

3.5. Las distintas pruebas que evalúan el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)

Las distintas escalas elaboradas para la evaluación del Síndrome de Desgaste Ocupacional, se diferencian según la calidad de estudios psicométricos realizados sobre ellas, y al volumen de investigación que desde ellas se ha generado (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Hay determinados cuestionarios que se podrían llamar “evalúese usted mismo”. Estos cuestionarios, no han sido estudiados ni empíricamente ni psicométricamente, y por tal razón no hay ninguna investigación con rigor metodológico. Estos cuestionarios han sido publicados bajo títulos como “El test de quemado” que posee algunos ítems como: evalúe sus creencias sobre su trabajo, sobre su ocio, y sobre usted mismo (Dailey, 1985) ¿Cuál es su puntuación en el síndrome de estar quemado? (Bramhall y Ezell, 1981). Como señala Schaufeli, Enzamann & Girault (1993) claro está que en el mejor de los casos estas escalas recogen en sus ítems lo que el autor o autores entienden por Síndrome de Desgaste Ocupacional, pero en el peor de los casos alarman innecesariamente a los sujetos.

Hay otro tipo de cuestionarios que han sido empleados con poca frecuencia. Algunos de estos instrumentos han sido elaborados para estimar el síndrome exclusivamente en profesionales de servicios de ayuda. Como por ejemplo el Teacher Burnout Scale elaborado por Seiman y Zager (1986-1987).

Faber (1984) desarrolló un instrumento de 65 ítems llamado el Teacher Burnout Attitude, el cual es una versión modificada del MBI. En este instrumento, los 25 ítems del MBI fueron ampliados con 40 ítems especiales para maestros donde describen situaciones frecuentes de satisfacción o de estrés laboral en la docencia. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Sin embargo, algo que vale la pena destacar es que algunos autores mencionan que el síndrome, puede afectar a cualquier tipo de profesionales incluyendo a estudiantes. Meier (1984) empleo el Meier Burnout Assessment (MBA). El cual esta conformado por 27 ítems, de formato verdadero-falso, con una muestra de 120 estudiantes, el valor alfa de Cronbach $\alpha = .82$ y una correlación con el MBI $r = .58$. Sin embargo estos autores entienden el síndrome como la existencia de bajas expectativas de recompensa laboral, acompañado por agotamiento físico y emocional.

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

Por otro lado, Jones (1980) elabora "Staff Burout Scale for Health Professionals" (SBS-HP) con la finalidad de medir EL Síndrome de Desgaste Ocupacional de forma clara en profesionales de la salud. Aunque la escala fue hecha para estimar el Síndrome de Desgaste Ocupacional en profesionales de la salud, algunos trabajos han modificado algunos de sus reactivos para ser empleada en la estimación del síndrome en otros profesionales de servicios de ayuda.

Otro instrumento que mide el Síndrome de Desgaste Ocupacional es el creado por Pines y Aronson (1981) llamado "Tedium Measure" (TM). Estos autores en un principio hicieron una distinción entre el tedio y el Síndrome de Desgaste Ocupacional, tomando en cuenta que aunque ambos constructos tienen una sintomatología similar su origen es diferente. Después estos autores mencionan, que el tedio es el resultado de presiones físicas o psicológicas de carácter crónico,

mientras el Síndrome de Desgaste Ocupacional es el resultado de una presión emocional de carácter crónico, que se relaciona con una intensa implicación con las personas a las que se atiende (Pines y cols., 1981). Por tal motivo el TM cambio de nombre por el de “Burnout Measure” (BM), y el síndrome se puede desarrollar tanto en profesionales de la salud como en otro tipo de profesionales (Gil-Monte y Peíro 1997).

Sin embargo uno de los instrumentos más utilizado es el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) el cual fue elaborado por Maslach y Jackson (1981/1986). Con lo cual casi se podría asegurar que después de su elaboración, se normaliza el concepto de Síndrome de Desgaste Ocupacional, el cual lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El MBI está diseñado para medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional en profesionales de servicio asistencial y actualmente es indicador del Síndrome de Desgaste Ocupacional más usado en estudios con individuos que se dedican “al trabajo con personas”. (Pines y Aronson 1988).

Como podemos ver hay muchos instrumentos que evalúan el Síndrome de Desgaste Ocupacional. El problema es que todos son estos instrumentos fueron diseñadas para cubrir las necesidades de esos países. Por lo tanto Uribe y col. Se dieron a la tarea de construir un instrumento para medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional y se creó la escala llamada: Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (et, al. Uribe 2006)

3.6 El Desgaste Ocupacional y los Trastornos Psicosomáticos

Buendía y Ramos (2001), han relacionado el Síndrome de Desgaste Ocupacional a diferentes respuestas individuales de carácter psicosomático, es decir, trae resultados negativos para el sujeto; por lo regular se presenta a nivel fisiológico provocando alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, cansancio, dolor de cabeza, dolor de espalda, alteraciones del ciclo menstrual, fatiga, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo entre otros.

Otros autores como Pérez, (2004), han identificado consecuencias para la salud de la experiencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional en tres ámbitos. Los síntomas físicos: pueden ser los primeros en aparecer, y traen consigo alteraciones cardiovasculares (como hipertensión o problemas coronarios), y trastornos psicosomáticos. Algunas alteraciones conductuales como son: alimentarias, abuso de drogas, fármacos y alcohol, absentismo laboral, tabaquismo. Alteraciones emocionales como: ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, frustración, etc.

Al parecer lo anterior aparece como constante en los sujetos con niveles más altos de Síndrome de Desgaste Ocupacional. Un sujeto se verá seriamente afectado si presenta de manera constante estrés crónico, ya que se genera fatiga y tanto el estrés como ésta última se constituyen en mediadores psicofisiológicos entre las condiciones laborales y los daños a la salud, esto sin caer necesariamente en el terreno de la patología. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – IV (DSM - IV) reconoce como factor predisponente para el insomnio al estrés intenso, asimismo los trabajadores reportan de manera frecuente sueños angustiosos que guardan una estrecha relación con las actividades que realizan (Fernández, 2000).

Así, las condiciones laborales están estrechamente relacionadas con los problemas de salud que puedan presentar los trabajadores, tanto las exigencias o demandas laborales, están contenidas en un modelo que en la última década ha

sido utilizado para estudiar factores psicosociales, dicho modelo ha sido impulsado por Karasek y Theorell (1990), explica cómo la presencia de factores psicosociales mantiene una estrecha relación con daños a nivel psicosocial (Fernández, 2000).

Los trastornos psicósomáticos reciben gran atención principalmente en los últimos años, debido a la importancia del daño que provocan en la población trabajadora, el término psicósomático se emplea para referirse a aquellas enfermedades orgánicas, que tienen lugar en diferentes aparatos, sistemas, tejidos u órganos del cuerpo humano y para poder expresar la relación existente entre el cuerpo y la psique (Fernández, 2000).

Son muchos los estudios que presentan evidencias a favor de la relación existente entre los factores psíquicos y sociales, presentes en los ambientes de trabajo y la salud de los trabajadores, en uno de estos estudios que fue realizado con hombres de mediana edad, los hallazgos fueron que los sujetos que no contaban con apoyo emocional de las personas cercanas durante acontecimientos estresantes severos, tenían una probabilidad 5 veces mayor de morir en los 7 años siguientes a diferencia de aquellos con apoyo emocional (Atance, 1997).

3.7. ¿Que son los trastornos psicósomáticos?

En las últimas cinco décadas, la medicina psicósomática se ha convertido en un ámbito específico de interés dentro del campo de la medicina, es prácticamente imposible rastrear su historia de síntomas se encuentra la relación mente-cuerpo, implicado en las palabras griegas psyche (mente) y soma (cuerpo) (et, al. Kaplan 1994).

Se les llama trastornos psicósomáticos a toda una serie de procesos patológicos que se originan directamente por factores psicológicos perturbadores, tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, etc. Dichos factores promueven una activación inadecuada del sistema nervioso autónomo y de las glándulas

endocrinas que, de mantenerse y al convertirse en un fenómeno crónico, puede llegar a originar alteraciones funcionales y anatómicas en los sistemas orgánicos (Enciclopedia Hispánica, 1991).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), describe los factores psicológicos que afectan al estado físico como la presencia de uno o más factores psicológicos o de conducta que afectan de manera negativa el estado físico. También el DSM-IV utiliza la frase “factores psicológicos que afectan al estado físico en lugar del termino psicósomático”.

La medicina psicósomática menciona la relación entre la mente y el cuerpo y la interacción que hay entre ambos. En general, existe la certeza de que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de todas las enfermedades. Si esta influencia se produce en él iniciaron, progresión, agravamiento o bien de la predisposición o la relación de la misma, sigue siendo un debate abierto y varía de uno a otro trastorno (Kaplan et, al, 1999).

La décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud (CIE - 10) postula que este tipo de alteraciones suelen ser normalmente leves, y a menudo pueden ser prolongadas (tales como preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión).

3.8. Factores psicológicos que predisponen a la aparición de trastornos psicósomáticos.

¿Dónde y cómo se interrelacionan exactamente la psique y el soma? esta pregunta se puede encontrar formulada en los pueblos primitivos, egipcios, judíos, griegos y cristianos. Los representantes de ambos campos de estudio, la psique y el soma, han estado de acuerdo durante más de 100 años en

que, un pequeño número de trastornos, las actividades emocionales y somáticas se relacionan (Kaplan 1999).

En el pasado había dos tendencias en la medicina psicosomática, una que sugería que emociones específicas producían lesiones celulares e hícticas específicas, y la segunda que afirmaba que la ansiedad generalizada creaba las condiciones previas para diversas enfermedades no necesariamente determinadas (las denominadas teorías no específicas).

Por otro lado la alerta y la tensión prolongadas pueden producir cambios fisiológicos asociados y patología de órganos viscerales. Por ejemplo varios estudios postulados de la psicodinámica freudiana, postulan que en una persona pasivodependiente sin nadie que satisfaga su necesidad de dependencia, el estrés aparece. Este estrés particular puede estimular y mantener alerta al sistema nervioso parasimpático (el nervio vago), lo cual quiere decir que secretará demasiado jugo gástrico, aumentará la motilidad y al final del proceso es posible que se forme una úlcera péptica. Otra persona dependiente con distinta dotación genética, al reprimir el conflicto, puede estimular excesivamente el sistema parasimpático por mecanismos que conducirán a colitis o a asma. Una tercera persona, asimismo dependiente al buscar una conducta autónoma, padece un estrés que entrañara la sobreestimulación del sistema simpático, de forma que el estado de alerta crónico que así se crea produce migraña, hipertensión o artritis.

A su vez una serie de investigadores han desarrollado el concepto de constelación a través de teorías que implican a toda la personalidad. La propensión del hombre ambicioso y duro a la obstrucción coronaria, este tipo de personalidad no es muy distinto al de la persona competitiva, inquieta, impaciente y propensa a la coronariopatía y otros enumeran ciertas características de estas personas de personalidad tipo A: alto nivel de triglicéridos plasmáticos y de colesterol, respuesta hiperinsulinémica a la sobrecarga de glucosa y elevados contenidos urinarios de noradrenalina.

Otra teoría no específica es la alexitimia, postulada por Sifneos y Nemiah. Las personas alexitimicas no pueden expresar tonos emocionales en sus palabras. En vez de esto, desarrollaron síntomas somáticos como expresión del afecto.

Si, con la promesa de una recompensa, una persona puede controlar su frecuencia cardíaca, la presión sistólica, la temperatura y otras funciones (es decir controlar el sistema vegetativo más de lo que se supone), ¿que no podrá pasar en el cuerpo cuando el control se ha hecho imposible? Si los seres humanos muestran cambios electroencefalográficos en respuesta a palabras y si la gente que tiende a amoldarse a la presión social muestra un descanso.

No obstante, las costelaciones asientan sobre un terreno de predisposiciones genéticas. La predisposición genética a la exageración fisiológica del funcionamiento normal está relacionada con la excesiva producción de pepsinógeno del virtual enfermo ulceroso.

3.9. Definición de los distintos trastornos psicosomáticos relacionados con el SDO.

Los trastornos psicosomáticos que frecuentemente se relacionan con el SDO son los siguientes: 1) Trastorno de ansiedad 2) depresión 3) trastornos del sueño 4) trastornos pseudoneurológicos 5) trastorno por dolor 6) trastornos sexuales 7) trastornos gastrointestinales.

Kaplan (1999) afirma que la ansiedad es una señal de alerta; que advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza y se tiene una sensación de aprensión difusa, desagradable, y vaga que por lo regular esta acompañada por sintomatología autónoma, como dolores de cabeza,

palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, como indica la incapacidad de mantenerse sentado o parado durante un rato, en un mismo lugar, hay que tener presente que los diferentes síntomas varían de una persona a otra.

Por otro lado Salín (2003) menciona, que el trastorno por ansiedad es una condición crónica que se caracteriza por un sentimiento constante de tensión, de estar al límite, de miedo y con la sensación de no saber bien qué le sucede. La persona por lo regular se comporta como si algo malo e inminente le fuera a suceder. Dongier (1971) dice que el estado característico “el temor a nada” consiente, conlleva reacciones autónomas: opresión respiratoria y precordial, disnea, aceleración del pulso, palidez, relajación y aumento del tono.

Los criterios para el trastorno de ansiedad según del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) incluyen: ansiedad excesiva y preocupación por una serie de eventos, que están presentes casi todos los días la mayor parte del día. Hay una dificultad para controlar sus preocupaciones, las cuales se deben de acompañar por lo menos de tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, sensación de estar al límite, tensión muscular elevada, dificultades para dormir (insomnio inicial).

Durante las crisis de angustia (“panic attacks”) el DSM-IV dice que se pueden presentar taquicardia transitoria y elevación moderada de la tensión arterial sistólica. Aunque algunos estudios han sugerido que las enfermedades de las tiroides, presentan una mayor prevalencia entre los individuos con trastornos de angustia respecto a la población general.

El DSM-IV afirma que hay que tomar en cuenta que dentro los individuos que presentan angustia, hay un número importante (50-65%) que presentan un grado de depresión. Algunos tratan su ansiedad con alcohol o fármacos, con ello pueden desarrollar un trastorno relacionado con sustancias como consecuencia de este hecho. Es frecuente la relación con otros trastornos de ansiedad como por ejemplo

pueden presentar un tipo de agorafobia (se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar resulta difícil o embarazoso).

Los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos. El Estudio de Comorbilidad informa que una de cada cuatro personas cumple los criterios de por lo menos uno de los criterios de diagnóstico de los trastornos de ansiedad y cabe mencionar que la tasa anual de prevalencia es del 17.7%. Algo que es importante mencionar es que las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) que los varones (19.2% de prevalencia a lo largo de la vida). Sin embargo la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en los estatus socio económicos altos (Kaplan 1999).

También dentro de los trastornos psicossomáticos relacionados con el Síndrome de Desgaste Ocupacional se encuentra la depresión, cuya principal característica es que presenta un estado de ánimo crónicamente depresivo que esta presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos con este trastorno describen su estado de ánimo, triste y desanimado. Presentan una pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, una baja autoestima, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de interés y aumento de la autocrítica (DSM-IV).

Dongier, (1971) postula, que cuando ocurre un evento más o menos grave en la vida de un individuo, éste puede reaccionar con una depresión. De hecho, la depresión es una experiencia universal, siempre que no se prolongue más de algunas horas o algunos días; hasta podríamos afirmar que la capacidad para estar deprimido es un signo de salud psíquica. El problema surge cuando la depresión no desaparece y comienza la pérdida del gusto de vivir: el deprimido “lo ve todo negro” como se dice popularmente y comienza la desvalorización (pérdida de la propia estimación).

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo menor son: a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días (se sienten tristes y vacíos) por ejemplo siempre parecen estar llorando. b) Falta de interés por casi todas las actividades la mayor parte del día. c) Pérdida de peso significativa sin llevar un régimen de adelgazamiento o ganancia de peso. d) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. e) Fatiga o falta de energía casi todos los días. f) Sentimientos excesivos de culpa e inutilidad. g) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión. h) Ideas recurrentes de muerte (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo. Se tiene que presentar un mínimo de dos y un máximo de cuatro de los síntomas anteriores (DSM-IV).

En la décima revisión de la Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud (CIE-10) hay un apartado sobre los trastornos del sueño, estos trastornos se denominan disomnia y parasomnias. Las disomnias, son condiciones psicógenas, en las que las alteraciones afectan la cantidad, la calidad o secuencia temporal del sueño, las disomnias comprenden el insomnio, la hipersomnia y alteraciones del patrón vigilia- sueño. Sin embargo las parasomnias son acontecimientos episódicos anormales que ocurren durante el sueño.

Según el DSM-IV los sujetos con insomnio presentan frecuentemente una combinación de dificultades para dormir y despertares frecuentes durante la noche. Pocas veces se quejan de tener un sueño reparador, dicho de otra manera, tienen la sensación de que el sueño ha sido inquieto, poco profundo y de poca calidad. El insomnio se asocia con el aumento del nivel de alerta fisiológica y psicológica durante la noche, junto con un acondicionamiento negativo para dormir.

Un breve período de insomnio se asocia la mayoría de las veces con ansiedad, ya sea como anticipación de la misma como por ejemplo un examen, una entrevista de trabajo. En algunas personas el insomnio también puede deberse a un duelo, pérdida, cambio o estrés en sus vidas. Algunas veces, aunque no siempre, un paciente describe el empeoramiento del insomnio cuando existe estrés laboral o en su hogar, y una disminución del mismo en periodos vacacionales (Kaplan, 1999).

Por otro lado la hipersomnia se manifiesta como una cantidad excesiva de sueño, un excesivo adormecimiento diurno (somnolencia). El termino somnolencia se aplica para aquellos pacientes que tienden a quedarse dormidos durante el día, claro esta que este termino no debe utilizarse para las personas que simplemente están cansadas físicamente o aburridas. Aun que no siempre es fácil hacer la distinción (Kaplan, 1999).

Kaplan (1999) define a las parasomnias como un fenómeno inusual e indeseable que aparece bruscamente durante el sueño o el umbral entre la vigilia y el sueño, suele ocurrir en el estadio 3 y 4 del sueño y, por tanto se guarda poco recuerdo del trastorno.

Una de las parasomnias más comunes son trastorno por pesadillas los cuales podemos definir como sueños largos y terroríficos después de los cuales el individuo se despierta asustado. Algunas personas sufren pesadillas frecuentemente a lo largo de su vida otras sobre todo en épocas de estrés y enfermedad.

Otra parasomnia son los terrores nocturnos, es un despertar en el primer tercio de la noche durante el sueño profundo (estadio 3 y 4) y se inicia con un grito desgarrador o llanto que se acompaña de manifestaciones de conducta de gran ansiedad rayando en el pánico. Típicamente, la persona afectada se sienta en la cama con expresión aterrorizada, grita fuertemente y a veces se despierta de

inmediato con una sensación de terror intenso. La persona afectada puede permanecer despierto en un estado de desorientación, pero lo más frecuente es que siga dormido y como pasa en el sonambulismo por lo general no guardara ningún recuerdo (Kaplan 1999).

Los trastornos pseudo neurológicos son aquellos donde hay un déficit que sugiere una condición neurológica, no limitada al dolor (síntomas de conversión, como el deterioro de la coordinación o del equilibrio, la pérdida de la sensación de dolor o de tacto, sordera, etc.) (Warwick, 1995).

Por otro lado el DSM-IV define el trastorno de conversión, como la presencia de uno o más síntomas neurológicos como por ejemplo, parálisis, ceguera, y parestesia, las cuales no pueden explicarse por medio de ninguna patología médica o neurológica. Además, el diagnóstico requiere, que los factores psicológicos estén relacionados con el inicio o la exacerbación de los síntomas.

Se debe tener en cuenta que el trastorno de conversión se asocia con frecuencia a otros diagnósticos comórbidos, como el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad. Y en relación en adultos, la proporción hombre –mujer es de al menos 2 a 1, y como mucho de 5 a 1 (Kaplan, 1999).

El trastorno por dolor se caracteriza como su nombre lo indica por el dolor, como centro predominante de la atención clínica. Además se cree que factores psicológicos juegan un papel importante en el inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento del dolor. Este trastorno en el DSM – III - R recibe el nombre de trastorno por dolor somatomorfo y también ha recibido otros nombres como trastorno por dolor psicógeno, trastorno por dolor idiopático (Kaplan et al., 1999). Los criterios del DSM – IV. Para el trastorno por dolor son los siguientes: dolor en uno o más lugares anatómicos. El dolor causa un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento social, laboral u otras áreas. También debemos considerar que el síntoma no se produce o se finge de manera intencionada.

Se debe recalcar que el trastorno por dolor puede deteriorar la vida del paciente, con efectos perjudiciales sobre el trabajo y la familia, y esto puede originar que los sujetos afectados se aíslen. Algunos sujetos con este trastorno pueden llegar a suicidarse, mientras que otros gastan una fortuna tratando buscando una cura. Warwick (1995) dice que el trastorno por dolor puede surgir a cualquier edad, además hay más mujeres que hombres que presentan ciertas condiciones, como por ejemplo: cefaleas y dolores músculo-esqueléticos. Los problemas del trastorno por dolor agudo se corrigen rápidamente, sin embargo el trastorno por dolor crónico puede durar muchos años. Es muy probable que los individuos que siguen trabajando y no dejan que el dolor domine sus vidas, se recuperen del trastorno.

Por otro lado el (DSM – IV) menciona que puede presentarse el trastorno sexual, el cual comprende el trastorno del deseo sexual (trastorno por aversión al sexo), trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastorno del orgasmo (disfunción orgásmica femenina y disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo). Estos son algunos de los trastornos sexuales originados por el Síndrome de Desgaste Ocupacional.

El trastorno del deseo sexual es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual, las personas muestran malestar o dificultades interpersonales. Por lo regular estas personas casi nunca inician la relación sexual y cuando la llevan a cabo es a regañadientes. Este trastorno se puede definir como la falta o disminución del interés por el sexo la cual se asocia con problemas de excitación sexual o dificultades para llegar al orgasmo (DSM – IV).

Por otro lado el trastorno de la excitación sexual, se presenta en mujeres y se define: como la incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación en la fase de excitación hasta la terminación de la

actividad sexual. Y esto provoca malestar o dificultad en las relaciones interpersonales (DSM – IV).

Los varones presentan un trastorno en la erección el cual consiste en la incapacidad, persistente o frecuente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual. Por su puesto la alteración provoca malestar o dificultades de relación interpersonal.

No se puede dejar a un lado el trastorno orgásmico femenino el cual consiste en una ausencia o un retraso persistente del orgasmo en la mujer después de la fase de excitación sexual normal. Esto acarrea como consecuencia la dificultad en las relaciones interpersonales.

A su vez, el varón presenta el trastorno orgásmico masculino. La característica principal es el retraso frecuente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Cuando un sujeto presenta este trastorno es muy frecuente que el varón no llegue al orgasmo durante el coito pero puede eyacular con otro tipo de estimulación, puede ser oral o manual. También algunos varones llegan a presentar eyaculación precoz la cual es persistente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

Por ultimo hablaremos del trastorno sexual por dolor (dispareunia) consiste en dolor genital durante el coito. A pesar de que frecuentemente aparece durante éste, también puede aparecer antes o después de la relación sexual. Se presenta tanto en varones como mujeres.

MÉTODO

MÉTODO

- **Planteamiento del Problema**

En la actualidad es necesario tomar en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización y principalmente con los trabajadores (Gil-Monte, 2002).

Uno de los principales problemas laborales es el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), ya que de presentarlo se puede traer consecuencias dañinas para el trabajador y originar algún tipo de trastorno psicosomático; tales como mareos, náuseas, molestias gastrointestinales, cefaleas, entre otros, por ello se considera necesario buscar si existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos con una escala dirigida a la población mexicana; todo ello con el fin de brindar beneficios a la población trabajadora, principalmente aquellos que padecen algún tipo de trastorno psicosomático originado por factores psicosociales como el Síndrome de Desgaste Ocupacional. Y al beneficiar al trabajador también se beneficia la organización.

Planteamiento General (PG) ¿Existe relación entre el Síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y trastornos psicosomáticos en trabajadores mexicanos?.

Tomando en cuenta los conocimientos sobre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos se pretende buscar en que grado el Síndrome de Desgaste Ocupacional es un factor de influencia con los trastornos psicosomáticos que pueden presentar los trabajadores mexicanos.

- **Objetivo**

-Encontrar si hay una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional y trastornos psicosomáticos.

-Dar validez a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe y col. (en proceso) en una primera fase de validez.

- **Variables**

Las variables que se emplearon en la presente investigación fueron de tipo clasificatorio: Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos Modelo de Leiter y Maslach (1988) (et, al. Buendía y Ramos, 2001) y variables sociodemográficas, edad, estado civil, si tienen hijos, numero de hijos.

- **Definición Conceptual de Variables**

Desgaste Ocupacional: fue definido en base a tres dimensiones: agotamiento despersonalización e insatisfacción. En el agotamiento los trabajadores presentan cansancio, dicho en otras palabras sienten que ya no pueden dar más de si mismos a nivel físico y afectivo; por otro lado en la despersonalización los trabajadores frecuentemente presentan irritabilidad, actitudes negativas y de cinismo en contra de las personas a las cuales les esta brinda un servicio, por ejemplo las culpa de sus problemas, La insatisfacción se ve reflejada cuando los trabajadores tienden a evaluarse negativamente, es decir presentan respuestas negativas hacia si mismo (Buendía y Ramos, 2001)

Trastornos psicosomáticos: todas aquellas enfermedades orgánicas que tienen lugar en distintos aparatos, (tejidos u órganos del cuerpo humano), originadas por

del Desgaste Ocupacional, estas enfermedades se presentan en distintas formas como es el caso de la gastritis, dolores de cabeza (jaquecas), trastornos del sueño, disfunciones sexuales, náuseas, dolores musculares, etc.(Gil-Monte 1997). Modelo de Leiter y Maslach (1988) (et al Buendía y Ramos, 2001) Este modelo explica que el Desgaste Ocupacional se desarrolla en cuatro fases iniciando con el cansancio emocional (agotamiento), seguido por la despersonalización y por ultimo la falta de realización personal (insatisfacción); en la fase tres las dimensiones que conforman el Desgaste Ocupacional son altas.

V.D. Trastornos psicosomáticos: Trastornos del sueño, trastornos dolor, trastornos pseudo neurologicos, trastornos gástricos, trastorno de depresión, trastorno de ansiedad, trastornos psicosexuales.

V.C. Demográficos: sexo, edad, edo. civil.

Hipótesis.

H1. Existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y los Trastornos Psicosomáticos.

Ho. No existe una relación significativa entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional y los trastornos psicosomáticos.

- **Muestra**

Participaron 510 sujetos mexicanos, obtenidos mediante un muestreo no probabilístico accidental. El 31% de sexo masculino y el 69% femenino, la edad de los sujetos se agrupo de la siguiente manera: el 37% de 17 a 20 años, 43% de 21 a 25, de 26 a 40 el 13%, finalmente el 7% de 41 a 60 años. El 43% de los participantes reportaron tener pareja, mientras que el restante 57% reportó lo contrario. El nivel escolar de los participantes fue, contando el 6% con estudios de

primaria o secundaria, 15% bachillerato, 75% licenciatura y 4% pogrado u otro tipo de estudios. El 82% indicó no tomar algún medicamento, asimismo el 16% en el momento de la aplicación del cuestionario consumía algún tipo de medicamento, en mayor proporción reportaron consumir aspirina para el dolor de cabeza (2%), el restante 2% omitió la respuesta a esta cuestión; por otro lado el 13% de los sujetos sufrió algún accidente, siendo la mayoría de tipo automovilístico (5%), el 87% reporto no haber sufrido un accidente hasta el momento de la aplicación; por último el 22% de la muestra tuvo una intervención quirúrgica, a su vez el 72% nunca fue intervenido quirúrgicamente.

El muestreo fue no probabilístico, por cuotas debido a que los sujetos que participaron en este estudio fueron representativos de la muestra, de acuerdo a las características requeridas en la presente investigación.

- **Tipo de Estudio**

Se trato de una investigación no experimental, ya que de acuerdo a Kerlinger (1991) es una búsqueda empírica y sistemática en la cual no se tiene un control directo sobre las variables independientes por que sus manifestaciones ya han ocurrido o por que son independiente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa, apartir de la variación concomitante las variables dependientes e independientes.

La principal característica de este diseño de investigación es que no permite que los participantes se han asignados al azar a diferentes tipos de condiciones - control y experimental- por tal razón no se encuentran controladas las variables de error, y solo existe la colección de registros de datos sistemáticos sobre la conducta de grupos.

Este estudio se definió como:

No experimental, de campo, exploratorio, correlacional, descriptivo de corte exploratorio.

- **Instrumento**

Se empleó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe Prado, et al (2006) [en proceso]) el cual fue elaborado mediante, lluvia de ideas, grupos focales, esta formados por reactivos de diferencial semántico en escala tipo likert, y reactivos situacionales con seis opciones de respuesta, se aplicó a 510 sujetos que habitaban en la Ciudad de México obtenidos en un muestreo no probabilístico accidental. Teniendo como resultado cinco factores, dando un total de 90 reactivos y un cuestionario de datos sociodemográficos. Cuatro de los cinco factores fueron sometidos a discriminación de reactivos (agotamiento, despersonalización, insatisfacción y apoyo social), por lo cual se eliminaron únicamente 2 reactivos de los 100 que fueron sometidos a la discriminación, posteriormente se analizaron los 98 reactivos obtenidos mediante un análisis factorial exploratorio, de los cuales 51 cumplieron con los criterios establecidos, finalmente estos 51 reactivos fueron sometidos a un análisis de consistencia interna, eliminándose sólo un reactivo; el instrumento obtuvo una confiabilidad de 91%. El factor 4 psicossomático y el factor 6 no fueron sometidos ya que se tratan de preguntas clasificatorias.

- **Procedimiento**

El estudio se realizó en la ciudad de México y área metropolitana, se les pidió a los participantes que respondieran el cuestionario siguiendo las instrucciones especificadas en éste, la aplicación se llevo a cabo en el lugar de trabajo seleccionado, se le solicito a cada uno de los sujetos presentes en los distintos lugares de la aplicación que si desean participar voluntariamente en una investigación sobre la relación entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional

(Burnout) y los trastornos psicosomáticos. A los que accedieron se les pidió que respondieran el cuestionario (EMEDO).

Una vez que las personas habían contestado el instrumento se procedió a capturar los datos obtenidos..

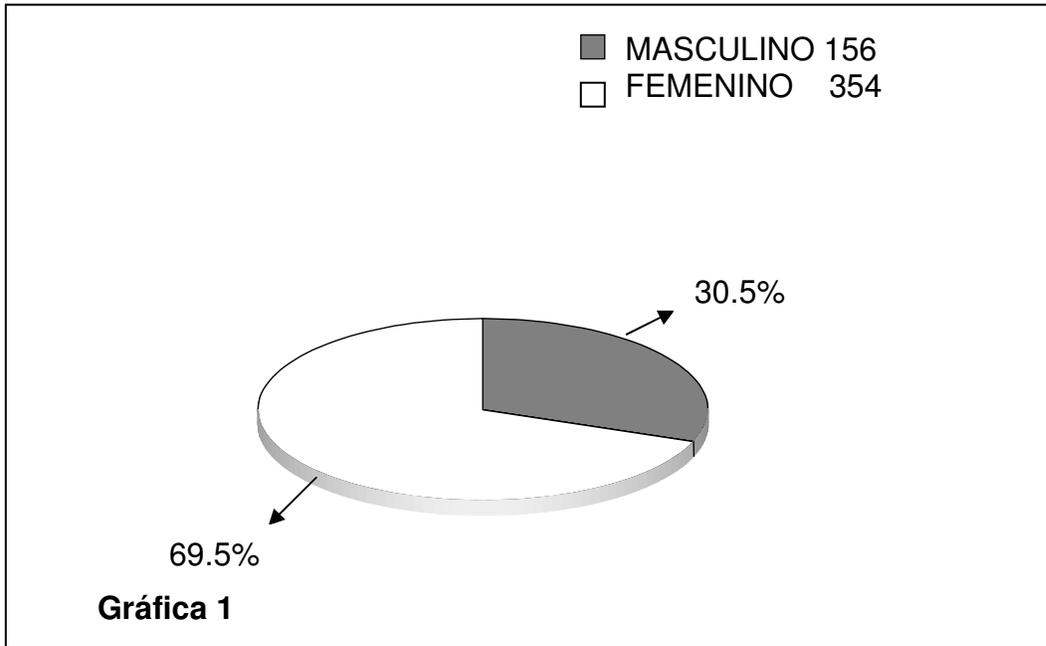
Para analizar la información recolectada se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, realizando Anovas y Correlaciones, con la finalidad de saber si existe una relación entre algunas variables y los aspectos psicosomáticos.

Este estudio sirvió para hacer posteriormente el análisis factorial confirmatorio

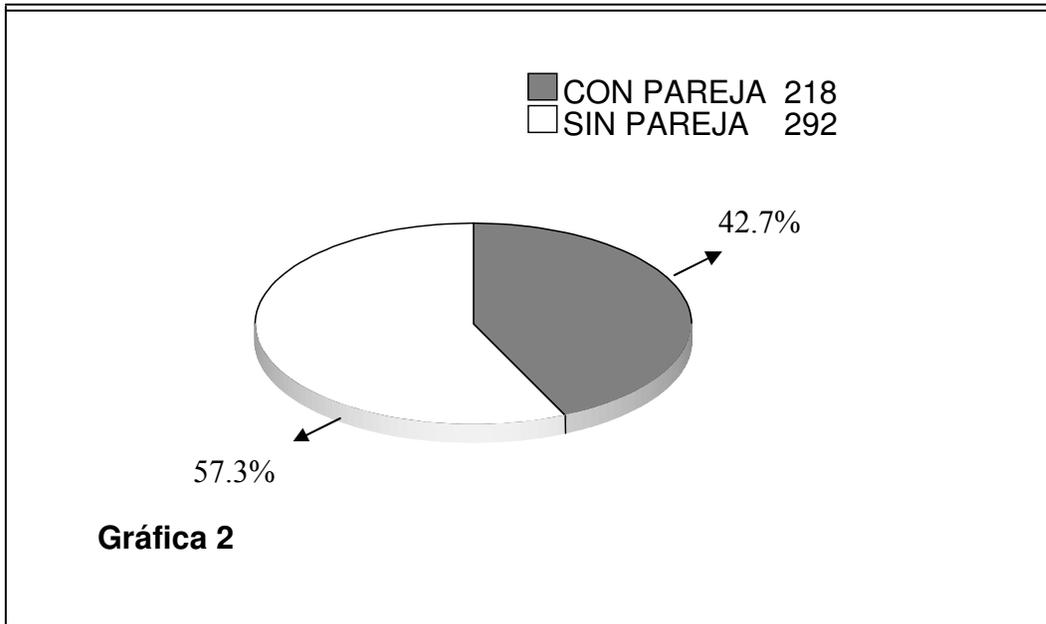
RESULTADOS

RESULTADOS

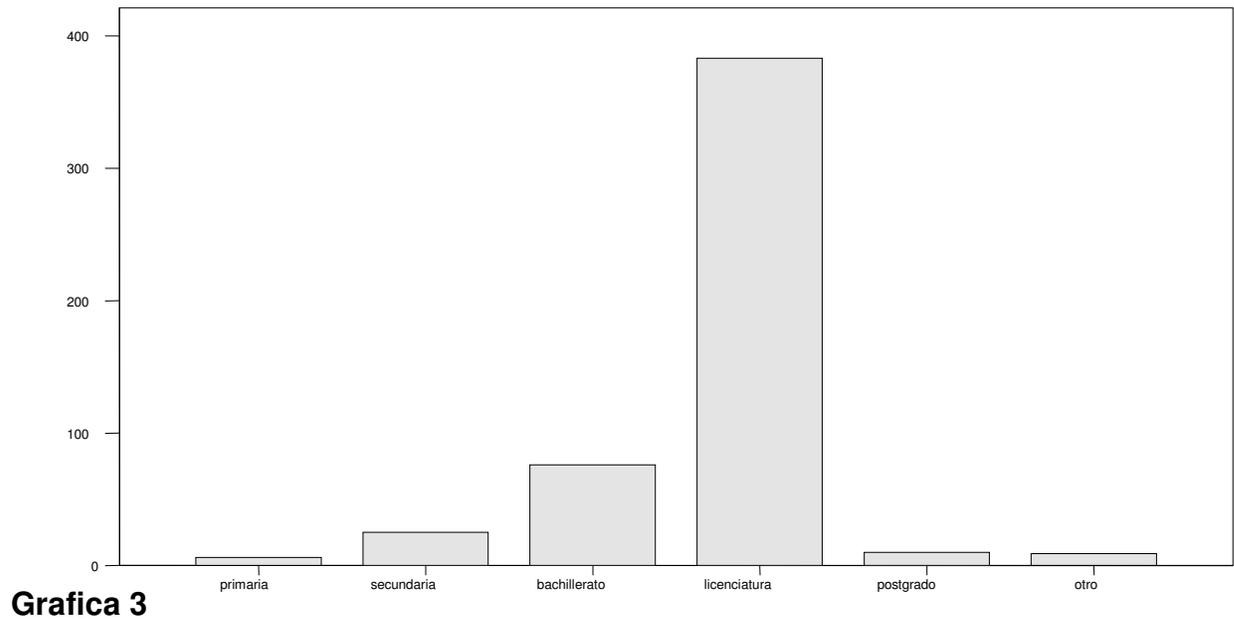
Con respecto al genero que presento la muestra el (31%) de los encuestados fueron del sexo masculino (n=156) sujetos. Por otro lado él (69%) fueron mujeres (n= 354). (Gráfica 1)



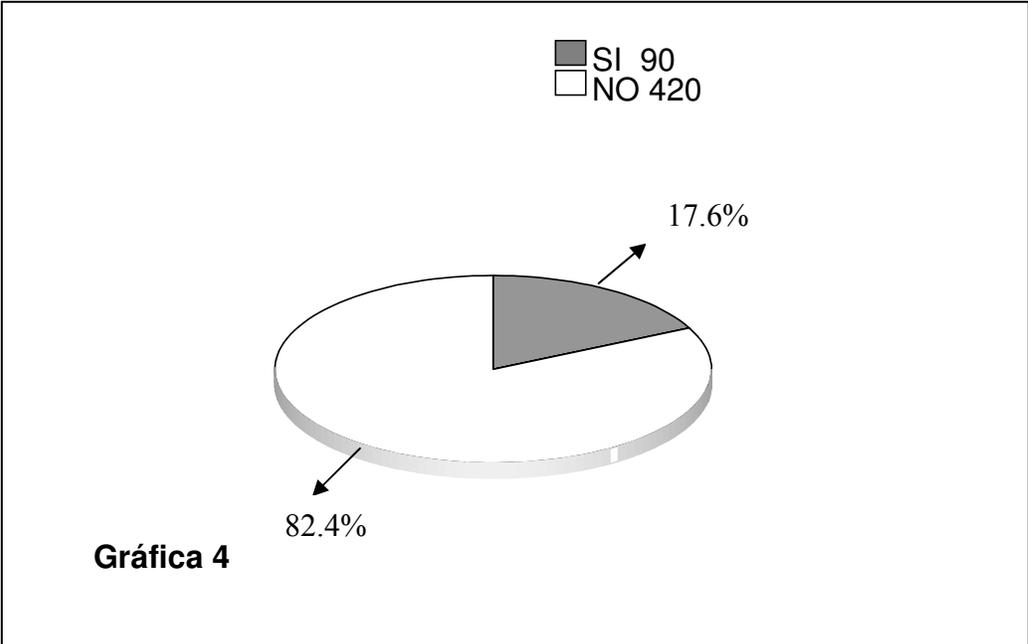
En cuanto al estado civil se encuentra que 292 (57%) no tienen pareja mientras que la proporción un poco menor corresponde a las que si tienen pareja 218 (43%) (Gráfica 2).



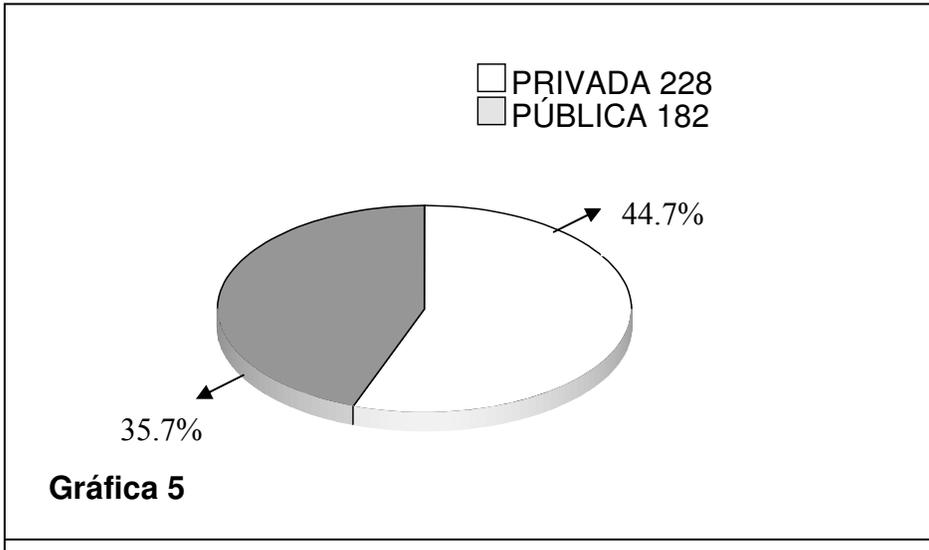
Las frecuencias de distribución por nivel escolar se comportaron de la siguiente manera: 6 (1%) estudiaron primaria, 25 (5%) secundaria, 76 (15%) bachillerato, 384 (75%) licenciatura, 10 (2%) postgrado y 9 (2%) reportaron otro tipo de estudios. (Gráfica 3).



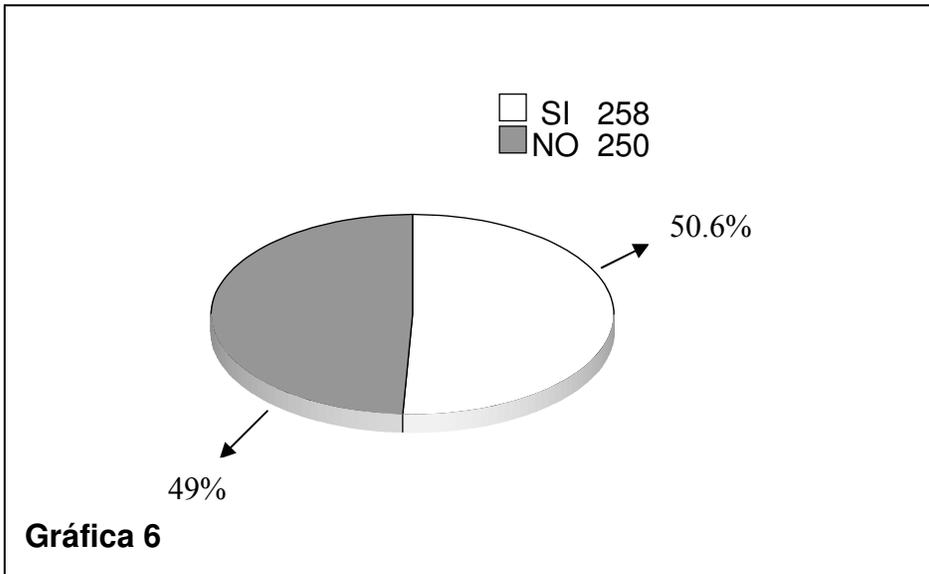
Con respecto a sí tenían hijos el 82% de los sujetos encuestados reportaron que no, mientras que el 18% respondieron que sí. (Gráfica 4).



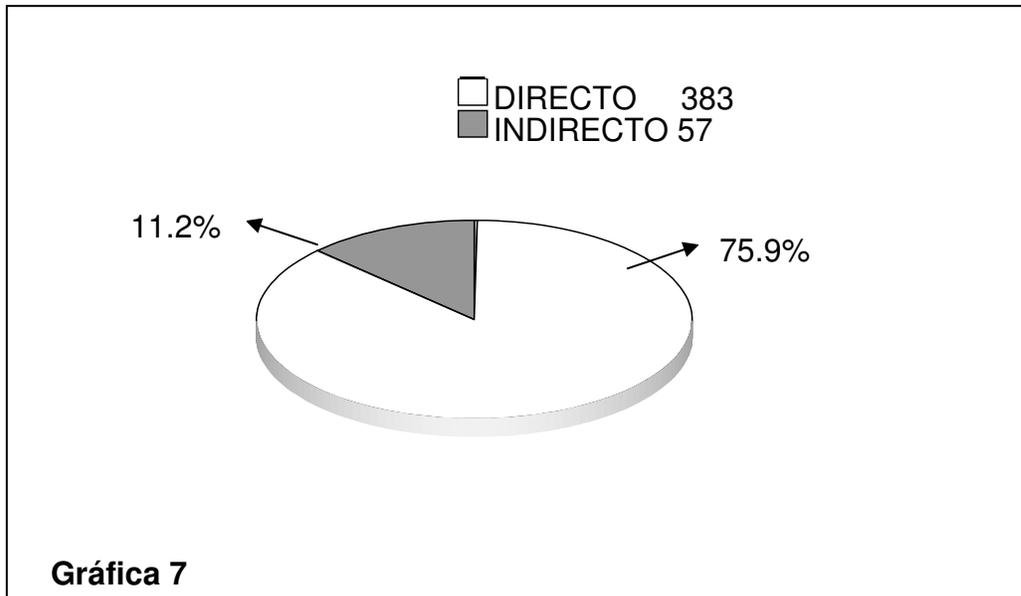
El 45% de los sujetos encuestados se encontraban trabajando en compañías privadas, por otro lado el 35% se encontraban trabajando en compañías públicas (Gráfica 5).



El 51% de los encuestados reportó hacer ejercicio. Por otro lado el 49% de los trabajadores reporto no hacer ejercicio. (Gráfica 6).



En cuanto al tipo de contacto que tenían con los usuarios, 383 (76%) reportaron tener un contacto directo mientras que 57 (11%) reportaron tener un contacto indirecto. (Gráfica 7).



En la tabla 1 se puede apreciar que el género masculino presenta un mayor trastorno por dolor ($F=48.84$, $p=.000$) y también presentan más depresión ($F=9.90$, $p=.002$) que el género femenino; en cuanto a si tienen hijos se puede observar que las personas que reportaron no tener hijos presentan un mayor trastorno de sueño ($F=7.77$, $p=.006$) de dolor ($F=4.75$, $p=.030$) y sexual ($F=6.81$, $p=.009$) que las que tienen hijos; Las personas que reportaron hacer ejercicio presentan un nivel mayor de trastornos por dolor ($F=8.39$, $p=.004$) depresión ($F=9.90$, $p=.002$) ansiedad ($F=4.53$, $p=.034$) y sexual ($F=4.77$, $p=.029$); con respecto al tipo de contrato las personas que reportaron dedicarse al comercio presentan un mayor trastorno de sueño ($F=5.37$, $p=.000$) y más trastornos gastrointestinales ($F=8.06$, $p=.000$); en cambio los profesionistas independientes presentan un mayor trastorno por dolor ($F=3.94$, $p=.004$) que los otros empleos.

Tabla 1
Análisis de Varianza entre Trastornos Psicósomáticos y Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	Sub. sueño	Sub. dolor	Sub.seneu.	Sub.gastr.	Sub.depre..	Sub.ansie.	Sub.sex
Genero	Masculino		2.17**			2.16***		
	Femenino		1.85			2.00		
Hijos	Si	1.84**	1.84*					1.81**
	No	1.96**	1.97*					1.95**
Ejercicio	Si		2.01**			2.12**	2.27*	1.97*
	No		1.88**			1.98**	2.15*	1.88*
Tipo de trabajo	Empleado	1.92***	1.98**		1.88***			
	Comerciante	2.02***	1.86**		1.91***			
	Empresario	1.00***	1.00**		1.00***			
	Profesionista/ind	1.96***	2.00**		1.75***			
	Otro	1.89***	1.94**		1.85***			

* p =.05
** p =.01
*** p =.001

En la tabla 2 se puede observar que el grupo de 41 a 60 años presenta más trastorno por ansiedad ($F=2.95$, $p=.032$) que los otros grupos de edad, con respecto a las horas de trabajo el grupo que trabaja de 1 hora a 5 presenta un mayor nivel de trastornos de tipo sexual ($F=2.87$, $p=.036$); con respecto a los años que han trabajado en la vida las personas que han trabajado 1 a 5 años presentan más trastornos sexuales ($F=3.08$, $p=.027$); según el ingreso percibido por los participantes los que ganan de \$3000 a \$4999 presentan un mayor trastorno por depresión ($F=2.75$, $p=.028$) que los que se encuentran en otros grupos, en lo que respecta a las horas que dedican al ejercicio las personas que se encuentran en el grupo de 10,5 a 36 hrs presentan un mayor nivel de trastorno de depresión ($F=3.15$, $p=.025$) que los que practican menos horas de ejercicio, por otro lado las personas que se encuentran trabajando en un puesto medio presentan más trastornos de sueño ($F=4.16$, $p=.016$); las personas que no tienen gente a cargo presentan un mayor nivel de trastornos gastrointestinales ($F=4.16$, $p=.016$).

Tabla 2
Análisis de Varianza entre Trastornos Psicósomáticos y Variables numéricas

Variables	Grupos	Sub. sueño	Sub. Dolor	Sub.seneu.	Sub.gastr.	Sub.depre.	Sub.ansie.	Sub.sex.
Edad	17 a 20 21 a 25 26 a 40 41 a 60						2.25* 2.21* 2.25* 2.40*	
Hrs. Trabajo	.1 a 5 5.1 a 7.9 8 8.1 a 18							2.03* 1.94* 1.90* 1.84*
Años Trabajar En la vida	.16 a .99 1 a 5 años 5.01 a 15 años 15.01 a 43años							1.84* 1.98* 1.89* 1.79*
Ingreso	- a \$1000 \$1000 \$2999 \$3000 a \$4999 \$5000 a \$9999 \$10000 a \$50000					1.89* 1.97* 2.15* 2.04* 2.10*		
Hrs. ejercicio	.50 a 3 Hrs. 3.5 a 5 Hrs. 5.5 a 10 Hrs. 10.5 a 36 Hrs.					2.03* 2.09* 2.20* 2.38*		
Tipo de puesto	Operativo Medio Ejecutivo	1.89 1.99* 1.79						
Personas a cargo	Si No				1.78* 1.88*			

* p =.05

** p =.01

*** p =.001

Por otro lado el comportamiento presentado por las medias de variables psicósomáticas se puede apreciar en la Tabla 3, donde el 80.78% de los sujetos presentan niveles medios de trastornos del sueño, el 73.52% de igual manera padece de un mediano trastorno por dolor, el trastorno pseudo-neurológico presentado por el 89.80% de los participantes es también medio, así como el 86.86% de los sujetos padecen trastornos gastrointestinales, 74.11% depresión, 57.05% ansiedad y 74.70% trastornos sexuales, todos ellos en un nivel medio.

Tabla 3
Comportamiento presentado por las medias de variables psicossomáticas

	Trast. Sueño	Trast. Dolor	Trast. Seudo neurológico	Trast. Gastrointestinal	Trast. Depresión	Trast. Ansiedad	Tras. Sexual
Alto	12.74%	15.68%	10.19%	13.13%	10.19%	10.78%	13.52%
Medio	80.78%	73.52%	89.80%	86.86%	74.11%	57.05%	74.70%
Bajo	6.47%	10.78%	0%	0%	15.68%	32.15%	7.05%

Para poder establecer las relaciones existentes entre las variables psicossomáticas (F4) y el Desgaste Ocupacional (agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3), se llevó a cabo una correlación Pearson, la cual se puede observar en la Tabla 4, así el agotamiento (F1) muestra una alta correlación positiva con trastornos del sueño $r = .42^{**}$; así como con el trastorno por dolor $r = .40^{**}$; pseudo-neurológicos $r = .39^{**}$; depresión; $r = .35^{**}$; ansiedad $r = .41^{**}$. Con respecto a la Despersonalización (F2) hubo una correlación con el trastorno del sueño $r = .30^{**}$. La insatisfacción al logro correlaciono también con el trastorno de sueño $r = .33^{**}$ así como con los trastornos Neuróticos (pseudo neurológicos) $r = .30^{**}$. También podemos resaltar, que los trastornos del sueño tuvieron una correlación positiva muy grande con los trastornos por dolor $r = .67^{**}$ así como con los trastornos Neuróticos $r = .77^{**}$; trastornos gástricos $r = .64^{**}$; trastornos Depresivos $r = .51^{**}$; trastornos de Ansiedad $r = .55^{**}$ y trastornos psicosexuales $r = .42^{**}$. A su vez los trastornos por dolor tienen una correlación positiva con los trastornos Neuróticos $r = .75^{**}$ gástricos $r = .70^{**}$ trastorno sexual $r = .52^{**}$; también los trastornos neuróticos correlacionaron con los siguientes trastornos gástricos $r = .72^{**}$; depresión $r = .43^{**}$; ansiedad $r = .51^{**}$ y psicosexuales $r = .48^{**}$; los gastrointestinales correlacionaron con Ansiedad $r = .43^{**}$ y psicosexuales $r = .44^{**}$; los trastornos depresión tuvieron una correlación con ansiedad $r = .48^{**}$ y psicosexuales $r = .31^{**}$; los trastornos de ansiedad con los psicosexuales $r = .32^{**}$

Tabla 4
Correlaciones entre Desgaste Ocupacional (EMEDO) y Variables Psicosomáticas

	F1	F2	F3	TS	TD	TN	TG	TDE	TA	TP
F1 Agotamiento	1									
F2 Despersonalización	.42**	1								
F3 Insatisfacción logro	.59**	.58**	1							
TS Trastornos del sueño	.43**	.30**	.33**	1						
TD Trastornos Dolor	.40**	.15**	.21**	.67**	1					
TN Trastornos Neuróticos	.39**	.27**	.30**	.77**	.75**	1				
TG Trastornos Gástricos	.27**	.20**	.20**	.64**	.70**	.72**	1			
TDE Trastornos Depresión	.35**	.10*	.21**	.51**	.47**	.43**	.37**	1		
TA Trastornos Ansiedad	.41**	.10**	.23**	.55**	.48**	.51**	.43**	.48**	1	
TP Trastornos Psicosexuales	.16**	.11**	.11**	.42**	.52**	.48**	.44**	.31**	.32**	1

*<=.05

**<=.01

Asimismo se realizó una correlación Pearson entre trastornos psicosomáticos y variables demográficas, como edad, tiempo con pareja, número de hijos, número de trabajos, número de actividades diarias, horas de trabajo al día, antigüedad en el empleo, años de trabajar en la vida, número de empleos, número de ascensos, ingresos, número de personas a cargo, tiempo de tomar medicamentos, número de cigarros que consume el sujeto, grado de devoción hacia su religión y que tanto esta el participante involucrado con el partido político de su preferencia, esto con la finalidad de saber la relación existente entre dichas variables, como se puede apreciar en la Tabla 5 únicamente hay fuerte correlación positiva con cinco de las variables sometidas al análisis.

Tabla 5
Correlaciones entre factor psicosomático y variables demográficas

Variable	Sueño	Dolor	SeudoNeuro	Gastro	Depre	Ansiedad	Sexual
Edad	.121**						
Hrs. Trab. Diario	.104*						
Años Trab. Vida	.127*						
Número de Empl.	.171**	.131**	.109*	.141**			.159**
Devoto de Relig.							.096*

** p <= 0.01

* p <= 0.05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y Conclusiones

En la época actual la salud es vista como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad tal como la reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se encamina a ver a la salud, como el resultado de un proceso de interacción continuo y permanente entre el ser humano y una serie de factores, algunos de los cuales provienen del propio individuo y otros del medio en que vive (et,al. Jiménez, 2005). Ahora podemos reflexionar más sobre el origen de las enfermedades ya no sólo podemos verlas como algo patógeno infeccioso si no que existen diversos factores que pueden contribuir para contraerlas. Algunas de ellas son originadas por los estilos de vida actuales como estar bajo situaciones estresantes continuas o el simple hecho de estar pensando en situaciones que nos generan algún tipo de estrés pueden llegar a ocasionar algún tipo de alteraciones físicas y emocionales. También podemos darnos cuenta de que un hecho tan simple como el no saber que hacer con el tiempo libre puede ocasionar algún tipo de trastorno. Por ello es necesario tener una correcta interacción con el medio que nos rodea así como con la familia, la escuela, el trabajo, etc. y si tomamos a la salud como la fuerza que capacita a los individuos para contra restar las adversidades de la vida, y el trabajo es un componente esencial de la vida, que así como nos puede brindar condiciones propicias de adaptabilidad y oportunidades para la realización del individuo. Sin dejar aún lado que puede ocasionar obstáculos para su adaptación y salud (Ruiz 1987) por ello es necesario conocer las necesidades de los trabajadores para optimizar sus condiciones de trabajo y un mejor desarrollo del mismo y con ello mejorando el ambiente laboral y la salud de los trabajadores y un mayor bienestar para los mismos. Algunos autores como Martines (2004), Hellriegel (1998) proponen al estrés laboral como uno de los factores determinantes que afectaban el desarrollo y la salud del trabajador. Y una de las principales consecuencias del estrés crónico es el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) el cual fue retomado por Maslach y Jackson (1981, 1986), dando pie para entenderlo como un constructo el cual es caracterizado por los siguientes síntomas: Despersonalización, cansancio emocional y la falta de realización personal,

coincidiendo con autores como Gil-Monte (2001), Buendía y Ramos entre otros (2001) que el síndrome de desgaste ocupacional surge como una respuesta al estrés crónico el cual afecta a los trabajadores y por ende a la productividad. Actualmente en México el instrumento más utilizado es el MBI (Maslach y Jackson, 1986) pero el principal inconveniente resulta ser, que no esta estandarizado por ello la presente investigación utilizo la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe y col. (2006). Con el fin de corroborar lo que diversos autores como Gil-Monte 1997, Buendía y Ramos, 2001; Burke, 1998; Golembiewki, 1982 etc. proponen sobre las consecuencias del síndrome de desgaste ocupacional, como son: jaquecas, gastritis insomnio, mareos ansiedad, depresión, entre otros.

En lo que respecta a los trastornos psicosomáticos y las variables socio demográficas que resultaron estadísticamente significativas son: genero, si tienen hijos, si hacen algún tipo de ejercicio, el tipo de trabajo, edad, años de trabajar en la vida, horas de trabajo, ingreso, horas de ejercicio (ver tabla 1), en donde se encontró que el sexo masculino presenta un mayor numero de trastornos psicosomáticos, por dolor y depresión, que las mujeres, en el caso de los trastornos por dolor se debe al tipo de trabajo que realizan los varones, que muchas veces es de cargar cosas pesadas o estar en bajo mucha presión y con respecto al trastorno por depresión resulta interesante observar los resultados arrojados por esta muestra y resulta que los varones presentan mayor depresión que las mujeres, las cuales se creía que eran más propensas a padecer la depresión, esto en función de los resultados obtenidos en múltiples estudios en los cuales los varones presentan diferencias significativas con las actitudes de despersonalización con ello quiero decir que puntúan más alto (García, 1991) y recordemos que una de las principales características de la despersonalización es el desarrollo de sentimientos negativos al igual que la depresión (Gil-Monte,1997). Por otro lado las personas que no tienen hijos se ven más afectadas por los trastornos de dolor, sueño y sexuales esto debido a que las personas que tienen hijos tienen más edad y por tanto son más duros psicológicamente, tienen un

estilo de vida más estable y una perspectiva diferente de la misma y con ello es muy raro que presenten el síndrome de desgaste ocupacional (Gil-Monte, 1997). Con respecto al tipo de trabajo los comerciantes presentan un grado mayor de trastornos de sueño y gastrointestinales esto por la incertidumbre de no saber si las ventas del día siguiente serán iguales de buenas que las de ese día, (ver tabla 1).

Las personas en edades de (41 a 60) presentan más trastorno por ansiedad, esto debido a que sienten ansiedad de perder su empleo ya que si se pierde el empleo a cierta edad le resulta más difícil encontrar otro empleo y esa situación puede generar mucha ansiedad (Salin, 2003). Las personas que trabajan de .1 a 5 hrs. Presentas más trastornos sexuales, igual que las personas que han trabajado de 1 a 5 años también presentan trastornos sexuales, esto se debe a que los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento por lo que el riesgo de presentar el Síndrome de Desgaste Ocupacional es mayor y por ende presentar algún tipo de trastorno psicossomático (Gil-Monte, 1997). Las personas que perciben un salario de entre \$3000 y \$4999 presentan mayor depresión que los otros rangos, esto debido a que las personas que tienen ese tipo de ingresos presenta un mayor agotamiento y por ello un mayor Síndrome de Desgaste Ocupacional, con ello un mayor trastorno psicossomático (Leos, 2006). En lo que respecta a las horas de ejercicio las personas que se ejercitan de 10.1 a 36 hrs. presentan un grado mayor de depresión que los otros grupos, es interesante mencionarlo ya que se esperaba que fuera a la inversa, pero es imposible decir con plena seguridad que el ejercicio de hecho puede cambiar la química del cerebro (Kate Lee, 2003). Por otra parte las personas que ocupan puestos medios padecen más trastornos de sueño, esto por que al igual que los que perciben un salario entre \$3000 y \$4999 son más propensos a presentar el síndrome de Desgaste Ocupacional. Las personas que no tienen personas a cargo presentan trastornos gastrointestinales (ver tabla 2). Todo esto de acuerdo con el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en

Buendía y Ramos, 2001) que nos dice que al estar en las fases mas altas del síndrome es más probable presentar más trastornos psicosomáticos, (ver tabla 2).

En la Tabla 3 se puede observar, la manera en que están ubicados los sujetos de acuerdo a la curva normal, la mayoría de los participantes presentan en un mediano grado trastornos psicosomáticos, aunque cabe resaltar que parte importante de la muestra empleada en esta investigación, padece un alto grado de trastorno del sueño, por dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal y sexual, mientras que para depresión y ansiedad son minoría quienes se encuentran con un alto grado de estos trastornos; este tema merece gran atención por parte de los profesionales de la salud, debido a que gran parte de la población trabajadora esta en peligro de presentar altos niveles de estos trastornos, el hecho de que los trabajadores presenten en mayor o menor medida alguno de los trastornos mencionados, interfiere de manera negativa en sus vidas (Buendía y Ramos, 2001; Fernández, 2003), se debe tratar el Desgaste Ocupacional y no el trastorno en sí mismo, lo que comúnmente y de manera equivocada se realiza (Aldrete, et al, 2003).

Al responder la pregunta de investigación, sobre si existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y los trastornos psicosomáticos, podemos concluir, afirmativamente; por que al momento de analizar todos los síntomas que se manejan en la literatura, relacionados con el síndrome de desgaste ocupacional permite afirmar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo. Tal y como lo maneja uno de los estudios correlacionales más explícitos sobre la relación de salud y el síndrome de desgaste ocupacional elaborado por Golembiewski y col. (1986). Estos autores encontraron que algunos de los padecimientos fueron agrupados en 4 factores definidos como: agitación y debilitamiento, problemas de tipo cardiovasculares y problemas de sueño. Retomando los resultados hallados en la literatura, prácticamente todos los trabajos revisados mencionan, la relación entre el síndrome de desgaste ocupacional y la falta de salud, independientemente del

instrumento utilizado para medirlas, del tipo de muestra ocupacional y de la nacionalidad, (ver tabla 4).

En los estudios realizados por Gil-Monte y col. (Gil-Monte, Peiró, Valcárcel y Grau, 1996), con personal de enfermería, se obtuvo una relación lineal y significativa entre las dimensiones del MBI y el conjunto de alteraciones psicosomáticas, donde la dimensión de agotamiento emocional era la escala del MBI que presentaba correlaciones más intensas. Datos muy similares fueron encontrados en esta investigación utilizando el EMEDO, ya que mientras más alto sea el agotamiento presentado por los sujetos, mayor será el trastorno psicosomático que le aqueje, como es el caso de lo el trastorno del sueño, por dolor, pseudo-neurológico, depresión y ansiedad (ver tabla 4). Dado que el constructo del síndrome de desgaste ocupacional maneja un componente emocional, integrado fundamentalmente por los sentimientos de agotamiento emocional, y un componente cognitivo-aptitudinal, integrado por la realización personal del trabajo, la realización del estrés laboral con la falta de salud, se da fundamentalmente a través de la repercusión de ese estrés sobre las emociones del sujeto más que a través de los sentimientos negativos del sujeto sobre su competencia o ineptitud, (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995). No obstante sucede algo similar con la insatisfacción, ya que correlacionaron fuertemente con los siete trastornos antes mencionados (ver tabla 4), y además la relación entre el síndrome de desgaste ocupacional y la satisfacción laboral es significativa de forma consistente en la literatura revisada, ya sean estimadas de una forma global o mediante sus diferentes dimensiones (Grigsby y McKnew, 1998). Con lo anterior se puede comprobar lo dicho por la literatura referente a este constructor, debido a que en efecto el desgaste ocupacional (Burnout) trae consigo trastornos en el ámbito fisiológico como son problemas cardiacos, disminución del rendimiento psíquico y físico, dolores inexplicables, náuseas, temblores, cefaleas, mareos, alteraciones menstruales, además problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, acidez estomacal (Moreno et al, 1990; Atance, 1997; Fernández, 2000; Aldrete et al, 2003; Gil-Monte, 2002).

También un dato importante es que la mayoría los trastornos psicosomáticos, están relacionados entre sí, como es el caso de los trastornos del sueño con dolor, pseudo neurológicos, gastrointestinales, depresión y ansiedad, Para comprender mejor esta relación Kaplan (1994), nos dice que las personas que sufren depresión va casi siempre asociada a algún trastorno de sueño. Algunos ejemplos mas específicos son, que la depresión mayor suele ir asociada al insomnio, sobre todo con dificultad para dormirse y despertar antes de la hora, se presenta principalmente en personas de edad madura o avanzada, la depresión es una causa frecuente de insomnio. Sin embargo algunos subgrupos de pacientes deprimidos muestran definitivamente hipersomnio, (sueño excesivo) durante sus depresiones. Además, un gran número de depresiones neuróticas y otras depresiones leves, e incluso casos de duelo simple, están relacionados a hipersomnio, sobretodo en personas jóvenes. Otro trastorno que esta relacionado también es la ansiedad, Kaplan (1994), menciona que la ansiedad puede producir insomnio en ocasiones. En una persona joven y médicamente sana, alguna forma de ansiedad es probablemente la causa principal de insomnio. Por otro lado la ansiedad simple o transitoria es un fenómeno que todas las personas experimentan antes de un examen, una reunión difícil o una entrevista. Puede producir frecuentemente una o varias noches de insomnio, principalmente en la dificultad para dormir. También el trastornos por dolor se relacionan con el insomnio por que cualquier dolor o estado que produce malestar puede producir insomnio, habitualmente dificultad en dormirse antes mencionados, (Kaplan 1994). También podemos ver claramente la fuerte correlación que hay entre la depresión y el trastorno por dolor seto se debe a que los pacientes deprimidos son especialmente propensos a desarrollar un dolor crónico y si la depresión es grave, delirios de cáncer, podredumbre u otras metáforas de decadencia y muerte para explicarse de alguna manera el dolor crónico (CIE-10). El dolor crónico se esta relacionado también con la ansiedad, fatiga, insomnio, problemas laborales y

familiares (Salin, 2003). Con ello podemos observar el por que de ciertas relaciones existentes entre algunos trastornos psicosomáticos. Lo interesante de esta relación es que las personas afectadas por el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) muy probablemente presentaran más de un trastorno psicosomático, con esto se puede comprobar la relación existente entre los trastornos. Esto resulta de gran importancia para los profesionales de la salud, debido a que gran parte de los trabajadores presentan estos trastornos y traen consecuencias negativas a varios aspectos de su vida (Buendía y Ramos, 2001; Fernández, 2000), (ver tabla 4).

Por otro lado, además de la fuerte relación existente entre trastornos psicosomáticos y los tres factores que integran el desgaste ocupacional (Burnout), también se relaciona con algunas variables demográficas, como son edad, horas de trabajo diario, años de trabajo en la vida, número de empleos y que tan devoto se es de la religión, de esta manera, fueron las únicas variables donde se encontraron fuertes correlaciones, ya que, a mayor edad, más número de horas trabajadas al día, más años trabajados en la vida y mayor número de empleos, será superior el trastorno del sueño presentado por el individuo, esto debido a la dificultad que tiene para mantenerse dormido, es mucho más frecuente en personas de edad avanzada (Kaplan 1994). Por otro lado el trastorno por dolor tiene una correlación positiva con el número de empleos, así, mientras más empleos tenga el sujeto, mayor será el trastorno por dolor que presente. De igual modo se presentará en mayor medida el trastorno pseudo-neurológico y el gastrointestinal siempre que el número de empleos sea alto, en la depresión y ansiedad no se encontró correlación con alguna de las variables demográficas, finalmente el trastorno sexual correlacionó positivamente con el número de empleos y con el grado de devoción hacia su religión, esto quiere decir, que mientras más empleos tengan el sujeto y más devoto sea de la religión, mayor será el trastorno sexual que presente, esto se debe a que muchos de los trastornos sexuales se deben a la ideología de cada individuo así como la educación un ejemplo claro de ello es que las personas que tienen mas estudios

sobretudo personas jóvenes presentan eyaculación precoz, esto se cree que es por la preocupación que tienen por satisfacer a la mujer (Kaplan 1999). (ver tabla 5).

Como se puede notar, las variables demográficas que presentan correlación positiva, representan grandes demandas que el sujeto debe cumplir, por lo que, sus recursos de afrontamiento, deben ser los suficientes para que logre cumplir con ellas, así, si los recursos no son los suficientes y no se pueden cumplir adecuadamente las actividades requeridas, es entonces cuando surge el desgaste ocupacional (burnout), que es la consecuencia de las demandas originadas principalmente del ambiente laboral y la falta de afrontamiento por parte del individuo (Shirom en Buendía y Ramos, 2001; Ganster y Schanbroeck, 1991; Kushnir y Melamed, 1992), (Ver tabla 5).

La presente investigación aportó datos valiosos, en cuanto a las consecuencias del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout), así como la relación existente entre el síndrome de desgaste ocupacional y los trastornos psicosomáticos, también la relación existente, que hay entre algunos trastornos psicosomáticos. Todos estos datos obtenidos servirán para que se han tomadas en cuenta en futuras investigaciones y así poder mejorar la calidad de vida de los trabajadores, ya que muchas veces, no son tomados en cuenta y principalmente cuando presentan trastornos psicosomáticos, por que muchas veces no tienen idea de que los originan.

ANEXOS

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN/V1

1. Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia: (F1T, fatiga, + -)

- a) No lo necesito (1)
- b) Una vez al año (2)
- c) Cada seis meses (3)
- d) Cada cuatro meses (4)
- e) Cada dos meses (5)
- f) Cada mes (6)

2. Si un usuario de mi trabajo llega enojado, yo respondo: (F2T, cinismo, + -)

- a) Lo trato de la misma forma (6)
- b) No me involucro en su problema (4)
- c) Le pregunto la razón (2)
- d) Trato de calmarlo (1)
- e) Me angustia (3)
- f) Lo trato superficialmente (5)

3. Después de tratar a las personas a las que les doy servicio me siento: (F2T, estresado, + -)

- a) Cansado (4)
- b) Motivado (2)
- c) Fastidiado (5)
- d) Satisfecho (3)
- e) Muy bien (1)
- f) Estresado (6)

4. Mi trabajo me hace sentir físicamente: (F1T, cansancio físico,+ -)

- a) Fuerte (1)
- b) Mal (6)
- c) Agotado (5)
- d) Con energía (2)
- e) Cansado (4)
- f) Bien (3)

5. Mi trabajo demanda que me relacione con gente que requiere mis servicios, lo que me hace sentir: (F2T, enojo, + -)

- a) Útil (3)
- b) Utilizado (4)
- c) Explotado (5)
- d) Satisfecho (2)
- e) Feliz (1)
- f) Enojado (6)

6. Si me ascendieran de puesto yo: (F3T, negativismo, + -)

- a) No lo acepto porque me siento sin deseos de tener mayores problemas (6)
- b) Lo aceptaría sin dudar (1)
- c) Propondría a otra persona (4)
- d) Consideraría aceptarlo (3)
- e) Me daría miedo tener más responsabilidades (5)
- f) Lo acepto si me conviene (2)

-
7. Los problemas personales de los usuarios de mi trabajo deben ser: (F2T, insensible, + -)
- a) Apartados de mi trabajo (5)
 - b) Entendidos objetivamente (2)
 - c) Sólo escuchados (4)
 - d) Muy importantes para mi trabajo (1)
 - e) Considerados (3)
 - f) Omitidos (6)
8. Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo: (F1T, fatiga, + -)
- a) No logro reponerla para empezar una nueva jornada laboral. (6)
 - b) La repongo fácilmente (1)
 - c) Es la necesaria como para realizar otras actividades después de mi trabajo (2)
 - d) La repongo pero me siento cansado al iniciar mi trabajo (3)
 - e) La repongo hasta el fin de semana (4)
 - f) Me cuesta trabajo reponerla (5)
9. Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento: (F1T, cansancio, +-)
- a) Con sobrante de energía para seguir trabajando (1)
 - b) Con un excesivo cansancio (6)
 - c) Fatigado (5)
 - d) Con energía suficiente para continuar otras actividades (2)
 - e) Lo suficientemente cansado pero con energía (4)
 - f) Normal, ya que no me falta ni me sobra energía (3)
10. Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría: (F3T, desmotivado, + -)
- a) Continuar haciéndolo (2)
 - b) Que alguien más los atienda por mí (4)
 - c) Tomar un descanso (3)
 - d) Regresar a mi casa a descansar el resto del día (5)
 - e) Realizar otro tipo de trabajo (6)
 - f) Cubrir al máximo sus necesidades (1)
11. Siento que mi capacidad de resistencia a los problemas de mi trabajo: (F1T, fatiga, + -)
- a) Ha disminuido (5)
 - b) Es excelente (1)
 - c) Es vulnerable (4)
 - d) Es buena (2)
 - e) Es mala (6)
 - f) Es la adecuada (3)
12. Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo: (F2T, cinismo, + -)
- a) Le grito (6)
 - b) Le explico de nuevo (2)
 - c) Lo ignoro (4)
 - d) Le hablo fuerte (5)
 - e) Le pierdo interés (3)
 - f) Busco otra forma de explicarle (1)
13. Cuando estoy realizando mi trabajo siento que: (F2T, estancamiento, + -)
- a) No puedo continuar con el (6)
 - b) Lo realizo de manera eficiente (2)
 - c) No lo realizo satisfactoriamente, por pensar en otras cosas (4)
 - d) Puedo continuar sin problemas (1)
 - e) Todo marcha bien (3)
 - f) No cuento con los recursos necesarios para hacerlo (5)
-

14. Lo que me disgusta del trato directo con la gente en mi trabajo es que: (F2Tpreocupación por la gente, + -)

- a) La gente me sea indiferente (3)
- b) La gente no entiende (5)
- c) Sea maltratada por quien brinda un servicio (2)
- d) La gente sea necia (6)
- e) La gente se sienta única (4)
- f) No tenga tiempo para atender con mayor cuidado a las personas. (1)

15. El trabajo me causa dolor en: (F1T, cansancio físico, + -)

- a) Cabeza (3)
- b) Cuerpo (4)
- c) Cabeza y Cuerpo (5)
- d) Estómago (2)
- e) Estómago, Cabeza y Cuerpo (6)
- f) Ninguna parte (1)

16. Lo que más me cuesta en mi trabajo es: (F2T, Falta de empatía, + -)

- a) Ser grosero con el usuario (2)
- b) Involucrarme con el usuario (5)
- c) Ser eficiente al atender al usuario (3)
- d) Atenderlo fríamente (1)
- e) Ser amable con el usuario (4)
- f) Ser amigo del usuario (6)

17. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta. (F3T, Desmotivación laboral, +)

18. Los usuarios de mis servicios de trabajo han llegado a desesperarme. (F2T, insensible,+)

19. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.

(F1T, cansancio físico, +)

20. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien. (F2T, cinismo, -)

21. Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo. (F1T, fatiga,+)

22. Me siento muy contento con mi actual puesto de trabajo. (F3T, descontento, -)

23. Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él. (F1T, fatiga, +)

24. Lo que más me estimula de mi trabajo es la sensación de ser útil en lo que hago. (F1T,sentimiento de debilidad,-)

25. Sé que cualquier otra persona desempeñaría con mayor eficacia mi actual puesto de trabajo. (F3T, negativismo, +)

26. Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos. (F5T, comunidad, -)

27. Se me dificulta entender los problemas de los usuarios de mi trabajo. (F2T, falta de empatía, +)

-
-
28. Siento que me falta más capacitación de la que tengo para realizar bien mi trabajo. (F3T, negativismo, +)
29. Considero que atiendo bien a los usuarios de mi trabajo. (F3T, insatisfacción, -)
30. Considero que los usuarios de mi trabajo son culpables de sus problemas. (F2T, insensible, +)
31. Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo. (F1T, fatiga, -)
32. Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mis amigos, cuando tengo problemas que resolver. (F5T, amigos, -)
33. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo. (F1T, cansancio físico, -)
34. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo. (F1T, cansancio mental, +)
35. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo. (F1T, cansancio mental, +)
36. El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria. (F5T, religión, -)
37. Mi jefe inmediato me brinda su apoyo cuando lo requiero. (F5T, jefe, -)
38. Me preocupan demasiado los problemas de los usuarios de mi trabajo. (F2T, apatía, -)
39. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo. (F2T, insensible, +)
40. Me siento tan fatigado que no me considero capaz de realizar mi trabajo. (F1T, fatiga, +)
41. Siento que soy incapaz de ayudar a resolver los problemas de los usuarios de mi servicio. (F3T, negativismo, +)
42. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo. (F3T, insatisfacción, +)
43. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme novedosas. (F3T, insatisfacción, +)
44. Considero que las condiciones de trabajo que brinda la organización donde laboro, son útiles para apoyar a los trabajadores. (F5T, empresa, -)
45. Siento que ya no rindo como antes en mi trabajo. (F3T, Descontento consigo mismo, +)
46. En mi comunidad las autoridades brindan apoyo a la población. (F5T, autoridades, -)
47. Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo. (F1T, cansancio físico, +)
48. Me siento incapaz de realizar adecuadamente mi trabajo. (F3T, negativismo, +)
49. Cuando llego a dar un mal trato a los usuarios de mi trabajo, es porque ellos lo buscaron. (F2T, insensible, +)
50. En la relación que tengo con mi pareja practico el apoyo mutuo. (F5T, pareja, -)
51. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo. (F2T, comunicación, -)
-
-

-
-
52. Cuando en mi trabajo atiendo a una persona, me cuesta trabajo ponerle atención. (F1T, concentración,+)
53. Considero que nadie está mejor preparado que yo para desempeñar las actividades que requiere mi puesto de trabajo. (F3T, negativismo, -)
54. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión. (F3T, desmotivado, +)
55. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente. (F3T, descontento, +)
56. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso. (F3T, sin compromiso, +)
57. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual. (F3T, desmotivación,+)
58. Me resulta sencillo poner atención al atender personas en mi trabajo. (F1T, concentración,-)
59. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna. (F1T, agotamiento,-)
60. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo. (F3T, negativismo, +)
61. A pesar de los esfuerzos que hago tengo la sensación de que mi trabajo es deficiente. (F1T, sentimiento de debilidad,+)
62. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos. (F2T, extrañeza, +)
63. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello. (F3T, insatisfacción, +)
64. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal. (F2T, cinismo, +)
65. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado. (F1T, cansancio físico,+)
66. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar. (F1T, cansancio físico, +)
67. Creo que mi mayor motivación en el trabajo, es saber que soy bueno en lo que hago. (F3T, negativismo, -)
68. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo. (F2T, disgusto, -)
69. Me siento decepcionado de mi desempeño laboral. (F3T,desmotivado, +)
70. Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar. (F3T, Descontento consigo mismo, +)
71. Lo que más me pesa en la vida es ir a trabajar. (F1T, fastidio,+)
72. Siento que mi desempeño laboral es el adecuado para atender a los usuarios de mi trabajo. (F3T, Insatisfacción, -)
-
-

-
-
73. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo. (F2T, falta de empatía, -)
74. Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio. (F3T, descontento, +)
75. El escuchar sobre problemas de mi trabajo me hace sentir asfixiado. (F1T, cansancio emocional, +)
76. Siento apatía por los usuarios de mi trabajo. (F2T, apatía, +)
77. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien. (F2T, cinismo, -)
78. En mi trabajo he tenido que volverme insensible para ser eficaz. (F2T, insensible,+)
79. Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar. (F1T, cansancio emocional,+)
80. No acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo. (F2T, insensible, +)
81. Considero que pertenecer a un club o grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas. (F5T, club o grupo, -)
82. Mi trabajo es tan rutinario que al atender a los usuarios siempre sigo los mismos pasos. (F2T,robotización, +)
83. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien. (F3T, Desmotivación laboral, +)
84. Cuando tengo una tarea difícil que resolver en mi trabajo recibo el apoyo de mis compañeros. (F5T, compañeros, -)
85. Mientras más descanso más cansado me siento para trabajar. (F1T, cansancio físico, +)
86. Por más que me esfuerzo en mi trabajo, siento que debería ser más eficiente. (F3T, insatisfacción, +)
87. Mi trabajo me gusta tanto que gozo quedándome más tiempo de mi jornada normal. (F1T, cansancio emocional, -)
88. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes. (F3T, Insatisfacción, +)
89. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer. (F1T,energía, +)
90. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo. (F1T, energía, -)
91. El fastidio que me genera el trabajo me hace sentir enfermo. (F1T, fastidio emocional, +)
92. Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo. (F2T, disgusto, +)
93. Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar. (F3T, descontento, +)
94. Cuando me enfrento a una situación difícil mi familia me apoya. (F5T, familia, -)
95. Acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo. (F2T, insensible, -)
-
-

96. En mi trabajo el que se familiariza con el usuario de los servicios termina siendo perjudicado. (F2T, perjudicado, +)

97. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros. (F3T, negativismo, +)

98. Cuando a un usuario de mis servicios de trabajo lo trato mal es porque me provocó. (F2T, cinismo, +)

99. Trato de dar lo mejor de mí en el trabajo y creo que lo logro. (F3T, Insatisfecho, -)

100. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí. (F2T, insensible,-)

101. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan. (F3T, sin compromiso, +)

¿Con qué frecuencia...?

102. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas). (F4psi, Somnolencia, +-)

103. Te sientes deprimido (muy triste). (F4psi, Depresión, +-)

104. Sientes que la calidad de tu sueño es mala. (F4psi, Calidad del sueño, +-)

105. Tienes dolores de cabeza. (F4, Dolor,+-)

106. Sientes dificultad para deglutir. (F4, Seudo-neurológico, +-)

107. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo. (F4psi, Terror nocturno, +-)

108. Te has desmayado. (F4, Seudo-neurológico, +-)

109. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales. (F4, Dolor , +-)

110. Sientes indiferencia sexual. (F4, Sexual, +-)

111. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir. (F4psi, Parasomnia, +-)

112. Te sientes desesperado (ansioso). (F4psi, Ansiedad, + -)

113. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar. (F4psi, Narcolepsia, +-)

114. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas. (F4, Dolor ,+-)

115. Sufres intolerancia a diferentes alimentos. (F4, Gastro, +-)

116. Sufres vómitos. (F4T, gastro, + -)

117. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc). (F4, Seudo-neurológico, +-)

118. Tienes dolores en el abdomen. (F4, Dolor,+-)

119. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo. (F4, Seudo-neurológico, +-)

-
-
120. Te duele la espalda y el cuello. (F4, Dolor , +-)
121. Tienes molestias al orinar. (F4, Dolor, +-)
122. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar). (F4psi, Hipersomnia, + -)
123. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar. (F4psi, Sonambulismo, +-)
124. Sientes un nudo en la garganta. (F4, Seudo-neurológico, +-)
125. Llegas a perder la voz. (F4, Seudo-neurológico, +-)
126. Dejas de dormir por varios días. (F4psi, Deprivación del sueño, +-)
127. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche. (F4psi, Insomnio,+)
128. Sufres náuseas. (F4, Gastro, +-)
129. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando). (F4psi, Narcolepsia, +-)
130. Te duele el pecho. (F4, Dolor ,+-)
131. Tienes molestias al defecar. (F4, Dolor ,+-)
132. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja. (F4, Sexual, +-)
133. Sufres diarrea. (F4, Gastro, +-)
134. Tienes la sensación de perder el equilibrio. (F4, Seudo-neurológico, +-)
135. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión. (F4psi, Terror nocturno, +-)
- Las preguntas **136, 137 y 138** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **139, 140 y 141** sólo para **MUJERES**.
136. Tienes problemas de eyaculación precoz. (F4, Sexual, +-)
137. Tienes problemas de erección. (F4, Sexual, +-)
138. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación. (F4, Sexual, +-)
139. Tu menstruación es irregular. (F4, Sexual, +-)
140. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado). (F4, Sexual. +-)
141. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades. (F4, Dolor, +-)
142. ¿Qué edad tienes?
-
-

-
-
143. Sexo
144. Estado civil
145. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
146. ¿Qué escolaridad tienes?
147. ¿Tienes hijos?
148. ¿Cuántos?
149. En tu trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
150. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
151. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
152. ¿Cuántos trabajos tienes?
153. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
154. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
155. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
156. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
157. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
158. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
159. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
160. ¿En qué tipo de organización laboras?
161. ¿Qué tipo de contrato tienes?
162. ¿Tienes personas a tu cargo?
163. ¿Cuántas?
164. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
165. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
166. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
167. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
168. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
169. ¿Fumas?
-
-

-
-
170. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
171. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
172. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
173. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
174. ¿Haces ejercicio físico?
175. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
176. ¿Practicas alguna religión?
177. ¿Cuál?
178. ¿Tienes alguna preferencia política?
179. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
180. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
181. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN/V1

1. Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia:

- a) No lo necesito
- b) Una vez al año
- c) Cada seis meses
- d) Cada cuatro meses
- e) Cada dos meses
- f) Cada mes

2. Si un usuario de mi trabajo llega enojado, yo respondo:

- g) Lo trato de la misma forma
- h) No me involucro en su problema
- i) Le pregunto la razón
- j) Trato de calmarlo
- k) Me angustia
- l) Lo trato superficialmente

3. Después de tratar a las personas a las que les doy servicio me siento:

- g) Cansado
- h) Motivado
- i) Fastidiado
- j) Satisfecho
- k) Muy bien
- l) Estresado

4. Mi trabajo me hace sentir físicamente:

- a) Fuerte
- b) Mal
- g) Agotado
- h) Con energía
- i) Cansado
- j) Bien

5. Mi trabajo demanda que me relacione con gente que requiere mis servicios, lo que me hace sentir:

- g) Útil
- h) Utilizado
- i) Explotado
- j) Satisfecho
- k) Feliz
- l) Enojado

6. Si me ascendieran de puesto yo:

- g) No lo acepto porque me siento sin deseos de tener mayores problemas
- h) Lo aceptaría sin dudarlo
- i) Propondría a otra persona
- j) Consideraría aceptarlo
- k) Me daría miedo tener más responsabilidades
- l) Lo acepto si me conviene

-
-
7. Los problemas personales de los usuarios de mi trabajo deben ser:
- a) Apartados de mi trabajo
 - b) Entendidos objetivamente
 - c) Sólo escuchados
 - d) Muy importantes para mi trabajo
 - e) Considerados
 - f) Omitidos
8. Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo:
- a) No logro reponerla para empezar una nueva jornada laboral
 - b) La repongo fácilmente
 - c) Es la necesaria como para realizar otras actividades después de mi trabajo
 - f) La repongo pero me siento cansado al iniciar mi trabajo
 - g) La repongo hasta el fin de semana
 - f) Me cuesta trabajo reponerla
9. Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento:
- a) Con sobrante de energía para seguir trabajando
 - b) Con un excesivo cansancio
 - c) Fatigado
 - d) Con energía suficiente para continuar otras actividades
 - e) Lo suficientemente cansado pero con energía
 - f) Normal, ya que no me falta ni me sobra energía
10. Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría:
- g) Continuar haciéndolo
 - h) Que alguien más los atienda por mí
 - i) Tomar un descanso
 - j) Regresar a mi casa a descansar el resto del día
 - k) Realizar otro tipo de trabajo
 - l) Cubrir al máximo sus necesidades
11. Siento que mi capacidad de resistencia a los problemas de mi trabajo:
- g) Ha disminuido
 - h) Es excelente
 - i) Es vulnerable
 - j) Es buena
 - k) Es mala
 - l) Es la adecuada
12. Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo:
- g) Le grito
 - h) Le explico de nuevo
 - i) Lo ignoro
 - j) Le hablo fuerte
 - k) Le pierdo interés
 - l) Busco otra forma de explicarle
13. Cuando estoy realizando mi trabajo siento que:
- g) No puedo continuar con el
 - h) Lo realizo de manera eficiente
 - i) No lo realizo satisfactoriamente, por pensar en otras cosas
 - j) Puedo continuar sin problemas
 - k) Todo marcha bien
 - l) No cuento con los recursos necesarios para hacerlo

-
-
14. Lo que me disgusta del trato directo con la gente en mi trabajo es que:
- g) La gente me sea indiferente
 - h) La gente no entiende
 - i) Sea maltratada por quien brinda un servicio
 - j) La gente sea necia
 - k) La gente se sienta única
 - l) No tenga tiempo para atender con mayor cuidado a las personas
15. El trabajo me causa dolor en:
- g) Cabeza y Cuello
 - h) Cuerpo
 - i) Cabeza y Cuerpo
 - j) Estómago
 - k) Estómago, Cabeza y Cuerpo
 - l) Ninguna parte
16. Lo que más me cuesta en mi trabajo es:
- g) Ser grosero con el usuario
 - h) Involucrarme con el usuario
 - i) Ser eficiente al atender al usuario
 - j) Atenderlo fríamente
 - k) Ser amable con el usuario
 - l) Ser amigo del usuario
17. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
18. Los usuarios de mis servicios de trabajo han llegado a desesperarme.
19. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
20. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
21. Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo.
22. Me siento muy contento con mi actual puesto de trabajo.
23. Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él.
24. Lo que más me estimula de mi trabajo es la sensación de ser útil en lo que hago.
25. Sé que cualquier otra persona desempeñaría con mayor eficacia mi actual puesto de trabajo.
26. Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos.
27. Se me dificulta entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
28. Siento que me falta más capacitación de la que tengo para realizar bien mi trabajo.
29. Considero que atiende bien a los usuarios de mi trabajo.
30. Considero que los usuarios de mi trabajo son culpables de sus problemas.
31. Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo.
32. Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mis amigos, cuando tengo problemas que resolver.
-
-

-
-
33. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
 34. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
 35. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
 36. El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria.
 37. Mi jefe inmediato me brinda su apoyo cuando lo requiero.
 38. Me preocupan demasiado los problemas de los usuarios de mi trabajo.
 39. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
 40. Me siento tan fatigado que no me considero capaz de realizar mi trabajo.
 41. Siento que soy incapaz de ayudar a resolver los problemas de los usuarios de mi servicio.
 42. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
 43. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme novedosas.
 44. Considero que las condiciones de trabajo que brinda la organización donde laboro, son útiles para apoyar a los trabajadores.
 45. Siento que ya no rindo como antes en mi trabajo.
 46. En mi comunidad las autoridades brindan apoyo a la población.
 47. Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo.
 48. Me siento incapaz de realizar adecuadamente mi trabajo.
 49. Cuando llego a dar un mal trato a los usuarios de mi trabajo, es porque ellos lo buscaron.
 50. En la relación que tengo con mi pareja practico el apoyo mutuo.
 51. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
 52. Cuando en mi trabajo atiendo a una persona, me cuesta trabajo ponerle atención.
 53. Considero que nadie está mejor preparado que yo para desempeñar las actividades que requiere mi puesto de trabajo.
 54. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
 55. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
 56. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
 57. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
 58. Me resulta sencillo poner atención al atender personas en mi trabajo.
 59. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
 60. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
-
-

-
-
61. A pesar de los esfuerzos que hago tengo la sensación de que mi trabajo es deficiente.
 62. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
 63. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
 64. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
 65. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
 66. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
 67. Creo que mi mayor motivación en el trabajo, es saber que soy bueno en lo que hago.
 68. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
 69. Me siento decepcionado de mi desempeño laboral.
 70. Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar.
 71. Lo que más me pesa en la vida es ir a trabajar.
 72. Siento que mi desempeño laboral es el adecuado para atender a los usuarios de mi trabajo.
 73. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
 74. Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio.
 75. El escuchar sobre problemas de mi trabajo me hace sentir asfixiado.
 76. Siento apatía por los usuarios de mi trabajo.
 77. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
 78. En mi trabajo he tenido que volverme insensible para ser eficaz.
 79. Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar.
 80. No acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.
 81. Considero que pertenecer a un club o grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas.
 82. Mi trabajo es tan rutinario que al atender a los usuarios siempre sigo los mismos pasos.
 83. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
 84. Cuando tengo una tarea difícil que resolver en mi trabajo recibo el apoyo de mis compañeros.
 85. Mientras más descanso más cansado me siento para trabajar.
 86. Por más que me esfuerzo en mi trabajo, siento que debería ser más eficiente.
 87. Mi trabajo me gusta tanto que gozo quedándome más tiempo de mi jornada normal.

-
-
88. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
 89. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
 90. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
 91. El fastidio que me genera el trabajo me hace sentir enfermo.
 92. Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo.
 93. Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar.
 94. Cuando me enfrento a una situación difícil mi familia me apoya.
 95. Acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.
 96. En mi trabajo el que se familiariza con el usuario de los servicios termina siendo perjudicado.
 97. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
 98. Cuando a un usuario de mis servicios de trabajo lo trato mal es porque me provocó.
 99. Trato de dar lo mejor de mí en el trabajo y creo que lo logro.
 100. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
 101. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

102. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
 103. Te sientes deprimido (muy triste).
 104. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
 105. Tienes dolores de cabeza.
 106. Sientes dificultad para deglutir.
 107. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
 108. Te has desmayado.
 109. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
 110. Sientes indiferencia sexual.
 111. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
 112. Te sientes desesperado (ansioso).
 113. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
-
-

-
-
114. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
 115. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
 116. Sufres vómitos.
 117. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
 118. Tienes dolores en el abdomen.
 119. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
 120. Te duele la espalda y el cuello.
 121. Tienes molestias al orinar.
 122. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
 123. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
 124. Sientes un nudo en la garganta.
 125. Llegas a perder la voz.
 126. Dejas de dormir por varios días.
 127. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
 128. Sufres náuseas.
 129. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
 130. Te duele el pecho.
 131. Tienes molestias al defecar.
 132. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo, cuando estas con una pareja.
 133. Sufres diarrea.
 134. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
 135. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **136, 137 y 138** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **139, 140 y 141** sólo para **MUJERES**.

136. Tienes problemas de eyaculación precoz.
 137. Tienes problemas de erección.
 138. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
 139. Tu menstruación es irregular.
-
-

-
-
140. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
 141. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
 142. ¿Qué edad tienes?
 143. Sexo
 144. Estado civil
 145. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
 146. ¿Qué escolaridad tienes?
 147. ¿Tienes hijos?
 148. ¿Cuántos?
 149. En tú trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
 150. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
 151. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
 152. ¿Cuántos trabajos tienes?
 153. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
 154. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
 155. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
 156. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?
 157. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
 158. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
 159. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
 160. ¿En qué tipo de organización laboras?
 161. ¿Qué tipo de contrato tienes?
 162. ¿Tienes personas a tu cargo?
 163. ¿Cuántas?
 164. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
 165. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
 166. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
-
-

-
167. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
168. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
169. ¿Fumas?
170. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
171. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
172. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
173. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
174. ¿Haces ejercicio físico?
175. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
176. ¿Practicas alguna religión?
177. ¿Cuál?
178. ¿Tienes alguna preferencia política?
179. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
180. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
181. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

Hojas de Respuesta

TD: Totalmente en Desacuerdo
TA: Totalmente de Acuerdo

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

	TD		TA		TD		TA		TD														
1.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			37.	<input type="radio"/>	73.	<input type="radio"/>											
2.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			38.	<input type="radio"/>		74.	<input type="radio"/>										
3.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			39.	<input type="radio"/>		75.	<input type="radio"/>										
4.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			40.	<input type="radio"/>		76.	<input type="radio"/>										
5.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			41.	<input type="radio"/>		77.	<input type="radio"/>										
6.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			42.	<input type="radio"/>		78.	<input type="radio"/>										
7.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			43.	<input type="radio"/>		79.	<input type="radio"/>										
8.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			44.	<input type="radio"/>		80.	<input type="radio"/>										
9.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			45.	<input type="radio"/>		81.	<input type="radio"/>										
10.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			46.	<input type="radio"/>		82.	<input type="radio"/>										
11.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			47.	<input type="radio"/>		83.	<input type="radio"/>										
12.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			48.	<input type="radio"/>		84.	<input type="radio"/>										
13.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			49.	<input type="radio"/>		85.	<input type="radio"/>										
14.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			50.	<input type="radio"/>		86.	<input type="radio"/>										
15.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			51.	<input type="radio"/>		87.	<input type="radio"/>										
16.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d	<input type="radio"/> e	<input type="radio"/> f			52.	<input type="radio"/>		88.	<input type="radio"/>										
	TD		TA						53.	<input type="radio"/>		89.	<input type="radio"/>										
17.	<input type="radio"/>			54.	<input type="radio"/>		90.	<input type="radio"/>															
18.	<input type="radio"/>			55.	<input type="radio"/>		91.	<input type="radio"/>															
19.	<input type="radio"/>			56.	<input type="radio"/>		92.	<input type="radio"/>															
20.	<input type="radio"/>			57.	<input type="radio"/>		93.	<input type="radio"/>															
21.	<input type="radio"/>			58.	<input type="radio"/>		94.	<input type="radio"/>															
22.	<input type="radio"/>			59.	<input type="radio"/>		95.	<input type="radio"/>															
23.	<input type="radio"/>			60.	<input type="radio"/>		96.	<input type="radio"/>															
24.	<input type="radio"/>			61.	<input type="radio"/>		97.	<input type="radio"/>															
25.	<input type="radio"/>			62.	<input type="radio"/>		98.	<input type="radio"/>															
26.	<input type="radio"/>			63.	<input type="radio"/>		99.	<input type="radio"/>															
27.	<input type="radio"/>			64.	<input type="radio"/>		100.	<input type="radio"/>															
28.	<input type="radio"/>			65.	<input type="radio"/>		101.	<input type="radio"/>															
29.	<input type="radio"/>			66.	<input type="radio"/>																		
30.	<input type="radio"/>			67.	<input type="radio"/>																		
31.	<input type="radio"/>			68.	<input type="radio"/>																		
32.	<input type="radio"/>			69.	<input type="radio"/>																		
33.	<input type="radio"/>			70.	<input type="radio"/>																		
34.	<input type="radio"/>			71.	<input type="radio"/>																		
35.	<input type="radio"/>			72.	<input type="radio"/>																		
36.	<input type="radio"/>																						

¿Con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
102.	<input type="radio"/>					
103.	<input type="radio"/>					
104.	<input type="radio"/>					
105.	<input type="radio"/>					
106.	<input type="radio"/>					
107.	<input type="radio"/>					
108.	<input type="radio"/>					
109.	<input type="radio"/>					
110.	<input type="radio"/>					
111.	<input type="radio"/>					
112.	<input type="radio"/>					
113.	<input type="radio"/>					
114.	<input type="radio"/>					
115.	<input type="radio"/>					
116.	<input type="radio"/>					
117.	<input type="radio"/>					
118.	<input type="radio"/>					
119.	<input type="radio"/>					
120.	<input type="radio"/>					
121.	<input type="radio"/>					
122.	<input type="radio"/>					
123.	<input type="radio"/>					
124.	<input type="radio"/>					
125.	<input type="radio"/>					
126.	<input type="radio"/>					
127.	<input type="radio"/>					
128.	<input type="radio"/>					
129.	<input type="radio"/>					
130.	<input type="radio"/>					
131.	<input type="radio"/>					
132.	<input type="radio"/>					
133.	<input type="radio"/>					
134.	<input type="radio"/>					
135.	<input type="radio"/>					
136.	<input type="radio"/>					
137.	<input type="radio"/>					
138.	<input type="radio"/>					
139.	<input type="radio"/>					
140.	<input type="radio"/>					
141.	<input type="radio"/>					

142. _____ años

143. Femenino Masculino

144. Con pareja Sin pareja

145. _____ años

146. Primaria Secundaria
Bachillerato Licenciatura
Postgrado Otro: _____

147. SI NO

148. Núm. _____

149. Operativo
Medio Ejecutivo

150. Empleado
Comerciante
Empresario
Profesionista Independiente
Otro _____

151. Directo Indirecto

152. Núm. _____

153. Núm. _____

154. _____ Horas

155. _____ Años

156. _____ Años

157. Núm. _____

158. Núm. _____

159. \$ _____

160. Pública Privada

161. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

162. SI NO

163. Núm. _____

164. SI NO

165. _____

166. _____ Años

167. SI NO Tipo: _____

168. SI NO Tipo: _____

169. SI NO

170. Núm. _____

171. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

172. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

173. _____ Horas

174. SI NO

175. _____ Horas

176. SI NO

177. Religión: _____

178. SI NO

179. Derecha
Centro Izquierda

180. Poco Mucho

181.

REFERENCIAS

Referencias

- Aldrete, C.M., Pando, M., Aranda, C., y Balcázar, N. (2003). **Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara.** Salud Pública, 5 (1), 44-52.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos **Epistemológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario.** Salud Pública, 71 (3), 60-70.
- Barling, J, y Mac Ewen, K. E (1992) “ Linking work experiences” to faces of marital functioning, en Journal of organizational Behavior, 13, 573- 583.
- Benavides, F. Ruiz, C. y García (2000). **Salud Laboral Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales.** Barcelona: España.
- Bennasar, R. M (2002). **Trastornos Neuróticos.** España: Psiquiatría Editores.
- Bensabat, S. (1994). **STRESS.** España: Mensajero.
- Bentón, D. (1987): “**Adrenal hormone production as indices of occupational stress**”. En Gale a y Chirstine, B. (eds) Psychologysiology and the electronic.
- Brahamhall, M y Eell, S. (1981): “**How burned- out are you**”. Public Welfare, 39 (1) 23-27.
- Bronsberg, B.y Vestlund, N. (1997). **No te quemes.** Barcelona: Cumulus.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). **Empleo, estrés y salud.** España: Pirámide.
- Buendía, J. (1998). **Estrés Laboral y Salud.** España: Biblioteca Nueva
- Buendía, J. (1993). **Estrés y psicopatología.** Madrid: Pirámide.
- Buunk, A. y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional Burnout Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis.
- Burke, R.J. (1987). **Burnout in police work: An examination of the Cherniss model.** Group and Organization Studies,12,174-188.
- Burke, R.J. y Richarsen, A.M. (1996). Stress, Burnout and health. En C.L. Cooper (Ed.),**Handbook of stress, Medicine and health.** New York: CRC Press.
- Caballo. V. E. Buela. G. C. Carrobles. J. A. (1995) **Manual de psicopatología y trastornos Psiquiátricos.** México: Siglo veintiuno editores
- Cherniss, C. (1980). **Professional burnout in the human service organizations.** New York. Praeger.
- Cherniss, C. (1993). **The role of professional self- efficacy in the etiology of Burnout.** En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional Burnout Recent developments in theory and research, 135-149, London: Taylor & Francis.
- Cortés. (2001) **Seguridad e higiene del trabajo.** México: alfa omega
- Cotton, D.G. (1990) **Stress management: An integrated approach to therapy.** New York: Brunner/Mazel.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizacional Healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), **Professional burnout: recent Developments in Theory and research.** London: Taylor and Francis
- Cox, T. (1978): **Stress.** London : MacMillan Press.
- Cox, T. y Mackay, C. (1981) “ **A transactional approach to occupational stress.**” En E. N. corlett y J. Richardson (eds) stress, work desing and productivity.
- Davis, M.; Mackey, M. y Eshelman, E,R, (1985): “**Tecnicas de auto control Emocional,** Barcelona, Martínez- Roca ”

- Dayle, A.L. (1985). **“The burnout test: examine your beliefs about work, about your self”**. American Journal of Nursing, 85, 270-272.
- Dongier, M. (1971) **Neurosis y Trastornos psicossomáticos**. España: Guadarrama.
- Farber, B. A (1984) **“Stress and Burnout in suburban teachers”** Journal of education research, 77 (1) 325- 331.
- Fernandez, G. (2000). **Burnout y trastornos psicossomáticos**. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16 (2), 229-235.
- Flórez, L. J. (1994). **Síndrome de “estar quemado”** . España: Edikamed.
- Fontana, D. (1992). **Control de estrés**. Mexico D.F.: Manual Moderno.
- Garcia-izquierdo, M. (1991): **Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios**. Revista de Psicología del trabajo y dela organizaciones. 7, 21-31.
- Gil- Monte, P. (2005). **El Síndrome de Quemarse por el Trabajo**. España: Piramide.
- Gil- Monte, P. (2007). **Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Valencia**.
- Gil- Monte, P. y Peiró, J. M. (1997): A study on significant sources of the **“Burnout Syndrome”** in workers at occupational centers for the mentally disabled. España.
- Gil- Monte, P. y Peiró, S. (1994). **Desgaste Psíquico en el Trabajo el Síndrome de Quemarse**. España: Síntesis Editores.
- Gil-Monte, P. R.; Peiró, J. M.; Valcárcel, P. y Grau, R. (1996): **“La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería”**. Psiquis, 16(4), 37.42.
- Gil-Monte, P.R. (2002): **Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey**. Salud Pública de México, 1, 33-40.
- Greenhaus, J. H y Parasuraman, S. (1986), **“A work nonwork interactive of stress and its consequences”**, en Jornal of organizacional Behavior and management, 8, 37- 60.
- Grigsby, D. W. y McKnew, M. A. (1998): **“Work.stress burnout among paramedics”** .Psychological Repots, 63, 55-64
- Golembiewski, R.T. (1982). Organization development interventions. En W.S. Paine (Ed.), **Job stress and Burnout**, 229-253. Beverly Hills, CA: Sage.
- Golembiewski, R.T.; Scherb, K. y Bourdreau, R.A. (1993):**“Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives”**. En W.B Schaufeli, C. Maslach y T. Marek, Professional Burnout: Recent developments in theory and research (pp.217-236). Washington DC: Hemisphere.
- Golden, J. Piedmont, R. Ciarrocchi, J. Rodgerson. (2004). **Spirituality and burnout: an incremental validity atudy**. Journal of psychology and theology. 32(2), 115-125.
- Harrison, W. D. (1993). A social competence model of Burnout. En B. A. Faber (Ed.) (1983), **Stress and Burnout in the human services profession**, 1985, 2. ed., 29-39. New York: Pergamos Press.
- Heinrich, H. W. (1950) **Prevección de los Accidentes industriales Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad**, A.C. México.

- Hobfoll, S.E. y Freedy, J. (1993). **“Conservation resources A general stress theory applied to burnout”**. En W. B. Schaufeli. C. Maslach y T. Marck (eds). Professional burnout: Resent in theory and reseach (pp. 115-129). UK Thaylor y Francis.
- Holmes, T. H. y Masuda, M. (1974): life change and illenss susceptibility en stress ful life events: their Nature and effects Dorhrend, B,S y Pohern wond, B. P (eds), New York : wiley inters cience, 573- 583.
- Hughes, D. y Galinsky, E. (1994), **Works experiences and marital interactions of the framingham type A scale differential relationships to cardiovascular reactivity and axiety en journal of human stress**, 12, 103- 112
- Ivancevich, M. Matteson, M. (1989). **Estrés y Trabajo**. México D.F. : Trillas.
- Jemmott, J. B. y Locke, S. E. (1984) psyhosocial factors inmunologic mediation and human suceptibility to infectius diseases. How much do we know? Psychological bullctin, as, pp.78.108
- Jimenez, (2005). **“Estrés Laboral”**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Jódar, P., y Benach, J. (2000) Condiciones de trabajo. en Benavides, F,G., Ruiz, C., y Garcia, A.M. (2000). Salud Laboral: Conseptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: España.
- Jones, J. W. (1980) **“the staff burnout scale for health professional”**. Park ridge, Illinois: London House.
- Kaplan , H. I.; Sadock, B. J., y Grebb, J. A. (1999), **Synopsis of psychiatry** (7.º edición), Baltimore, Md, Williams and Wilkins.
- Kaplan, H. I; Sadock, B. J. (1994), **Compendio de Psiquiatria** (4º edición), México. Salvat.
- Karasek, R. Teorell, T. (1990). Heathy work: London Basic Books.
- Kohen, J. A. (1997). **Nuevas relaciones laborales y salud de los trabajadores en Argentina Desafíos y perspectivas para la investigación**. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 13(supl. 2): 47-57, 1997.
- Lazarus, R. S. Folkman S. (1986). **Estrés y procesos cognitivos**. España: Martinez Roca.
- Lazarus, R. S. (1990): Teory- based stress measurement, Psychol Inquiry, 1, pp. 3-13. – (1993) : From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks, Annu Rev Psychol, 44, 1-21. |
- Levi, L. Work, Worker and wellbeing. An overview. En: AA.VV. A healthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. Proceedings of an international meeting. Stockholm 27-30 May 1991.
- López-Ibor, J.J. y Valdés, M.M. (2002). **DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson, S.A.
- Manassero. M. Vazquez, A (2003) **Estrés y Burnout en la enseñanza**. E.U. Edicions VIB.
- Matthews, D. B (1990) **“Comparison of burnout in selected ocupational fields”** the career development varterly, 38 (3), 230- 239.
- Martinez, J. M. (2004). **Estrés Laboral**. España: Prentice Hall.

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981): **The measurement of experienced Burnout.** *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99- 113.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982): **Burnout in health professions: A social psychological analysis.** En G. Sanders y J. Suls (Eds) y Social psychology of health and illness. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986): **“Maslach Burnout inventory”.** Palo alto, California: Consulting Psychology press.
- Matrajt, M. (1994): **Estudios en Salud Mental Ocupacional.** México: Taller abierto.
- Meier, S. T. (1984) **“The construct validity of burnout”.** *Journal of occupational psychology*, 57 211- 219.
- Miller, L. Krammer, R. Warner, U. Wickramaratne, P. Weissman, M. (1993). Inter generational transmission of parental bonding among women, *J Acad Child Adol Psychiatry*.
- Moncada, S., y Artazcoz, L. (2000). Factores Psicosociales, en Benavides, F.G., Ruiz, C., y Garcia, A.M. (2000). *Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales.* Barcelona: España.
- Moreno, B., Oliver, C y Aragonés, A. (1991). El Burnout una forma especial de estrés laboral. En G. Buéla casa y U. E. Caballo Ed. *Manual de psicología clínica aplicada*, 271-279, Madrid: siglo XXI.
- Moreno, B., Gonzáles y Garrosa, E. (1999). **Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibido.** *Revista de psicología Clínica y Psicopatología* (en prensa).
- Peiró, J. M. (2000): **Desencadenantes del estrés laboral.** Madrid. Piramide.
- Pines, A. Arosen, E. y Kafry, D. (1981). **Burnout: From tedium to personal growth.** New York: Free Press.
- Pines, A. Aronson, E. (1998). **Career Burnout causes and Cures.** E.U.: The Free Press.
- Pines, A. (1993). Burnout : An existential perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y t. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*, 35-51. London : Taylor & Francis.
- Rodellar, A. (1988). **Seguridad e higiene en el trabajo.** España: Marcombo.
- Ruiz, A. (1987). **Salud ocupacional y productividad.** México: Limusa.
- Salín, P. (2003). **Manual de Prescripción de Antidepresivos.** México: McGraw-Hill.
- Schaufeli, W. B. & Dierendock, D. (1993): **“The construct validity of two burnout measure.”** *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631- 647.
- Seia, H. (1986). **Salud mental y transporte urbano de pasajeros.** *Revista Salud y Sociedad*, 11:29.
- Seidman, S. A y Zager, J (1986-87). **“The teacher burnout Scale”** *Educational research Quarterly* 11 (1), 26-33.
- Slipak, O (1991). **“Estrés”, 2ª parte,** Alcmeón, vol. 1, Nº 4, págs. 495–503, Buenos Aires.
- Slipak, O. (1992). **“Estrés”, 3ª parte,** Alcmeón, vol. 2, Nº 1, págs. 39–47, Buenos Aires.

- Slipak, (1992). “Estrés”, 4ª parte, Alcmeón, vol. 2, N° 2, págs. 217–229, Buenos Aires.
- Sloan, S, J. y Cooper, C. L. (1987) ”Sources of stress in the modern office” en Gale, A. y christre, B, (eds) psychophysiology and the electronic work olace pp113- 135.
- Taylor, A. E. y Saint- Cyr, J.A.(1995): **The neuropsychology of Parkinson’s disease**, Brain Cong, 28, 281-296.
- Tonon, G. (2003). **Calidad de vida y Desgaste Profesional**. Argentina: Espacio Editorial.
- Uribe-Prado, J.F., García, A., Leos, J., Archundia, J., Pizano, D., y Lozano, M. (en prensa). La escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Estudio explorio de un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista de psicología Social y personalidad*.

Weckwerth, A. Flinn, D. (2006). **Effect of sex on perceived support and burnout in universiy studens**: College student Journl. 40(2), 237