



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Incidencia de Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R) asociados, en trabajadores de la industria del petróleo”

TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N

Daniela Cervantes Nava
Claudia Patricia Rico Rodríguez

Director: Mtro. **José Antonio Ramírez Páez**

Dictaminadores: Mtro. **Leonardo Reynoso Erazo**
Lic. **Irma Beatriz Frías Arroyo**

Tlalnepantla, Estado de México 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A pesar de todo el tiempo, las adversidades
y desánimos que pasamos durante estos tres años por
fin hemos concluido, y aún así no me arrepiento ya que en
este tiempo me permitió ver la vida de otra forma, conocer lo que
es el campo laboral, conocer de primera mano lo que es luchar
por la Salud laboral, me ha permitido conocer gente admirable
dedicada a esta causa y darme cuenta que esto es lo que quiero
para el resto de mi vida profesional!!

A MIS PADRES

Que con el ejemplo me han enseñado
valores para convertirme en la mujer que
soy ahora, por apoyarme y mimarme en
los momentos difíciles, por compartir mis
alegrías y respetar mis decisiones, por
jamás permitir que me venciera ante la
adversidad.

Siempre llevaré grabadas sus palabras "Se
lo que quieras ser, pero sé la mejor"
Gracias papís.

A MI HERMANA

Por ser mi aliada, mi mejor amiga pero
principalmente por ser un claro ejemplo de
esfuerzo y tenacidad. Por estar en los
momentos difíciles de este largo camino,
por llenarlos con risas.

Gracias negra por ser mi hermanita.

A EDUARDO

Porque sin saberlo te volviste en mi mayor
motivación para terminar la tesis, porque
con tu amor me infundes querer ser una
mejor mujer, profesional, pareja y futura
madre. Gracias amor por apoyarme y
siempre creer en mí...TE AMO!!

A PATRICIA

Por ser mi confidente y especialmente mi
compañera de vida, porque junto a ti
aprendí lo que es el esfuerzo de día a día,
porque a pesar de los tropiezos sigues
siendo en la única mujer que confío,
gracias por secar mis lágrimas, por
gritarme cuando quería dejar todo y por
regalarme una sonrisa cuando la
obscuridad llega a mi vida... Gracias ha
sido un placer compartir estos casi 8 años
de camino y espero duré una eternidad.

A JOSÉ A. RAMÍREZ

Por ser la primera persona que creyó en mí
como profesional, porque solo usted vio
calidades que nadie había descubierto,
porque levanto mi confianza que permitió
una evolución en mi persona. Por
enseñarme lo que es el trabajo duro, hacer
las cosas con pasión y humildad. Gracias
por escucharme, en sí gracias por ser mi
Maestro de la vida y un claro ejemplo de lo
que es la lealtad.

A LOS TRES HOMBRES MAS IMPRTANTES DE MI VIDA (Hugo, Gustavo y Andrés)

Por enseñarme a disfrutar la vida, por
levantarme cada vez que me he dado por
vencida, por regañarme y no permitir que
diga "no puedo", por escucharme y
especialmente por amarme tanto.

AL GRUPO DE TRABAJO

(Ely, Belén y Víctor)

Porque más que compañeros de trabajo
somos amigos, gracias por sus risas y por
todo el apoyo que me han brindado

A MIS MAESTROS

(LEO, BETY, SERGIO E IRMA)

Gracias por la paciencia y las enseñanzas
que me brindaron. Pero especialmente por
la calidad humana que tiene cada uno.

Los admiro y respeto

Y EN ESPECIAL A MÍ QUERIDA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO POR HABERME FORMADO

Daniela Cervantes Nava

Gracias a la vida que me ha dado tanto...

Claudia P. Rico Rodríguez

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. SALUD Y TRABAJO	9
1.1 Factores Psicosociales y Efectos Negativos de tipo Psicológico	11
CAPÍTULO 2. ESTRÉS-TENSIÓN LABORAL	22
2.1 Antecedentes y definición	22
2.2 Modelos de Estrés-Tensión Laboral	26
2.2.1 Modelo Demanda-Control	26
2.2.2 Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa	28
2.3 Factores desencadenantes	29
2.4 Síntomas	32
2.5 Consecuencias	33
2.6 Instrumentos de Evaluación de Estrés Tensión Laboral	35
2.6.1 Cuestionario de Contenido del Trabajo (CCT)	35
2.6.2 Inventario de Esfuerzo-Recompensa (ERI)	37
2.7 Intervención	39
CAPÍTULO 3: SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO	43
3.1 Antecedentes y Definición	43
3.2 Delimitación conceptual: ¿estrés, burnout o SQT?	46
3.3 Desarrollo del SQT	49
3.4 Modelos del SQT	52
3.5 Factores desencadenantes del SQT	57
3.6 Síntomas del SQT	61
3.7 Consecuencias del SQT	62
3.8 Instrumentos de Evaluación	63

3.8.1 Maslach Bournout Inventory (MBI)	63
3.8.2 Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo ..	64
3.9 Intervención	66
CAPÍTULO 4. ESTUDIO DE CAMPO EN 1320 TRABAJADORES PETROLEROS	70
4.1 Muestra.....	70
4.2 Instrumentos de Evaluación.....	70
4.3 Procedimiento	71
4.4 Resultados.....	73
4.5 Conclusiones del estudio	87
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	101

INTRODUCCIÓN

Una encuesta sobre Condiciones de Trabajo del año 2000, realizada en los países miembros de la Unión Europea (21.500 personas entrevistadas), mostró que los 4 problemas de salud más frecuentemente reportados y relacionados con el trabajo, a saber: lumbalgias, 33%; estrés, 28%; cervicobraquialgias, 23% y SQT, 23%. Además, en el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reportaron 1.1 millones de enfermedades y accidentes de trabajo donde el estrés crónico fue la primera causa.

Ante este tipo de situaciones la OIT y la OMS, han definido el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad; la enfermedad por el contrario refiere a una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar. El trabajo indudablemente se relaciona con los conceptos de salud-enfermedad; ya que mediante éste las personas pueden acceder a una serie de cuestiones favorables (salario, actividad física y mental, contacto social, desarrollo de una actividad con sentido) para mantener un buen estado de salud; de forma contraria también las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas (OMS, 2002).

Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores de riesgo entendido como todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar un daño, la OIT y la OMS (2008), clasifican los factores de riesgo en físicos, biológicos, químicos, ergonómicos y psicosociales. Este último ha cobrado mayor importancia como determinante de la salud laboral de los trabajadores.

El concepto de Factores Psicosociales en el Trabajo (FPS) entendido como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o la

salud (física, psíquica o social) del trabajador, como al desarrollo del trabajo, generalizó en el mundo a partir de mediados de la década de los 80s cuando el comité mixto OIT-OMS presentó un informe acerca de este tema, esas condiciones comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas (su variedad, significado, alcance, carácter repetitivo). El concepto de FPS se extiende también al entorno existente fuera de la organización (exigencias domésticas, grupos sociales, la economía) y a aspectos del individuo (personalidad, habilidades sociales, actitudes), sin embargo a tres décadas de esa publicación y de que el uso de esta categoría se ha difundido en todo el mundo pareciera que aún existen ambigüedades sobre a qué se están refiriendo los investigadores al hablar de este constructo, por ello es necesario actualizar la definición y distinguir entre los conceptos: Factores Psicosociales, Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R) y sus Efectos Negativos de tipo de Psicológico (ENP).

Ante esto Ramírez y Juárez (2003), definen a los Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R) como condiciones del trabajo, del individuo y extra laborales, que pueden generar efectos negativos en la salud del trabajador, expresados como alteraciones sensoriales, motrices, cognoscitivas y de la personalidad que afectan la capacidad, habilidad, desempeño y la salud del trabajador, que puede ocasionar enfermedades y accidentes de trabajo.

Los ENP de mayor interés en la investigación mundial son el Estrés-Tensión Laboral, el Síndrome de Quemado por el Trabajo (SQT), la Fatiga y la Insatisfacción Laboral, de los cuales se profundizará en los dos primeros por la relación que mantienen y la repercusión que tienen para la salud del trabajador y para la empresa en forma de ausentismo, bajas laborales, accidentabilidad, entre otras.

En el tema de estrés el húngaro Selye (1950, citado en Sardiña, 2004) concibió por mera casualidad la idea del Síndrome de Adaptación General (SAG) o estrés

el cual definió como una reacción inespecífica del cuerpo a cualquier demanda generando el síndrome de adaptación general, el cual comprende tres fases: reacción de alarma, resistencia y fatiga.

Dicho autor fue el primero en diferenciar los tipos de estrés. El estrés positivo (eustrés) proporciona retos que motivan a los individuos a trabajar duro y alcanzar sus metas. El estrés negativo (distrés) resulta de situaciones estresantes que persisten en el tiempo y que producen consecuencias negativas para la salud.

Sin embargo una de las más actualizadas y completas definiciones de estrés es la propuesta por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) en el 2001 que lo define como las reacciones nocivas tanto físicas como emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo son excesivas, intensas y/o prolongadas, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo del trabajador.

Su incidencia es compleja y puede inducir directamente efectos psicológicos (trastornos del estado de ánimo, baja motivación, dificultad para la toma de decisiones o concentrarse), y fisiológicos (enfermedades cardiovasculares, trastornos muscoesqueléticos, enfermedades gastrointestinales), y conductuales (consumo de tabaco y alcohol), el estrés se puede asociar a la reducción de conductas sanas y el incremento de conductas nocivas para la salud

Como ya se mencionó el estrés se encuentra en relación con el SQT, éste presenta dos fases en su evolución histórica: una fase pionera, donde el foco estuvo en la descripción clínica del "Síndrome de Burnout" y una fase empírica en donde se sistematizaron las distintas investigaciones para asentar la descripción conceptual del fenómeno.

En la década de los setentas Freudenberg (1974), desarrolló el concepto de Síndrome de Burnout a partir del supuesto de que existe una tendencia en la sociedad moderna a incrementar la presión y estrés laboral, sobre todo en los servicios sociales. Los profesionales relacionados con la atención de usuarios en

situación de enfermedad necesidad o carencia material deberían resolver más problemas y, por lo tanto, se produciría en ellos un conflicto entre la mística profesional, la satisfacción laboral y responsabilidad hacia el cliente.

En la década de los ochentas, las investigaciones sobre Síndrome de Burnout se efectuaron en los Estados Unidos y, posteriormente, el concepto comenzó a ser investigado en Canadá, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Israel, Italia, España Suecia y Polonia. En cada país, se adaptaron y se aplicaron los instrumentos creados en Estados Unidos, especialmente el MBI por Maslach y Jackson en 1986.

En 1997 Gil-Monte propone una definición de Síndrome de Burnout, posteriormente en el 2005 define al SQT como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de los servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro personal en el trabajo; por un deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. Además esto se acompaña de sentimientos de culpa. Sin embargo en el 2011 Gil-Monte hace una reconsideración a la definición ahora como una experiencia subjetiva compuesta de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en el mismo (clientes, pacientes o usuarios) y hacia el propio rol profesional, además que el síndrome no es exclusivo a personal directo con las personas.

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en

los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el SQT (OMS, 2001).

Los Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R) que se analizarán en el presente estudio fueron elegidos por la asociación teórica que tiene con el Estrés- Tensión Laboral y el SQT, los cuales son:

Falta de autonomía, definida como la capacidad para actuar sin influencia de presiones externas o internas (Batería UNIPSICO, 2008)

Conflictos interpersonales, que están representados por una serie de problemas (fallas en la comunicación interpersonal o diferencias de percepción) para muchos individuos dado que afectan profundamente las emociones de una persona. En ellos se impone la necesidad de proteger la identidad y autoestima individuales contra los daños que los demás podrían provocar en ellas. Cuando la identidad se ve amenazada, ocurren trastornos graves y las relaciones se deterioran (Grau, 2008).

Conflicto de rol, que se produce cuando hay la exigencia para realizar diferentes funciones en el trabajo que son incompatibles. Se entiende que una persona sufrirá un conflicto de rol si percibe que una o más personas o grupos de la organización con quienes está vinculada, dentro de un sistema de roles, tienen expectativas divergentes sobre qué debe hacer y/o cómo ha de conducirse (Grau, 2008).

Inequidad de los intercambios sociales, las personas hacen contribuciones a la organización, y de ésta reciben incentivos o recompensas y cuando hay una desigualdad de estos intercambios, estamos hablando de una Inequidad (Grau, 2008).

Falta de retroinformación, referida a los comentarios que reciben los trabajadores acerca de su desempeño, por parte de la organización, sus supervisores y sus compañeros.

Falta de apoyo social, es la ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de los compañeros o supervisores del ambiente laboral, además que es importante ya que este reduce el estrés, mejora la salud y amortigua o modera el impacto del estrés laboral (Batería UNIPSICO, 2008).

Sobrecarga laboral, definida como un estresor laboral que resulta de altas demandas físicas y psicológicas que pueden estar lejos del control del trabajador y que deterioran su salud; proceso al que se asocia el agotamiento emocional (Grau, 2008).

Ambigüedad de rol, que se refiere a la situación que vive la persona cuando dispone de una información inadecuada, no tiene suficientes puntos de referencia para desempeñar su labor o se le asignan tareas muy cambiantes. (Grau, 2008).

Personalidad Tipo A, un constructo teórico que se utiliza para denominar a un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales que se manifiestan sobre todo en situaciones desafiantes.

La necesidad de estudiar estos efectos está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene en cuanto está insertado en una organización, este derecho implica no estar expuesto a factores que son posible causa de merma de salud. De igual forma es importante hacer conciencia que una empresa u organización es más competitiva y eficaz si sus componentes tienen mejor salud y calidad de vida en el trabajo, puesto que de no ser así repercute negativamente sobre la organización (más incidentes y accidentes, ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Tampoco hay que despreciar las consecuencias que para la sociedad se derivan de que los profesionales se vean afectados por este síndrome, tanto en costes de servicio como económicos (Red Mundial de Salud Ocupacional RDSO, 2003).

Otra necesidad con respecto al plano aplicativo de los FPS, es la dificultad de realizar una valoración de qué y cuánto se está haciendo al respecto si no se cuenta con datos epidemiológicos confiables y actualizados, y esto se debe a la escasez de profesionales que desde una perspectiva crítica y con una sólida formación teórica y en los planos de la investigación y la intervención.

Por lo anteriormente mencionado, en esta tesis se han propuesto los siguientes objetivos:

1. Detectar la incidencia de Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en 1320 trabajadores de la industria del petróleo.
2. Determinar la correlación de Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) con los FPS-R: Falta de autonomía, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Sobrecarga laboral, Falta de apoyo social, Conflictos interpersonales, Inequidad de los intercambios sociales, Falta de retroinformación (organización, supervisor y compañeros) y Personalidad Tipo A.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, la tesis se organizó en cinco capítulos. En lo que respecta al primero se realizó una revisión teórica del concepto de Salud en el Trabajo, Factores Psicosociales, Efectos Negativos de tipo Psicológico y la interacción entre éstos. En el segundo se abordó el tema de Estrés-Tensión Laboral, donde se describe los inicios del concepto y su transformación a lo largo de los años; los dos modelos más estudiados en este tema (Demanda –Control y Esfuerzo Recompensa) y sus instrumentos de acuerdo al modelo. En el tercero el tema central fue el Síndrome de quemarse por el Trabajo (SQT); en éste se presentó cronológicamente el desarrollo del concepto Burnout hasta llegar a la definición más actual de SQT, se presenta la delimitación de tres conceptos (Estrés Laboral, Burnout y SQT) que generalmente se utilizan como sinónimos, además se argumenta la importancia de utilizar el término SQT en comparación de los otros dos y a partir de ahí se desarrolla sus síntomas, consecuencias, modelos, factores desencadenantes e instrumentos de evaluación desde la

perspectiva del autor más citado en este tema Gil- Monte. En el cuarto se desarrolló el trabajo de campo en la industria petrolera; en éste se despliegan los objetivos de esta tesis y se exhiben los resultados y conclusiones del estudio. Por último, en el quinto capítulo se presentaron las conclusiones de toda la tesis, mostrando algunas deficiencias y recomendaciones de Salud en el trabajo, Estrés-Tensión Laboral y SQT.

CAPÍTULO 1. SALUD Y TRABAJO

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales, y es, con ellas, un componente cinagético de bienestar social», además las autoridades mexicanas han adoptado este concepto (OMS, 1946, pp. 23).

Sin embargo, algunas Instituciones como la OMS-UNICEF y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) consideran que la salud está determinada en función de necesidades básicas (alimento, vestido, vivienda, calzado, transporte), ya que si el trabajador se muestra enfermo puede correr el riesgo de perder su trabajo y con ello su ingreso económico, por lo que trata de mantenerse dentro de los considerados sanos, aunque sufra serios trastornos de salud (Gravannini, 1978).

Una definición que abarca las dos posturas anteriores es la propuesta por Almirall (2001), donde afirma que la salud es un estado donde hay un balance o equilibrio productivo entre este estado y otros subsistemas, tales como un órgano, otra persona o grupo social, siendo también un proceso de conservación y desarrollo de las capacidades biológicas y psicológicas del hombre, su capacidad laboral óptima y una actividad social adecuada durante la prolongación máxima de la vida.

Así mismo cuando hablamos de Salud en el Trabajo debemos de tomar una postura donde no se limite a cuidar las condiciones físicas del trabajador sino que también se ocupe de las cuestiones psicológicas, y que suponga para los

trabajadores un apoyo al perfeccionamiento de él mismo y al mantenimiento de su capacidad en el trabajo, bajo esta perspectiva la OMS (2005), define la salud en el trabajo como una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores, mediante la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, así como la eliminación de los factores o condiciones de riesgo que ponen en peligro su salud.

Para llegar a esa definición hubo un largo proceso, Almirall (2001), hace una reseña histórica de la relación entre la Salud y el Trabajo, considerando tres momentos importantes:

En el primero; se considera a la enfermedad desde un enfoque biologicista, con su objeto de estudio establecido a partir del hombre enfermo, con la clínica médica como corriente predominante, limitándola al diagnóstico y terapéutica de las enfermedades profesionales y estudiando poco el nivel psicológico de la salud del trabajador.

En el segundo; se añade la consideración de los factores higiénico-ambientales, teniendo como objetivo las mediciones del ambiente, la determinación de las concentraciones, los límites permisibles y la valoración de las mismas, consideradas como un aspecto determinante de las alteraciones de la salud que presentan los trabajadores, denominándolas como enfermedades asociadas al trabajo.

En el tercero, afirma que a pesar de los avances obtenidos al considerar al ambiente como un factor de riesgo para la salud del trabajador, se continuaba viendo al hombre en una relación lineal con las condiciones externas en que desarrolla su actividad, desconociendo los problemas de la subjetividad y de la propia influencia de la actividad laboral sobre la relación salud enfermedad.

Por lo anterior, este autor propone como alternativa de solución en la problemática Salud-Trabajo, a la Ergonomía Cognitiva, definida como el estudio de todas las actividades humanas (capacidades y limitaciones) relacionadas con el

conocimiento y el procesamiento de la información que influyen o están influidas por el diseño de máquinas y objetos que usan las personas, relacionados con procesos de trabajo y entornos con los que interactúan, ya que considera que el profesional en esta área debe contar con un marco teórico científico, de tipo sistémico y una metodología aplicada a la salud ocupacional, con la finalidad de crear una práctica sistemática y productiva. Y por otra parte menciona que es necesario un trabajo multidisciplinario e integral, en el cual se debe contar con instrumentos propios de cada una de las disciplinas que intervienen.

Ante esto como un trabajo multidisciplinario autores como Noriega y Martínez (2000), han considerado a la Psicología como una herramienta importante para el mejoramiento de las condiciones laborales y de vida del trabajador, mencionando que para lograr tal objetivo es necesario definir la concepción teórica de la relación salud-trabajo, debido a que ésta conduce a la práctica de la investigación y al tratamiento global de los fenómenos psíquicos en los ámbitos laborales. Dichos autores agregan que también se debe tomar en cuenta, cómo es concebida la salud y la enfermedad mental, así como el análisis del trabajo; con el fin de entender cómo se lleva a cabo el proceso productivo y la identificación del contenido psicológico del trabajo, sin dejar a un lado la subjetividad obrera.

Los Factores Psicosociales del trabajo, es uno de los temas que mayor atención y preocupación ha causado entre los involucrados en el tema de la salud, seguridad e higiene ocupacional, desde finales del siglo pasado. Las investigaciones realizadas en muchos países, tanto industrializados como no industrializado, ha suministrado durante las últimas décadas, una gran cantidad de datos sobre las condiciones psicosociales en el trabajo que pueden afectar la salud de los trabajadores.

1.1 Factores Psicosociales y Efectos Negativos de tipo Psicológico

Numerosos estudios han demostrado que la salud está relacionada con las diversas condiciones en el trabajo, llamadas Factores Psicosociales (FPS), y que

éstos pueden causar efectos negativos e incluso enfermedades en los trabajadores (Trejo, 1990).

En la vigésima séptima Asamblea Mundial de la salud de 1974, se reconoce la necesidad de considerar la influencia de los factores psicosociales en la salud y de la elaboración de un programa para el estudio de estos factores y de la salud mental (Rodríguez y Almirall, 1991; citado en Juárez y Andrade, 2002).

En 1984, el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT-OMS) señalan que la política de prevención de todos los factores perjudiciales para la salud de los trabajadores se encuentra dirigida hacia un mayor conocimiento de las necesidades (equipo de protección, apoyo social, recursos materiales y personales) para crear un medio ambiente de trabajo que favorezca un óptimo estado de salud física mental, adaptando éste a las capacidades y necesidades de cada trabajador y por tanto a su condición física y mental.

El Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (2008) de España señala que la relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud, no parece tan evidente como la que existe entre otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios), y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas).

Dentro de este contexto, los factores psicosociales han cobrado especial importancia en los últimos años, los estudios acerca del estrés y sus secuelas, han mostrado el crecimiento de afecciones de salud en la población y particularmente en la población trabajadora, en la cual la exposición a condiciones laborales deteriorantes alcanza cifras significativas que pueden catalogarse como

un problema emergente de la Salud Pública y particularmente de Salud Ocupacional.

Pese a lo anterior, la importancia de las enfermedades causadas por el trabajo no se ha visto suficientemente reflejada en el desarrollo normativo de los países; sin embargo en España y en otros países del mundo como Alemania, Suecia, Finlandia y Noruega es posible encontrar jurisprudencia que ejemplifica la nueva tendencia al reconocimiento del estrés laboral como causa de padecimientos (Red Mundial de Salud Ocupacional RMSO, 2003). En Japón existe una legislación laboral y en especial la jurisprudencia de este país asiático ha incorporado algunos criterios que permiten el reconocimiento de indemnizaciones a favor de la familia del trabajador que fallece por culpa del trabajo (OIT, 2001a).

En Australia, la legislación propone definiciones genéricas de las enfermedades profesionales, contexto en el cual cualquier afección puede considerarse de origen profesional siempre que se establezca la relación con el trabajo; es así como las demandas por enfermedades causadas por el estrés en el trabajo representaron el 2,2% de las indemnizaciones pagadas a trabajadores entre 1998 y 1999. (RMSO, 2003).

En Chile, el reconocimiento de una enfermedad como profesional está reglamentado en el Decreto Supremo 109 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del 7 de junio de 1969. En el numeral 13 del artículo 19 se reconocen las Neurosis Profesionales incapacitantes como enfermedad profesional en todos los trabajos que se expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa a efecto (Villalobos 2004).

En 1997 México, estableció en el artículo 13 del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo que “los patrones están obligados a adoptar, de acuerdo a la naturaleza de las actividades laborales y procesos industriales que se realicen en los centros de trabajo, las medidas de seguridad e higiene pertinentes de conformidad con lo dispuesto en este Reglamento y en las Normas aplicables, a fin de prevenir por una parte,

accidentes en el uso de maquinaria, equipo, instrumentos y materiales, y por la otra, enfermedades por la exposición a los agentes químicos, físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, así como para contar con las instalaciones adecuadas para el desarrollo del trabajo....” (pp.4).

La Secretaría del Trabajo y Prevención Social de México en el 2006 implanto en su artículo sexto que el Comité Consultativo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo debe “revisar, actualizar y, en su caso, aprobar las normas oficiales mexicanas en seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la seguridad e higiene industrial, medicina del trabajo, administración, ergonomía y factores psicosociales que deberán observarse en los centros de trabajo y las características y especificaciones que deban reunir los procesos, instalaciones, métodos, equipos, utensilios y materiales de trabajo, y proponer a la Secretaría la revisión del marco normativo...” (pp.12).

Existen empresas en México como Petróleos Mexicanos (PEMEX) que han establecido políticas para guiar hacia una mejora continua en su desempeño en materia de Seguridad, Salud en el Trabajo y Protección Ambiental, mediante la administración de los riesgos de sus operaciones y/o procesos productivos, a través de la implantación de los elementos que lo componen, entre esos elementos la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el 2007 y 2009 desarrolla el elemento 5 “Factores Psicosociales” del Subsistema de Administración de Salud en el Trabajo (SAST) con el objeto de establecer las bases para el desarrollo de las actividades de identificación, evaluación y control de los Factores Psicosociales de Riesgo (FPSR), así como de sus consecuencias en la salud, expresadas como Efectos Negativos de tipo Psicológico (ENP), que se generan con motivo o en ejercicio del trabajo, en los centros de trabajo de Petróleos Mexicanos y sus Organismos Subsidiarios (SAST, 2009).

Ante lo anterior se ha considerado pertinente utilizar la definición de Factores Psicosociales en el trabajo propuesta por la OIT/OMS en 1984, donde se plantea que son las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el

trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Algunos autores como Peiró (1999), realizan una clasificación de los principales factores del ambiente laboral que considera que han recibido una atención considerable en la investigación psicológica y ergonómica, así como en el ámbito de la salud laboral:

Factores del ambiente físico: Hace referencia a los excesos, carencias y alteraciones que presentan las condiciones físicas del trabajo, por exposición a ruido, vibración, condiciones climatológicas, iluminación, temperatura, toxicidad, disponibilidad y disposición del espacio físico del trabajo e higiene.

Individuales: Están directamente ligadas al rol que el trabajador desempeña en la organización como conflicto y ambigüedad de rol; a estas habría que agregar las características personales como el tipo de personalidad y estilos de afrontamiento, entre otros.

Demandas del desempeño del trabajo: Exposición a riesgos y peligros, trabajo por turnos, trabajo nocturno y sobrecarga laboral.

Contenidos del trabajo: Oportunidad para el control, variedad de las tareas, identidad de la tarea, oportunidad de la tarea, oportunidad para el uso de habilidades y complejidad del trabajo.

Relaciones interpersonales: Presencia y densidad social en los lugares del trabajo, tipos de relaciones con los superiores, compañeros, subordinados, con clientes e incluso con la misma organización, Falta de cohesión, presiones de grupo, apoyo social, clima y conflicto grupal

Desarrollo del puesto de trabajo: Inseguridad en el trabajo, transiciones de puesto y estresores en los diferentes estadios del desarrollo del puesto.

Nuevas tecnologías: Introducción de nuevos equipos de trabajo tales como maquinarias, computadoras, equipos electrónicos, entre otros.

Estresores de nivel organizacional: se refieren a la estructura de las tareas, funciones y responsabilidades, clima organizacional y diseño de los puestos de trabajo.

Estresores extraorganizacionales: Se refiere a las experiencias y acontecimientos externos al trabajo, como procesos relacionados con el rol, procesos de desbordamiento o de generalización, procesos de socialización y relaciones trabajo-familia.

De forma más específica la OIT/OMS (1984) menciona que los principales Factores Psicosociales potencialmente negativos, vinculados con la salud son: el medio ambiente físico de trabajo, los factores propios de la tarea, la organización del tiempo de trabajo, las función de los trabajadores, la participación de los trabajadores, la relaciones en el medio de trabajo, la introducción de cambios en el lugar de trabajo y los cambios tecnológicos.

La información hasta aquí presentada, reafirma la importancia del estudio de los factores psicosociales, pues no solamente pueden afectar la salud física del trabajador, ya que la salud mental también se ve perturbada por los llamados efectos negativos de tipo psicológico.

Los Efectos Negativos de Tipo Psicológico (ENP) son definidos como efectos no deseados que se manifiestan durante y después del trabajo; instantáneamente, a corto o a largo plazo. Se reflejan en los estados de ánimo del trabajador y su eficiencia, se relacionan con su personalidad, sus capacidades y sus habilidades. Se clasifican y diagnostican diferencialmente por sus características, su relación temporal con la tarea asociada, los síntomas experimentados en la actividad, la expresión del nivel de activación o estados funcionales del organismo, su curso, así como por los resultados positivos que se pueden esperar de ciertas medidas de intervención (Almirall, 1996, en Ramírez y Juárez, 2003).

Estos efectos del trabajo se expresan en alteraciones de las respuestas psicofísicas del organismo, tales como el alargamiento del tiempo transcurrido para reaccionar ante un estímulo, una valoración subjetiva de carácter negativo de sí mismo y de su trabajo y cambios del estado de ánimo. Además repercuten sobre el rendimiento, la productividad y producen fallos y accidentes. En sus etapas tempranas, no se traducen en datos clínicos, pero presentan un desbalance en el estado funcional del individuo, el cual de mantenerse puede desencadenar la enfermedad (OIT, 2001b).

De acuerdo con Almirall (2007), los efectos negativos del trabajo que se reconocen en la literatura son: monotonía, hastío psíquico (burnout), estrés y el mobbing o violencia laboral, reconocido en los últimos tiempos. Sin embargo, y con el fin de partir de los conceptos más utilizados en la actualidad, en el estudio que se ha tomado como base para este trabajo realizado a PEMEX por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el 2009, se proponen cinco efectos negativos, Insatisfacción Laboral, Fatiga y Depresión Laboral, Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de quemarse por el Trabajo.

La **Insatisfacción laboral** es conocida como un fenómeno psicosocial de descontento y rechazo del trabajo, provocado por factores derivados de la inadecuada organización del trabajo (falta de participación, sobrecarga de trabajo, problemas de comunicación) y factores personales (personalidad, nivel de frustración y autoestima), que afectan al trabajador y a la organización. Dado que esta variable es de naturaleza continua, permite identificar a su contraparte: la satisfacción, que es un estado emocional positivo o placentero, resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona, lo cual trae grandes beneficios al trabajador y por ende a la empresa (Serra 2007).

La **Fatiga** se define como un conjunto de alteraciones psicológicas: disminución del rendimiento psicológico, monotonía, dificultad para mantener la atención y la concentración, sentimientos de insignificancia, imprecisión motora, lentitud, incomodidad, irritabilidad y cambios en el estado de ánimo; así como alteraciones

físicas: deterioro del rendimiento y la productividad, agotamiento, debilidad, somnolencia, excitabilidad reducida e hipotonía muscular y temblor. Todo esto como consecuencia de desarrollar tareas con altas exigencias durante un tiempo prolongado de trabajo (Yoshitake, 1978).

La **Depresión** definida como un trastorno de ánimo caracterizado principalmente por una profunda tristeza, el cual está enlazado a pensamientos poco realistas o irracionales sobre sí mismo y el mundo, basadas en la existencia de esquemas cognitivos distorsionados que contienen actitudes negativas y se manifiestan en forma de pensamientos automáticos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). A pesar de que se conoce la importancia del trabajo como una fuente etiológica de depresión, no existe una definición propia de depresión laboral (Cantero & Ramírez, 2009).

El **Estrés-Tensión Laboral** se produce cuando las exigencias del trabajo son altas y la latitud de decisión es baja (Karasek, 1998).

El **Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)** es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de los servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivo. En un grado más avanzado se acompaña de sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005).

Sin embargo no debemos dejar de lado la redefinición de Gil-Monte (2011), donde el SQT es una experiencia subjetiva compuesta de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en el mismo (clientes, pacientes o usuarios) y hacia el propio rol profesional, además que el síndrome no es exclusivo a personal directo con las personas.

Los temas de SQT y Estrés-Tensión Laboral han sido eje central de algunos estudios con el objeto de poner de manifiesto el impacto físico y psicológico que tienen estos fenómenos psicológicos en la salud de los trabajadores. En los siguientes capítulos se analizarán estos efectos con mayor detalle por ser el punto de interés del presente trabajo.

Las manifestaciones de estos efectos y su alcance están determinados en última instancia por las características propias de la personalidad y el desarrollo socio histórico de un trabajador concreto, incluyendo su vida extralaboral. Es posible e imprescindible en la actividad práctica evaluar el trabajo en toda su dimensión, definiendo las características de la formación, dos modelos que explican a mayor detalle esta situación son el Modelo de Kulka (1983) y el Modelo Dinámico de los Factores Psicosociales (Villalobos, 1997).

El modelo de Kulka (1983), posee atributos que permite una amplia aplicabilidad y representa una guía metodológica, ya que es un modelo teórico y lógico que explica los conceptos fundamentales y sus relaciones para el estudio y evaluación o diagnóstico diferencial de los efectos negativos de tipo psicológico del trabajo, que se realiza bajo exigencias concretas. Además, algunas investigaciones empíricas basadas en su estructura y realizadas por Almirall, Mayor, y Santana (2004); Almirall, Carral y Hernández (2004) y Almirall y Alvarado (2004) han creado un esquema representativo de este modelo (Figura 1). Este modelo se basa en las categorías siguientes: condiciones de trabajo, premisas de rendimiento o condiciones internas, exigencias laborales, esfuerzo, carga de trabajo y efectos (bipolares: positivos y negativos).

Anteriormente ya se han definido los efectos negativos, sin embargo su contrapartida son los efectos positivos que representan el eslabón más importante para lograr un desarrollo armónico de la personalidad, la satisfacción con la actividad y una autovaloración positiva del sujeto. Un ejemplo de esto es lo propuesto por Maslach, Schaufeli y Leiter (2000, citado en Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000) donde proponen un opuesto del burnout que es el

compromiso laboral definido como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción, entonces se puede decir que los trabajadores que puntúan alto en compromiso laboral tienen una alta energía y conectan perfectamente con su trabajo, percibiéndose a sí mismos como capaces de afrontar eficazmente las diferentes demandas de su trabajo. Todo esto ha estado sustentado por las Psicología Positiva que se focaliza sobre las fortalezas humanas y el funcionamiento óptimo del ser humano y no tanto sobre las debilidades y las disfunciones (Schaufeli, et. al. 2002).

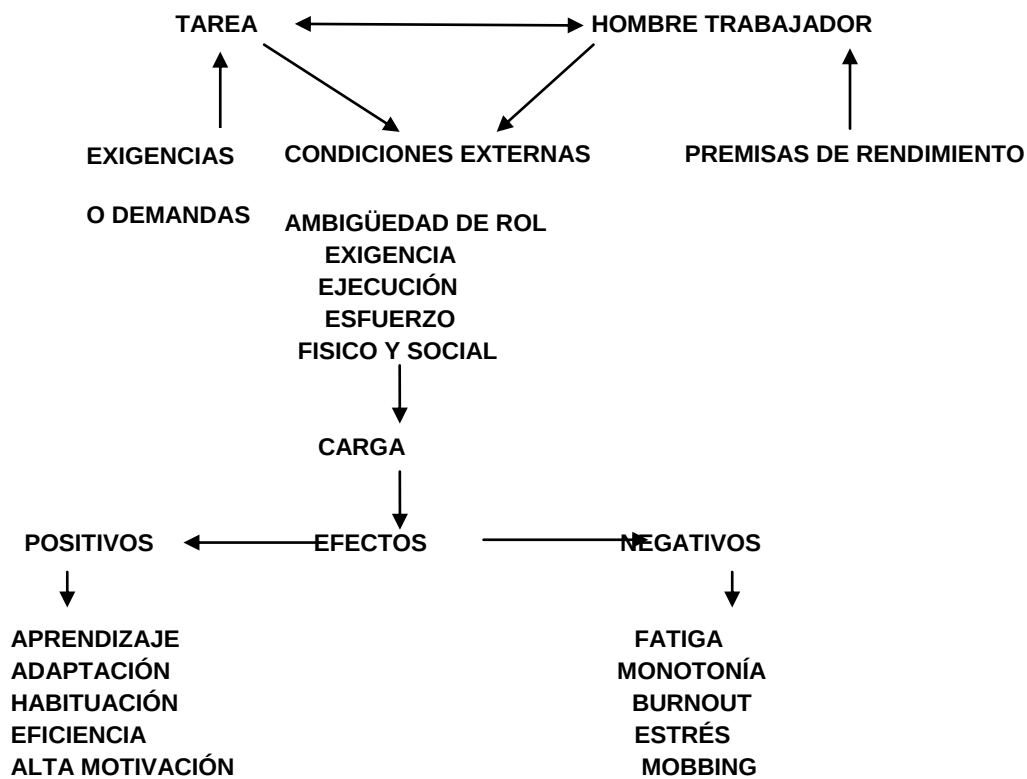


Figura 1. Modelo de Kulka (1980), modificado

Otro modelo que explica esto con claridad es el modelo dinámico de factores psicosociales propuesto por Villalobos (1997), que contempla sus componentes agrupados en “fuentes de riesgo”, las cuales se describen como condiciones

propias del trabajo, del individuo o del entorno y los factores de riesgo se describen como una condición lesiva que tiene su origen en las distintas fuentes., las cuales conllevan a los factores de riesgo (Figura 2).

La importancia de este modelo es su perspectiva sistémica que permite la aproximación cuantitativa y cualitativa de los fenómenos de salud-enfermedad, en un contexto que da cuenta de la realidad histórica. Tal concepción permite ampliar la búsqueda de los factores etiológicos de la enfermedad, dejando de lado la antigua visión de la “etiología específica”, que buscaba una relación biunívoca entre factor de riesgo y enfermedad, permitiendo así la consideración de lo “psicosocial” como factor influyente en el proceso de salud-enfermedad.

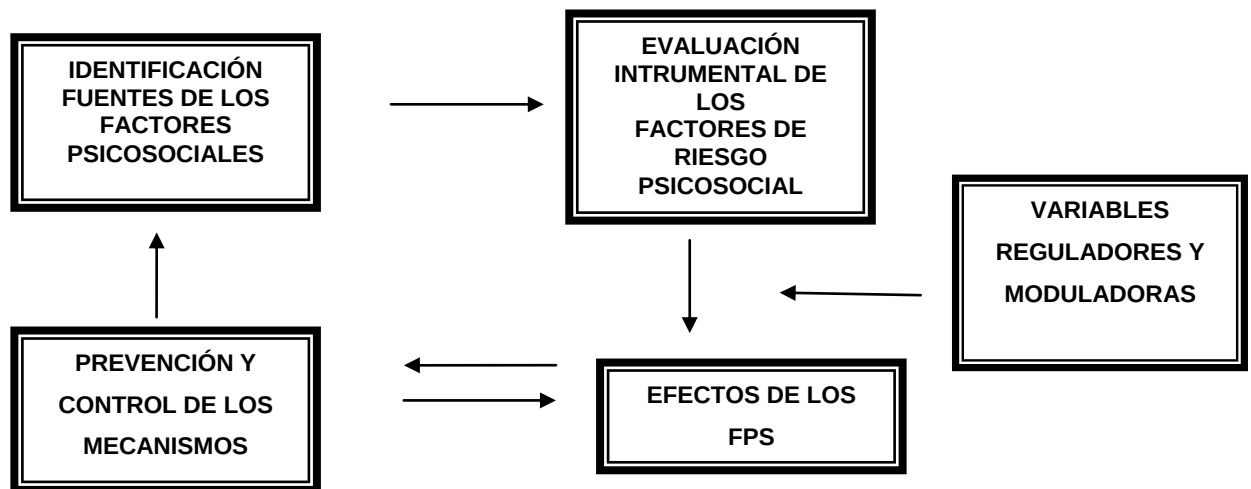


Figura 2. Modelo dinámico de los Factores Psicosociales (Villalobos, 1997) modificado.

Como se puede notar los denominados efectos negativos de tipo psicológicos son consecuencia de los factores psicosociales, los cuales ocasionan problemas de salud e incluso sociales en el trabajador ya que dichos efectos pueden causar perturbación en sus relaciones familiares o de compañeros de trabajo, estos problemas pueden ser derivados de las variables personales u organizacionales.

CAPÍTULO 2. ESTRÉS-TENSIÓN LABORAL

Las tendencias actuales en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluyen, no solo los riesgos físicos y químicos, sino también los múltiples Factores Psicosociales (FPS) y la manera en como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

Los FPS pueden influir de manera positiva o negativamente en el desarrollo del trabajo y en la calidad de vida del trabajador. Cuando los FPS de Riesgo en adelante FPS-R, influyen de forma desfavorable en el trabajador estamos hablando de Efectos Negativos de tipo Psicológico en adelante ENP.

La exposición a condiciones laborales deteriorantes y a FPS-R en los trabajadores producen secuelas que representan un problema de Salud Ocupacional.

El estrés es uno de los Efectos Negativos laborales más frecuentemente reportado e indudablemente tiene una relación directa con la salud física y psicológica del trabajador; además de otras causas es consecuencia del cambio tecnológico que aumenta el ritmo de trabajo y exigencias psicológicas del trabajo.

2.1 Antecedentes y definición

El interés por el estudio del estrés en el ámbito laboral también se debe a las consecuencias que trae consigo para la empresa en forma de accidentabilidad, ausentismo y bajas laborales (Luceño, Martín, Rubio, Díaz, 2004).

Levi (2001) menciona que en la terminología técnica, la tensión en inglés strain refiere a una fuerza que deforma los cuerpos. En biología y medicina suele utilizarse el término estrés para denominar un proceso del organismo para adaptarse a todas las influencias, cambios, exigencias y tensiones a que está expuesto. El estrés se convierte en acción, por ejemplo, cuando una persona es agredida en la calle, ó cuando se está expuesto a sustancias tóxicas o a temperaturas extremas. Ahora bien, no son sólo las exposiciones físicas las que activan el estrés, sino que también lo hacen las exposiciones a situaciones de la

vida laboral, por ejemplo, cuando somos insultados por un superior, cuando esperan de nosotros que consigamos algo de lo que no somos capaces; estos casos tienen algo en común, que es la forma en que el cuerpo intenta adaptarse, esta especie de “activación” o “aceleración” es el estrés.

En 1946 Hans Selye, médico austrocanadiense, empezó a usar el término estrés, para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo o, al desgaste y al deterioro que éste ocasiona en la vida (Guillen, Guil, y Mestre, 2000).

A mediados de la década de 1950 dicho autor mencionaba que el estrés es una suma de cambios que, no son específicos; sin embargo en 1960 lo analiza como un estado que se manifiesta por un síndrome específico que consiste en cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico, así el estrés tiene su forma y composición características, pero no hay alguna causa particular. Más tarde señala que cada demanda hecha sobre el organismo es única (Sandín, 1995; Citado en Angeles, 2005).

El agente desencadenante del estrés (estresor) es un elemento que atenta contra la capacidad del organismo para mantener constante su equilibrio interno. Un estresor se refiere a cualquier demanda que provoca las respuestas de estrés, un estresor puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional.

Selye consideró que el estrés no es siempre perjudicial, de ahí que concibe la existencia de dos tipos de estrés: el eustrés y el distrés. El primero proviene de la raíz griega “eu” que significa “bueno” y se define como el resultado saludable, positivo y constructivo de los eventos estresantes y la respuesta de estrés; mientras que el segundo tiene el prefijo latín “dis” que significa “malo” y se emplea para referirse al grado de desviación fisiológica, psicológica y conductual, del funcionamiento óptimo y saludable del individuo (Campbell y cols. 2000).

Este mismo autor planteó las tres fases del proceso de estrés que sigue vigente aun cuando las definiciones han variado como se verá más adelante. Al respecto Olivier (2001) reafirma que estas tres fases del Estrés son:

Reacción de alarma: Se inicia en el momento exacto en que un ser humano se enfrenta a un estímulo o agente que le produce estrés, a partir de este momento las reacciones biológicas que ocurren en el organismo son: liberación masiva de adrenalina; aumento del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial, dilatación de las arterias, aumento del índice de coagulación de la sangre, suspensión de la actividad estomacal, liberación de las reservas de glucosa, aumento de la actividad cerebral, aumento de la fuerza muscular, activación de las glándulas sudoríparas y dilatación de la pupila.

Etapa de resistencia: Es cuando el organismo se adapta a soportar ese agente estresor. Aquí la glándula hipófisis o pituitaria (localizada en el cerebro), libera hormonas como la vasopresina que contrae las arterias y hace que aumente la presión arterial, las glándulas suprarrenales liberan cortisol y cortisona que entre otras funciones liberan azúcar en la sangre, pero también inhiben ciertas funciones clave del sistema inmunológico, lo que, a corto plazo, facilita el desarrollo de todo tipo de infecciones virales por hongos o bacterianas, facilitando también la aparición de procesos alérgicos que a largo plazo pueden contribuir inclusive al desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

Etapa de agotamiento: Se manifestará con la aparición de la enfermedad y si el organismo no se modifica y/o adapta perece. Las enfermedades relacionadas con el estrés son: infarto de miocardio (personas jóvenes menores de 50 años), migraña, dolor de cabeza y cuello, insomnio, hipertensión arterial, gastritis, úlcera péptica, procesos alérgicos crónicos, trastornos de garganta frecuentes, trastornos digestivos inespecíficos, así como también cambios en el comportamiento, como accesos de ira e irritabilidad, explosiones de coraje, dificultad para expresar los sentimientos, impaciencia, baja tolerancia a errores de terceros, disminución de la libido, ansiedad y depresión.

Este constructo ha sido definido por las distintas organizaciones encargadas de la salud en los trabajadores, es así que a continuación se presentan las definiciones más importantes:

La Organización Mundial de la Salud menciona que el estrés laboral es una reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (OMS, 2005).

Por su parte el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) refiere al estrés laboral como reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las demandas del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador (NIOSH, 1999).

Este organismo afirma que el estrés laboral es un fenómeno preocupante principalmente para los cuidadores de la salud quienes registran tasas más altas de abuso de sustancias estupefacientes, de suicidio, depresión y ansiedad relacionadas con el estrés laboral en comparación con otros profesionales. Además de la tensión emocional, otras consecuencias del estrés laboral son: agotamiento, ausentismo, ganas de abandonar el trabajo y baja satisfacción del trabajador.

Siegrist (1996) postula que el estrés laboral se produce cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa.

Por su parte, Karasek (1998) sostiene que la tensión laboral y los efectos sobre la salud física y mental son el resultado no solo de un aspecto del entorno, sino de los efectos conjuntos de las demandas de la situación de trabajo y la libertad para la toma de decisiones, por tanto la tensión laboral se produce cuando las exigencias del trabajo son altas y la latitud de decisión es baja, a partir de esta definición surge el modelo denominado Demanda/Control; en definitiva consideramos que la definición y el modelo de Robert Karasek son los más adecuados, pues se enfocan a los aspectos de carácter psicosocial al grado que esta perspectiva es la de mayor trascendencia en la actualidad por su utilidad para la evaluación, diagnóstico e intervención de la tensión laboral.

Como podemos observar las tres primeras definiciones aluden al término estrés laboral mientras que Karasek hace mención del constructo de tensión laboral; sin

embargo dichos conceptos pueden considerarse como equivalentes, por lo cual serán utilizados de manera indistinta en este trabajo.

2.2 Modelos de Estrés-Tensión Laboral

En la actualidad existen modelos que nos permiten entender y evaluar cuantitativamente el proceso del estrés en el ámbito laboral, a continuación se describen los dos modelos de mayor reconocimiento:

1. Demanda-control de Karasek
2. Desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist

2.2.1 Modelo Demanda-Control

El modelo propuesto por Karasek (1979) evalúa las características específicas del puesto y el grado de control que se tiene sobre ellas.

Este autor menciona que la tensión, se presenta cuando las demandas del ambiente superan la capacidad de control del trabajador; la demanda la conceptualiza en base a las exigencias del trabajo y las clasifica en dos tipos: cuantitativa y cualitativa; la primera se refiere a la cantidad de trabajo que debe realizarse y la segunda a la dificultad que se relaciona con las capacidades del individuo. Por control alude a la capacidad que tiene el individuo para decidir a lo que denomina libertad de decisión sobre su trabajo; si la autoridad es suficiente el trabajador podrá utilizar sus habilidades y desarrollar sus capacidades realizando un trabajo satisfactorio.

Para Karasek, el estrés laboral y los efectos físicos y de salud mental resultan, no sólo de un aspecto único del ambiente laboral, sino de los efectos conjuntos de las demandas de la situación laboral y el grado de libertad para tomar decisiones que el trabajador tiene. La tensión laboral ocurre cuando las demandas son altas y la libertad de decisión es reducida (Karasek, 1979; Citado en Sardiña, 2004).

Este modelo de tensión laboral no solo establece que la combinación de elevadas demandas y bajo nivel de decisión llevará a resultados negativos de salud física,

tales como hipertensión y enfermedad cardiovascular, sino que además, el modelo contiene importantes predicciones en cuanto a patrones de conducta que ocurren en el trabajo tales como la adaptación crónica a situaciones de bajo control y bajas demandas en trabajos pasivos que pueden contribuir a una capacidad reducida de resolver problemas o vencer retos, por el contrario, en condiciones de altas demandas y control sobre ellas expresada por el uso de habilidades en trabajos activos permitiría el desarrollo de una amplia gama de estrategias de afrontamiento (Karasek,1998)

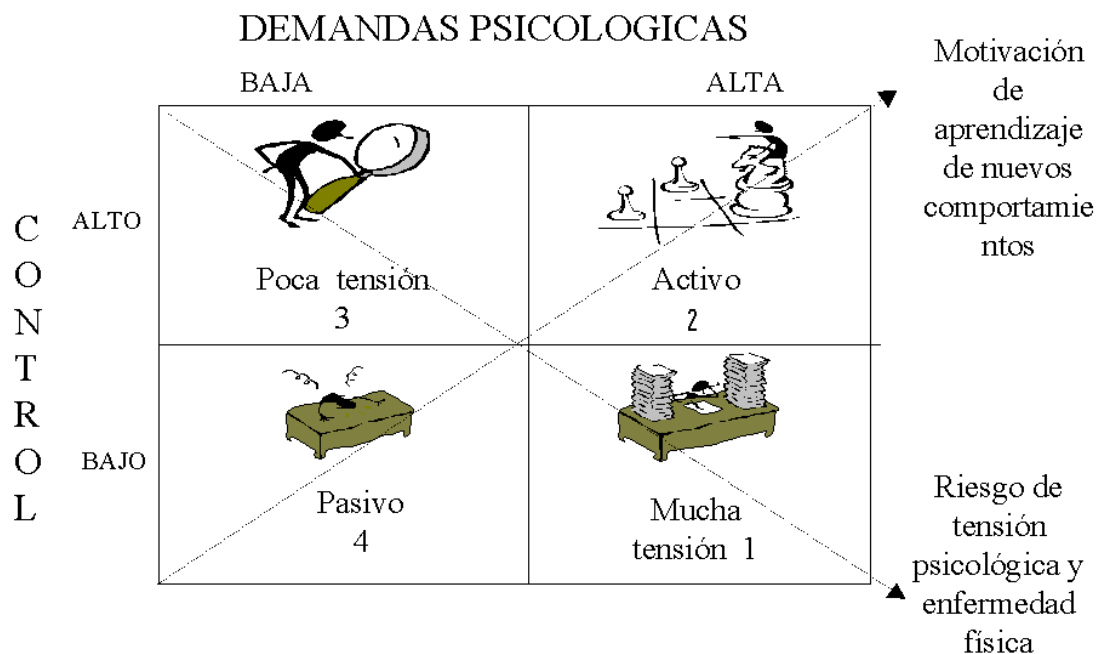


Figura 1. Modelo Demanda/Control, Robert Karasek

Este modelo tiene la ventaja de predecir, en primer lugar, el riesgo de enfermedad relacionado con estrés; en segundo lugar, predice el comportamiento activo/pasivo a partir de la relación demanda/control. Los dos mecanismos psicológicos resultantes de la relación demanda/control, identificados como tensión psicológica y aprendizaje, son independientes, lo que constituye uno de los rasgos esenciales del modelo: su estructura bidimensional (INSHT, 2004).

La diferencia con el modelo que se plantea a continuación es que un ambiente de trabajo estresante crea, per se, el desequilibrio entre demandas y respuesta que conduce al estrés.

2.2.2 Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa

En el año 90 Siegrits planteo como explicación de estrés el modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER; en inglés, Effort-Reward Imbalance model [ERI]), y se centra en el rol e importancia del trabajo remunerado, la amplia gama de estrés y la carga en el trabajo esfuerzo físico y psicológico, así como en varios tipos de recompensa: estima, seguridad laboral, salario, promociones dentro del trabajo (Siegrits, Peter y Junge, 1990). El autor argumenta que el rol laboral en la vida adulta crea un vínculo crucial entre ciertas funciones autorregulatorias tales como la autoestima, autoeficacia y la estructura de oportunidades presentes en la sociedad como son libertad de decisión y el apoyo social; es decir, usa el esfuerzo y la recompensa social como dimensiones cruciales de su modelo.

De esta manera Siegrist (1996) explica que el estrés laboral y los efectos sobre la salud, están en función del control que las personas tienen sobre su futuro, específicamente sobre las recompensas que pueden tener a largo plazo, estás vendrían determinadas fundamentalmente por tres factores: ingresos, la estima (respeto, reconocimiento) y el control del estatus (estabilidad en el empleo, perspectivas de promoción).

El modelo esfuerzo-recompensa plantea que la falta de reciprocidad recurrente entre los costos y las ganancias (por ejemplo condiciones de alto costo/baja ganancia), induce a la persona a un estado de malestar emocional y a reacciones de estrés asociadas (López y Ayensa, 2008).

Los componentes del modelo de Siegrits esfuerzo recompensa y el nivel de implicación de se muestra a continuación:

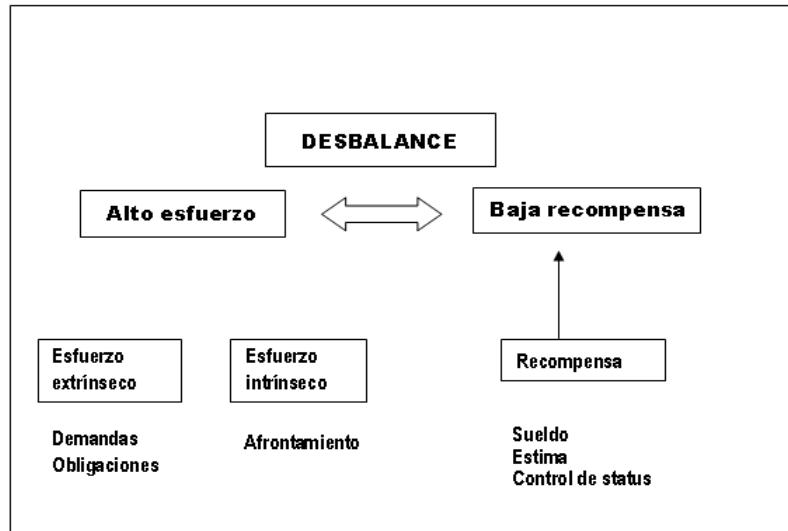


Figura 2. Modelo de desequilibrio Esfuerzo/Recompensa, Siegrist

Como se puede observar los dos modelos subrayan la relación entre capacidades o expectativas de la persona y su relación con factores del trabajador sin embargo el modelo demanda/control es el más adecuado pues opta por centrarse en aquello que se puede abordar desde el ámbito de la prevención en la empresa, se basa en factores específicos, que se pueden identificar, evaluar y son susceptibles de modificación; consideramos esto como una ventaja frente al modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa ya que este contempla los aspectos individuales como definitivos en el desencadenamiento del estrés.

2.3 Factores desencadenantes

Recientemente el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005), confirma que los factores que coadyuvan a la generación de estrés en el ámbito laboral estos hacen referencia a las condiciones presentes en una situación laboral están relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea; lo que en suma puede afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al proceso de trabajo. Tales factores son:

Sobrecarga de trabajo: cuando el volumen, la magnitud o complejidad de la tarea (y el tiempo disponible para realizarla) está, por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea.

Infracarga de trabajo: cuando el volumen del trabajo está muy por debajo del necesario para mantener un mínimo nivel de activación en el trabajador.

Falta de uso de habilidades: las actividades de la tarea están por debajo de la capacidad profesional del trabajador.

Repetitividad: no existe una gran variedad de tareas a realizar (son monótonas y rutinarias) y/o son repetidas en ciclos de muy poco tiempo.

Ritmo de trabajo: el tiempo de realización del trabajo está marcado por los requerimientos de la máquina, concediendo la organización poca autonomía para adelantar o atrasar su trabajo al trabajador.

Ambigüedad de rol: existe una inadecuada información al trabajador sobre su rol laboral y organizacional.

Conflicto de rol: las demandas son conflictivas, o que el trabajador no desea cumplir.

Conflictos Interpersonales: problemática derivada de las relaciones (dependiente o independientes del trabajo) que se establecen en el ámbito laboral tanto con superiores y subordinados como con compañeros de trabajo.

Expectativas de Promoción: la organización dificulta o no ofrece canales claros a las expectativas del trabajador de ascender en la escala jerárquica.

Falta de participación: la empresa restringe o no facilita la iniciativa, la consulta a los trabajadores tanto en temas relativos a su propia tarea como en otros aspectos del ámbito laboral.

Libertad de decisión: existe una amplia y estricta supervisión por parte de los superiores, restringiendo el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.

Falta de retroinformación: falta de entrenamiento o de aclimatación previo al desempeño de una determinada tarea.

Responsabilidad: la tarea del trabajador implica una gran responsabilidad (tareas peligrosas, responsabilidad sobre personas)

Contexto físico: problemática derivada del ambiente físico del trabajo, que molesta, dificulta e impide la correcta ejecución de las demandas del trabajo y que en algunos momentos por su peligrosidad puedan provocar en el individuo un sentimiento de amenaza (Iluminación inadecuada, temperatura, ambiente contaminado por sustancias tóxicas).

Autonomía: factor que se refiere a la libertad que se da al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso.

Además de los factores mencionados anteriormente, Siegrist (1996), refiere que la incertidumbre laboral es también un agente desencadenante de estrés; los resultados de un estudio al respecto realizado por Canepa, Briones, Pérez, Vera y Juárez en 2008 en el marco del 2º Foro de las Américas en investigación sobre Factores Psicosociales indican, que la incertidumbre laboral da cuenta de la importancia de la estabilidad laboral en la vida del trabajador ya que influye en la salud mental en forma de depresión.

Asimismo las características personales pueden ser un factor desencadenante de tensión, numerosos investigadores han demostrado que existe una influencia de ciertas características personales que hacen más vulnerable a una persona ante la situación de estrés, esto no quiere decir que el simple hecho de poseer alguna de estas características desencadenen el proceso de estrés. La Personalidad tipo A se manifiesta en ciertos sujetos como un interés desmesurado por la perfección y por el logro de metas elevadas, una implicación muy profunda con su profesión (hasta el punto de considerar el trabajo como el centro de su vida), que lleva al desarrollo de grandes esfuerzos, a una tensión constante, a una incapacidad de relajarse y a una preocupación constante por el tiempo (nunca encuentran tiempo suficiente para hacer todo lo que quisieran). Estos sujetos son activos, enérgicos,

competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes. Este tipo de personalidad es un estilo de comportamiento con el que las personas responden habitualmente ante las situaciones y circunstancias que les rodean; actúan como un condicionante que hace al sujeto más sensible al estrés (INSHT, 2004).

El apoyo social es considerado una variable moduladora que regula los efectos producidos por el estrés, de esta manera la experiencia de estrés de una persona en un contexto en el que hay un buen nivel de apoyo social tiene resultados menos negativos que los que produce si el apoyo social es nulo o escaso. Cuando existe un ambiente cordial de comprensión y empatía entre los trabajadores, se puede facilitar la adaptación de las demandas de trabajo a las capacidades individuales; además puede reducir los efectos causados por el estrés, pues la expresión de afecto y comprensión pueden resultar un factor que facilite la descarga emocional y que frene la espiral de pensamientos negativos repetitivos que desencadenan un proceso acumulativo de tensión. Especialmente, el apoyo social por parte de la familia y por parte de los superiores parece ser eficaz para atenuar los efectos que tiene el estrés profesional sobre la salud (Peiro, 2001).

El apoyo social juega un papel muy importante en la interacción entre demanda-control, entre mayor sea el apoyo social de parte de compañeros, supervisores y/o de la misma organización habrá, menor posibilidad de aparición de estrés laboral o en su defecto actuaría como medida de afrontamiento ante el estrés.

2.4 Síntomas

Ramos (2001) menciona que el estrés supone la aparición de sintomatología a nivel biológico, psicológico y social; en una situación de tensión se activa una alarma en el cerebro que responde preparando al cuerpo para una acción defensiva. El sistema nervioso se excita y se liberan hormonas para agudizar los sentidos, acelera el pulso y se tensan los músculos; esta respuesta es importante porque ayuda a defendernos de situaciones amenazantes.

Muchos de los cambios biológicos que se producen en el organismo sometido a estrés no son fácilmente perceptibles, sin embargo, a nivel psicológico muchos

síntomas producidos por el estrés pueden ser identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios.

Landsbergis, Schnall, Belkic, Baker, Schwartz, y Pickering (2003) indican que los síntomas de estrés se presentan a tres niveles:

Cognitivo: preocupación, temor, inseguridad de si mismo, miedo, dificultad en la toma de decisiones, dificultad para concentrarse, baja autoestima.

Fisiológico: sudor, tensión muscular, taquicardias, temblor, sequedad de boca, cefalea, trastornos del sueño, disturbios estomacales.

Conductual: fumar, actos antisociales y agresivos, tartamudear, movimientos repetitivos, comer en exceso, abuso de drogas.

Finalmente, estos autores afirman que cuando el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir severas consecuencias para la integridad de los trabajadores como se verá en el siguiente apartado.

2.5 Consecuencias

Hoy en día se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud física y psicológica de los trabajadores y a las entidades para las que laboran, un trabajador estresado suele ser más enfermizo y estar poco motivado; al mismo tiempo este efecto negativo puede estar afectando la vida familiar del trabajador (Ramos,2001).

Según la OIT los daños por estrés causados a la organización para la que se labora se han convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en Norteamérica y Europa (Sauter, Hurrell, Lawrence y Levi 2001).

Los estudios muestran que las condiciones de trabajo estresantes están realmente asociadas con el ausentismo, incrementando la demora para llegar al trabajo y la intención de los trabajadores de abandonar su trabajo (Ramos, 2001).

Otra consecuencia asociada a las presiones de tiempo y el control de tareas son los trastornos musculoesqueléticos, la OMS (2004) menciona que estos trastornos incluyen: músculos, tendones, esqueleto, cartílagos, ligamentos y nervios que participan de la locomoción y que abarcan todo tipo de dolencias, desde las molestias leves y pasajeras hasta las lesiones irreversibles y discapacitantes; al respecto la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo manifestó que el 74.2% de los trabajadores sufren de molestias que se asocian a posturas y esfuerzos derivados del trabajo siendo las molestias de la espalda baja las de mayor frecuencia con un 40.1% (Almodóvar y Pinilla, 2007).

De igual forma la aparición de la enfermedad cardiovascular (ECV) dentro de la población general está ampliamente influida por tensión laboral que juega un papel importante a nivel etiopatogénico y por tanto es útil para pronosticar la salud a nivel pronóstico (Armario, Hernández, Baranera, 2002).

Las ECV comprenden enfermedades como: la cardiopatía coronaria (CC), la enfermedad hipertensiva, la enfermedad cerebrovascular y otros trastornos del corazón y del aparato circulatorio (Armario, 2003 y Juárez, 2007); dichas enfermedades son la primer causa de muerte, teniendo como factor principal al estrés laboral (OMS 2009); resultados obtenidos por esta Organización indican que en 2005 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo.

En un estudio transversal, llevado a cabo en 303 sujetos sanos, normotensos de 18 a 55 años de edad, que trabajaban en una misma compañía química, se monitorearon en condición ambulatoria de 24 horas en una muestra aleatoria de 70 sujetos y se observó que aquellos que presentaban mayor tensión laboral, también presentaban mayores niveles de presión arterial ambulatoria (4,5 mm Hg; $p=0,025$), durante las horas laborales, lo cual se normalizaban durante similares el resto del día (Fauvel, Quelin, Ducher, Rakotomalda y Laville, 2001).

Bromet (2002) reporta que el estrés laboral esta relacionado con enfermedades gastrointestinales como las úlceras las personas sometidas a una fuerte tensión laboral en donde los varones reportan síntomas de depresión.

En resumidas cuentas los daños por estrés laboral afectan la integridad del trabajador, las causas se atribuyen unas malas condiciones de trabajo, por lo que es de suma importancia hacer una valoración adecuada de los niveles de tensión a que están expuestos los trabajadores para intervenir de la forma más adecuada, para ello se citan en el siguiente apartado los instrumentos de evaluación más utilizados para este fin.

2.6 Instrumentos de Evaluación de Estrés Tensión Laboral

Se citan a continuación los dos instrumentos más conocidos: el Cuestionario de Contenido del Trabajo (CCT) que a su vez es el más utilizado y el Inventario de Esfuerzo Recompensa (ERI), derivados de los modelos demanda-control y desequilibrio esfuerzo-recompensa, respectivamente.

2.6.1 Cuestionario de Contenido del Trabajo (CCT)

El Cuestionario sobre Contenido del Trabajo (JCQ, por sus siglas en inglés), tiene como sustento el modelo demanda-control propuesto por Karasek, este incluye dos dimensiones: las demandas psicológicas del trabajo y el control sobre el trabajo. De acuerdo a Karasek el estrés laboral aparece como resultado de la interacción entre ambas características, y a partir de esta relación (demanda-control) se definen cuatro categorías: 1. la más negativa (alta tensión) aparece frente a una situación de altas demandas y bajo control; 2. la más positiva (baja tensión) es el resultado de la exposición a bajas demandas y alto control sobre el propio trabajo; 3. el tercer tipo hace referencia a trabajos activos (altas demandas y alto control) y 4. El último tipo hace referencia al trabajo pasivo derivado de bajas demandas y bajo control (Karasek y Theorell, 1990).

El modelo de demanda/control y el instrumento han sufrido cambios derivados de los estudios realizados en Estados Unidos y Europa, dando como resultado la

inclusión de una tercera dimensión apoyo social por parte de los compañeros del trabajo y de los mandos o supervisores, que puede actuar como elemento moderador de la relación entre las demandas y el control sobre el propio trabajo (Johnson y Hall,1988).

El CCT (por sus siglas en español) consta de cuatro escalas con opción de respuesta tipo Likert de 4 puntos que van de: 1 “totalmente en desacuerdo” a 4 “Completamente de acuerdo”; las escalas que evalúa el CCT se presentan a continuación:

Uso de habilidades: 6 ítems, que evalúan en qué grado el puesto de trabajo le permite al individuo aprender cosas nuevas, qué tan repetitivo es su trabajo, la creatividad, si el nivel de habilidad que le requiere es alto.

Libertad de decisión: 3 ítems que permiten identificar el grado de libertad para realizar el trabajo, la libertad para la toma de decisiones.

Demandas físicas: 5 ítems y evalúa el grado en que el puesto de trabajo requiere un esfuerzo físico.

Demandas psicológicas: 9 ítems y permite identificar el grado de exigencias psicológicas en el puesto, qué tan intensa es la concentración que se requiere, qué tan excesivo es el trabajo, trabajo ajetreado, si las demandas son conflictivas.

Los estudios reportan una consistencia interna del instrumento en general con un alfa de Cronbach en general de 0.85, y 0.68 y 0.91 para sus diferentes escalas (Tovalín, Rodríguez, Cruz, et. al., 2008; Escribà, Más y Flores, 2001; Pulido, Cobo y Martínez, s/a;). En cuanto a su estructura factorial se afirma que esta corresponde con los estudios de Karasek y cols. (2007).

La calificación del CCT, responde a la siguiente ecuación que nos dará por resultado el nivel de tensión laboral del trabajador:

demandas físicas + demandas psicológicas = Tensión Laboral uso de habilidades + libertad de decisión
--

2.6.2 Inventario de Esfuerzo-Recompensa (ERI)

Siegrist (1996), desarrolló el Inventario Esfuerzo-Recompensa (ERI), el cual se centra en el rol e importancia del trabajo remunerado, el nivel de estrés y la carga de trabajo (esfuerzo físico y psicológico), así como varios tipos de recompensa (estima, seguridad laboral, salario, promociones dentro del trabajo, etc.).

El instrumento combina información sobre las demandas y las recompensas en el trabajo (componente extrínseco), con información acerca de características personales del trabajador tales como el afrontamiento de demandas (componente intrínseco) dicho afrontamiento esta influenciado por un elevado compromiso y una alta necesidad de aprobación.

El Cuestionario ERI se compone de tres partes:

Modulo I

Consta de 11 preguntas que recogen las variables sociodemográficas más importantes del trabajador (genero, edad, grado de estudios) y un mínimo de información sobre el cargo laboral (profesión, tipo de empresa para la que labora, puesto que desempeña, tiempo de antigüedad en el puesto y en la empresa, número de trabajadores que tiene a su cargo, número de horas que trabaja).

Modulo II: El componente Extrínseco:

Registra información de la apreciación del trabajador respecto de las demandas laborales (esfuerzo extrínseco) y la percepción de reconocimiento hacía su trabajo; se mide con 17 ítems. Esta dimensión consta de dos escalas: 1. Escala de esfuerzo extrínseco (6 ítems) y 2. Escala de recompensa (11 ítems). Todas las preguntas tienen descriptores de respuesta estratificados en dos pasos; en primer lugar se pregunta si se está o no de acuerdo con la cuestión y, en segundo lugar, se pide que se evalúe en qué medida afecta negativamente, en una escala tipo Likert de 4 puntos que van de: 1 “no me afecta nada” a 4 “me afecta muchísimo”. El rango de puntuación varía entre 5 y 25 puntos, una mayor puntuación indica un mayor esfuerzo extrínseco en el trabajo.

Modulo III: Componente Intrínseco (Sobreimplicación)

Este módulo mide el componente intrínseco denominado como sobreimplicación y refiere a la dedicación excesiva al trabajo, los sentimientos negativos y positivos y las actitudes relacionadas con el trabajo por parte del trabajador; se compone de 6 ítems, en una escala tipo Likert de 4 puntos que van de: 1 “no me afecta nada” a 4 “me afecta muchísimo”. Una puntuación de la escala en el valor más alto define una condición de alto riesgo

Los reportes de consistencia interna en países europeos indican que el modulo II está en un rango de 0.61 a 0.78 para la escala de esfuerzo extrínseco y para la escala de recompensa de este mismo modulo oscila entre 0.77 a 0.88, mientras que la fiabilidad para el modulo III del componente intrínseco (sobreimplicación) varía de 0.64 y 0.82 (Siegrst y cols. 2004); mientras que en un estudio realizado por Díaz y Feldman (2010) en una muestra de trabajadores venezolanos arrojo un alfa de Cronbach de 0.83 para la escala de esfuerzo; 0.87 para la escala de recompensa y 0.57 para la de sobreimplicación. El ERI también ha sido adaptado y validado en población española con un coeficiente alfa de 0.63 en la escala esfuerzo extrínseco y de 0.80 para el modulo III (Díaz, Fernández, Hernández, Cueto y Rancaño, 2003).

Los instrumentos que se han expuesto tienen cualidades importantes, las del CCT se centran en la evaluación de las características específicas del puesto de trabajo y el grado de control sobre las tareas, mientras que el ERI tiene la ventaja de aportar información adicional sobre características de la empresa y puesto en el que se labora como la profesión, tipo de empresa, entre otras contenidas en el modulo I y el grado de recompensa obtenido por el esfuerzo (modulo II).

El CCT es el instrumento que se utiliza para los objetivos del presente estudio pues cuenta con una versión adaptada al castellano además de haber sido validada con trabajadores mexicanos.

2.7 Intervención

La evaluación que permita el diagnóstico de tensión laboral también dará la pauta para prevenir e intervenir en dicho proceso de acuerdo al nivel de afectación como se verá a continuación.

Rovira (2007) indica que en la prevención del estrés laboral se pueden diferenciar dos niveles de intervención: 1. *medidas preventivas* a implantar por parte de la organización, 2. *técnicas individuales específicas* que ayudan al trabajador al afrontamiento del estrés.

En cuanto a la intervención sobre el estrés laboral, desde la perspectiva de la organización, se pueden poner en marcha acciones sencillas como las que cita Marcacyaya (2007):

1. Dar al trabajador el tiempo necesario para realizar su trabajo satisfactoriamente.
2. Dar al trabajador una descripción clara del trabajo.
3. Recompensar al trabajador por un buen rendimiento laboral.
4. Crear vías para que el trabajador tenga la oportunidad de exponer sus quejas, y tomarlas seriamente en consideración con diligencia.
5. Armonizar la responsabilidad y la autoridad del trabajador.
6. Clarificar los objetivos y la filosofía de la empresa y adaptarlos a los propios objetivos e ideales del trabajador, siempre que sea posible.
7. Favorecer el control o la satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo.
8. Fomentar la tolerancia, la seguridad y la justicia en el lugar de trabajo.
9. Eliminar las exposiciones a factores físicos peligrosos.
10. Estudiar los fallos y los aciertos, sus causas y sus consecuencias, de actuaciones pasadas en materia de salud y seguridad en el trabajo, con vistas a acciones futuras.
11. Aprender a evitar los fallos y a fomentar los aciertos, para una mejora gradual del entorno de trabajo y de la salud.

La modificación de tales aspectos que favorecen el desarrollo del estrés no sólo repercute en una mejora del bienestar de los trabajadores, sino en una optimización de los recursos humanos que se traducirá en un mejor funcionamiento de la empresa a todos los niveles. Por otra parte, constituye una acción más directa pues interviene sobre las demandas, el grado de control, recompensas.

No obstante, a veces es muy difícil eliminar las fuentes de estrés desde su origen, pero se tiene la opción de instruir al individuo de una serie de estrategias para afrontar dichas situaciones y, si éstas son difíciles de afrontar, enseñarle habilidades para controlar las experiencias y consecuencias que el estrés produce. Así pues, constituye un planteamiento preventivo el fomentar la adquisición de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo, la capacidad para hacer frente a los requerimientos del trabajo (Rovira, 2007).

El INSHT (s/a) indica que las técnicas para la prevención de estrés a nivel individual se pueden clasificar en:

Generales. Tienen el objetivo de incrementar en el individuo una serie de recursos personales de carácter genérico para hacer frente al estrés. El desarrollo y mantenimiento de un buen estado físico tiene buenos efectos en la prevención de estrés, el instituto menciona que el ejercicio físico permite movilizar el organismo mejorando su funcionamiento y su capacidad física de cara a que esté en mejores condiciones para hacer frente al estrés, aumentando la capacidad para el trabajo físico y mejorando las funciones cardiovascular, respiratoria y metabólica; además se recomienda el desarrollo de buenos hábitos alimentarios que condicionan el estado nutricional del individuo.

El establecimiento de redes sociales, facilita el apoyo social al trabajador, ya que ante cualquier eventualidad en la que perciba que su capacidad de respuesta no es suficiente se acercará a pedir ayuda y se sentirá con más confianza en sí mismo, mejorando su adaptación e integración en su ambiente de trabajo, recordemos que el apoyo social funciona como un modulador de estrés laboral.

Cognitivas. Su finalidad sería cambiar la forma de ver la situación (la percepción, la interpretación y evaluación del problema y de los recursos propios). Las técnicas recomendadas son: 1. reorganización cognitiva, 2. modificación de pensamientos automáticos y de pensamientos deformados; 3. inoculación de estrés y detención del pensamiento.

Fisiológicas. Están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico. Las técnicas de relajación inducen un estado en el organismo de ausencia de tensión o activación con efectos beneficiosos para la salud a nivel fisiológico, conductual y subjetivo, de igual forma se proponen la técnica de relajación mental (meditación) ya que estimula cambios fisiológicos de gran valor para el organismo; el masaje es también una opción que ayuda a liberar sustancias llamadas endorfinas que dan una sensación de bienestar, además cuando el masaje se combina con una dieta adecuada ayuda a disminuir los depósitos de grasa.

Conductuales. Tienen como fin el promover conductas adaptativas: instruir al individuo en una serie de estrategias de comportamiento que le ayuden a afrontar un problema. Las técnicas más adecuadas para este propósito son las de 1. entrenamiento asertivo, 2. entrenamiento en habilidades sociales tales como relaciones interpersonales y hablar en público; 3. técnicas de solución de problemas y 4. Manejo efectivo del tiempo.

La aplicación de la mayoría de las técnicas requiere de un profesional de la psicología que determine cuáles son las más adecuadas para cada situación o caso concreto, así como para asegurarse de su correcta administración y ejecución.

Para concluir, el estrés en nuestros días es un fenómeno cada vez más extendido, en el que se encuentran implicados el individuo, la sociedad y donde el mercado laboral es cada vez más competitivo y exigente favoreciendo este fenómeno; si bien cada individuo reacciona de forma distinta a estos estresores hay medidas preventivas que ayudan a disminuir su incidencia. A nivel organizacional, una

correcta gestión del trabajo y una política más consciente de las necesidades de los trabajadores ayudan a aumentar su bienestar y productividad. A nivel individual, unos hábitos de vida saludables y una correcta organización del trabajo ayudan a evitar las situaciones estresantes, tomando en cuenta ambas consideraciones se tendrá por resultado un clima psicosocial saludable y benéfico para el individuo y la organización.

Así pues, resulta de gran necesidad la participación de los profesionales de la salud para efectuar los cambios sustanciales y hacer partícipes a los empleadores haciéndose una conciencia sobre la naturaleza, magnitud y el coste que trae consigo un efecto como el estrés laboral que son soportados tanto por el individuo (enfermedad-incapacidad) como por la empresa (ausentismo, bajo rendimiento) y la sociedad en general (coste de los seguros de enfermedad).

CAPÍTULO 3: SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

A la luz de los cambios sociales y de la evolución de las condiciones del trabajo tales como la calidad de vida, seguridad en el trabajo, las reglas y normas, la toma de decisiones etc., el interés por el problema del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout fue aumentando durante los últimos 40 años considerando que en la década de 1970, cuando Freudenberg (1974) describe el burnout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral.

3.1 Antecedentes y Definición

Durante este tiempo el SQT o burnout se ha seguido estudiando, por ello es necesario hacer una recopilación de las diferentes definiciones de este síndrome.

Para **Pines y Kafry** (1978) el burnout se define como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Posteriormente **Dale** (1979) considerado como uno de los que inicia la conceptualización del burnout, lo concibe como consecuencia del estrés laboral, y considera que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo.

Cherniss (1980), enfatiza la importancia del trabajo, como condición para la aparición del burnout y lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas. Este concepto estaría vinculado a un triple proceso:

1. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
2. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.

3. Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Otros autores que aportan una definición de burnout son **Edelwich y Brodsky** (1980), que lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo y proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

- a) Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- b) Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- c) Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales; fase considerada como el núcleo central del síndrome.
- d) Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En 1986, **Maslach y Jackson** afirman que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal las cuales se conciben de la siguiente manera:

- a) Agotamiento emocional: hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.
- b) Despersonalización: supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

c) Reducida realización personal: conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.

Más tarde **Golembiewski**, (1986) menciona que el proceso de Burnout obedece a un orden diferente (despersonalización – baja realización personal – cansancio emocional) al propuesto en el modelo de Maslach y Jackson. Por su parte **Leiter** (1988) realiza un planteamiento opuesto al anterior, señalando que el fenómeno se inicia por el cansancio emocional, al cual se reacciona con despersonalización hacia los usuarios, así los profesionales pierden su compromiso con el trabajo y aumenta su agotamiento, lo que finalmente redundaría en una baja de la realización personal (Cansancio emocional – despersonalización – baja realización personal)

Otra definición muy utilizada es la de **Pines y Aronson**, (1988) quienes señalaron que el Burnout es el estado de agotamiento emocional, físico y mental generado por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. Estas condiciones aparecen cuando los profesionales de ayuda, se implican vehementemente con las personas que atienden. Estos autores propusieron que los síntomas del Burnout pueden aparecer también en personas que no trabajan en el sector de servicios.

Por su parte **Shirom** (1989) considera al Burnout como una forma de cansancio cognitivo y sostiene que el contenido central del síndrome es la pérdida de energía que sufre el sujeto, expresada en fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.

Gil-Monte (2005), es el primero en proponer una definición para el SQT entendiéndolo como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro personal en el trabajo; por un deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y

físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

Actualmente **Gil-Monte** (2011), redefinió el SQT como una experiencia subjetiva compuesta de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en el mismo (clientes, pacientes o usuarios) y hacia el propio rol profesional, además que el síndrome no es exclusivo a personal directo con las personas.

Dado que en la actualidad se usan los términos de estrés, burnout y Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) a veces hasta como sinónimos es necesario diferenciar tales conceptos, toda vez que la denominación de los fenómenos es un referente fundamental para comprenderlos y caracterizarlos, evitando confusiones y acciones de intervención equivocadas, como sucedió con un paciente que tras once años de estar presentando una sintomatología, recibe el diagnóstico de “síndrome depresivo”, posteriormente “trastorno de ansiedad generalizada” y diez años después finalmente le diagnostican el síndrome de quemarse por el trabajo, lo que se debió a la ausencia de una categoría específica en el manual DSM-IV que permitiera identificar y delimitar el SQT (Gil-Monte, 2006).

3.2 Delimitación conceptual: ¿estrés, burnout o SQT?

Un concepto es un constructo cuyo objeto es abstraer un fenómeno de la realidad para denominarlo y diferenciarlo de otras nociones. Estas unidades de pensamiento nos ayudan a delimitar el ámbito en el que se encuentra el fenómeno y mejorar su comprensión. Por ejemplo, para la comunidad científica el concepto de síndrome es entendido como la agrupación de síntomas y signos recurrentes que puede indicar una patología (Gil-Monte, 2005).

El concepto de Burnout surgió para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de

servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, por citar algunas), razón por la cual la mayoría de la literatura se enfocó a profesionales de la salud (Felton, 1998; Vinaccia & Alvaran, 2004; Gil-Monte, Carretero & Róldan, 2005; Kumar, Baker, O'Brien & Salahuddin, 2007). Ante esto se ha argumentado que el burnout no es una patología exclusiva de los profesionales de la ayuda, o del sector servicios, sin embargo es la casuística lo que convierte al burnout en un problema especialmente relevante en este sector en donde son más dramáticas sus consecuencias (Gil-Monte, 2008), el mayor número de datos sobre su incidencia están referidos a estos colectivos profesionales, constituidos por un gran número de trabajadores en situaciones de riesgo.

Los términos burnout o síndrome de quemarse por el trabajo no deben equipararse con el estrés psicológico, sino que deben ser entendidos como una respuesta a la exposición crónica a estresores interpersonales y organizacionales. En el contexto de las organizaciones sanitarias, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares, son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome. Este síndrome también puede considerarse como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. (Gil-Monte, 2005).

El estrés hace referencia a procesos relativamente breves, el SQT es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborales. Además, el SQT implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente. No obstante, tanto estrés como SQT son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador (Breso, Salanova & Schaufeli, 2004).

Con respecto al término de "burnout", Gil Monte en el 2005 recomienda utilizar el concepto de síndrome de quemarse por el trabajo para aludir a dicho efecto en

español. Esta denominación implica también una reconceptualización de dicho ENP que enriquece la comprensión del fenómeno por diferentes razones, a saber: a) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas, b) nos informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología, c) desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizar al trabajador, d) se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial y, e) permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga y la ansiedad, entre otros.

El citado autor agrega que el concepto de SQT está íntimamente ligado al Burnout, término anglosajón acuñado originalmente por el psiquiatra Freudenberger para referirse a un tipo de estrés laboral e institucional que se generaba específicamente en aquellas profesiones de ayuda y servicio social en las que existía una relación constante y directa con las personas beneficiarias de la acción social, ámbitos en el que se enmarcan la educación. El enfoque de este autor primordialmente tiene una connotación clínica.

Así como el estrés está vinculado a diferentes causas, la mayor parte de las cuales puede pertenecer al ámbito de la vida cotidiana, las definiciones del Burnout están más asociadas al ambiente laboral, el cual tiene una incidencia elemental en el bienestar de los trabajadores. Niveles de estrés moderados (eustrés) pueden tener efectos positivos en los individuos, sin embargo el Burnout sólo tiene efectos negativos para quien lo padece. Así también, mientras que el estrés puede desaparecer con un periodo de descanso, el Síndrome de Burnout (o SQT) no declina con vacaciones ni otras formas de reposo (Gil-Monte, 2005).

Respecto de la denominación de este fenómeno, el término Burnout constituye la conceptualización original para este problema que emergió en el contexto estadounidense y desde allí se expandió por todo el orbe, sin embargo su traducción al español ha traído algunos problemas de tipo conceptual y de

comprensión. Por lo demás, a nivel fonético se habla de “burnout”, “burnaut”, “burnot”, “bernaut” y una larga lista de pronunciaciones que dificultan la comunicación. Al respecto, Gil-Monte (2005) señala que la literatura ofrece al menos diecisiete representaciones diferentes en castellano para referirse al fenómeno, designaciones como quemazón profesional, quemarse en el trabajo, síndrome del quemado y otras, pueden centrar la atención en el trabajador y no en el ambiente laboral. Por lo anterior, recomienda unificar las múltiples denominaciones de este fenómeno como “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)”.

3.3 Desarrollo del SQT

El síndrome de quemarse por el trabajo aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación...), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Además debemos tomar en cuenta las variables despersonalización/cinismo, ya que los trabajadores se vuelven indolentes y/o groseros hacia las personas que trabajan, como una coraza para posteriormente no presentar sentimientos de culpa. En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos), y para la organización (deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono,) (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Los estresores laborales elicitarán una serie de estrategias de afrontamiento que deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de

ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los trabajadores deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo o los clientes. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento. De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

Gil-Monte (2005), después de haber propuesto su definición, elaboro un modelo para explicar el proceso del desarrollo del SQT, dicho modelo hipotetiza la existencia de dos perfiles de individuos. Por una parte, están los individuos a los que las estrategias de afrontamiento cognitivas permiten justificar la utilización de conductas proscritas por la ética (lenguaje eufemista, difusión de la responsabilidad, atribución de culpa) les resulta de utilidad. Son personas que pueden permanecer por años en la organización sin desarrollar problemas individuales relevantes vinculados al estrés laboral, aunque con sus actitudes de indiferencia, apatía e indolencia; deterioran la calidad de servicio de la organización y dan lugar a quejas por parte de las personas que trabajan con ellos.

El segundo perfil, son personas que experimentan remordimientos por no realizar de manera adecuada su rol profesional, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí. En estos casos, los sentimientos de culpa intervienen en la aparición de las consecuencias del SQT (Figura 1).

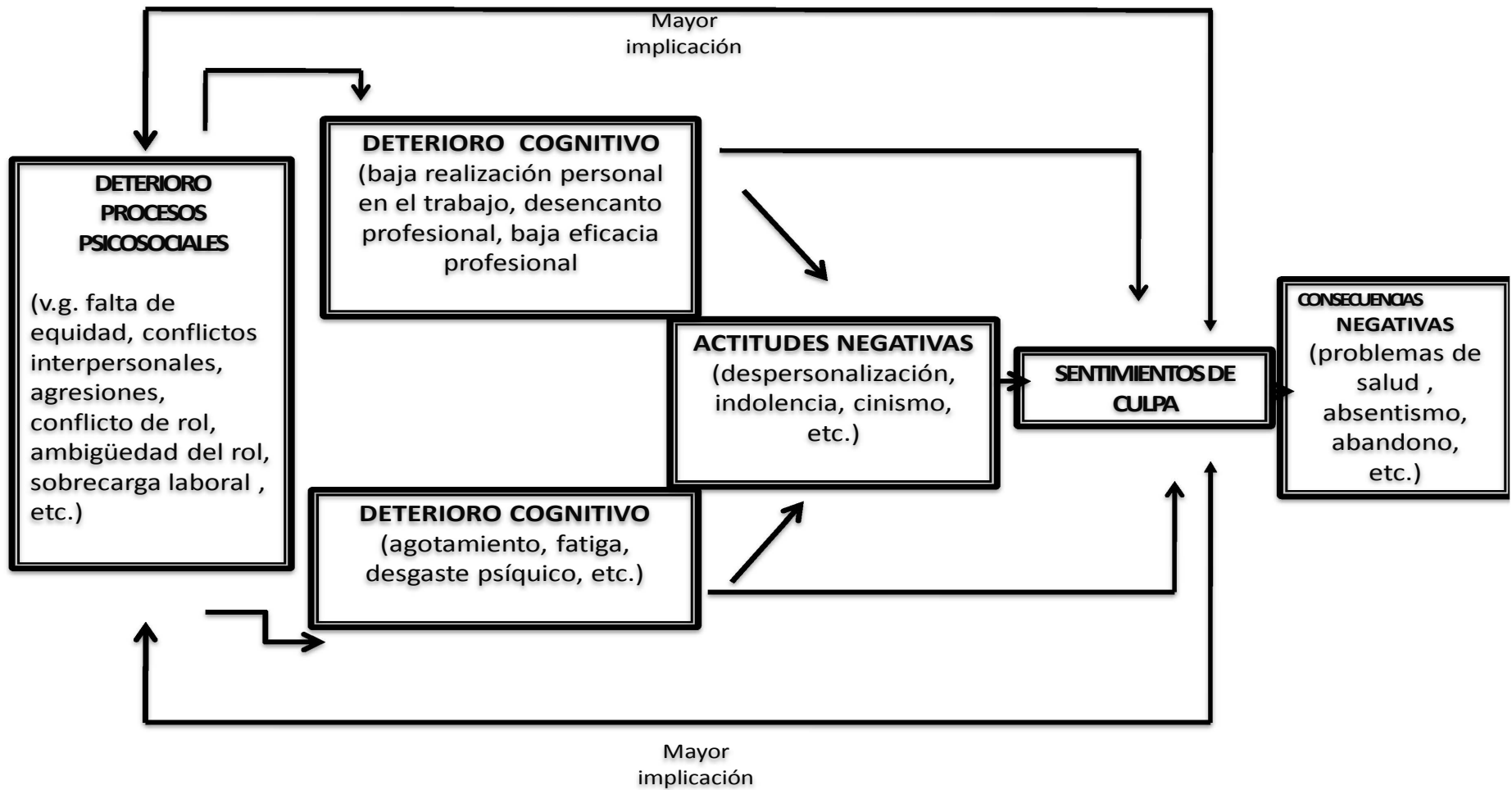


Figura 1. Función de la culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias

3.4 Modelos del SQT

Si bien el SQT surge con Freudenberg, en un espacio clínico, en la delimitación conceptual de SQT y en la consideración que se hace de sus síntomas pueden diferenciarse dos perspectivas del fenómeno: *la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial* (Gil-Monte y Peiró, 1997). El *enfoque clínico* argumenta que el SQT es un *estado* al que se llega como consecuencia del estrés laboral. Esta es una mirada útil para efectos prácticos de diagnóstico, pero no para la comprensión, tratamiento o prevención del fenómeno. Desde una *perspectiva psicosocial*, se considera el estrés como un *proceso* resultante de la interacción de variables del entorno laboral y personal. Esta visión es más ventajosa por cuanto permite entender cómo se inicia y progresa el síndrome, así como sus síntomas a lo largo de un proceso con etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. Ambas perspectivas son complementarias, pues una y otra presentan una serie de ventajas que se complementan entre sí y han permitido avanzar en el conocimiento y diagnóstico de esta patología (Gil-Monte, 2005).

A la par de estos dos enfoques, Gil-Monte (2005), señala que desde un enfoque comprensivo del fenómeno se pueden encontrar tres modelos teóricos para entender el SQT:

El ***modelo socio cognitivo del Yo*** está inspirado en los trabajos de Albert Bandura en 1987 que analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. Este modelo se caracteriza por otorgar a las variables del *self*, esto es autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto, entre otras, un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Esta aproximación teórica tiene su origen en el modelo de competencia social de Harrison (1983). Según este autor la competencia y autoeficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso. Los profesionales de ayuda que se inician en su trabajo están altamente motivados para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de filantropía. Dicha motivación, junto con la

presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del profesional en la consecución de sus objetivos laborales.

Altos niveles de motivación combinados con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, adecuada capacitación profesional, involucramiento en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, entre otros) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, factores barrera como la ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, ausencia o escases de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, entre otros, obstaculizan la consecución de objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia, y con el tiempo, se origina el SQT (Gil-Monte, 2005).

El ***Modelo de Interacción Social*** está basado en la teoría de la equidad, se plantea que en toda relación social subyace un contrato psicológico que gobierna la interacción entre dar y recibir. De acuerdo con esta teoría, las personas buscan la reciprocidad en las relaciones sociales: lo que ellos invierten y ganan de una relación debe ser proporcional a las inversiones y ganancias de la otra parte interesada en la relación (Adam, 1965).

La tesis central del intercambio social es que el SQT, se desarrolla principalmente en el contexto social e interpersonal de la organización del trabajo, y que para comprender su desarrollo se debe prestar atención a la manera en que los individuos perciben, interpretan y construyen los comportamientos de otros en el trabajo (Schaufeli, 2005).

Schaufeli, Van Dierendonck y Van Gorp (1996) han propuesto un modelo de intercambio social a nivel dual que asume que, además de una relación no equilibrada a nivel interpersonal, el SQT también se genera por una falta de reciprocidad a nivel organizacional - esto es, por una violación de lo que se conoce como contrato psicológico. Además del nivel individual y organizacional, en los procesos de intercambio social también juegan un papel los equipos de trabajo

entre compañeros. La falta de reciprocidad en la relación de intercambio con los propios colegas resulta un determinante importante del SQT.

Cuando el contrato psicológico se rompe, es decir cuando los trabajadores entregan lo mejor de sí para conseguir sus metas laborales y la organización compañeros o supervisores no responden con la misma intensidad y motivación a dichos estímulos se produce una frustración y agotamiento por parte del trabajador que es respondido con cinismo y despersonalización. Esta situación se observa en los tres niveles: individual (con los subordinados), de equipo (con los compañeros) y en la relación con la organización.

Para la mayoría de los trabajadores, invertir en una relación sin recibir resultados apropiados implica un alto consumo de energía, que es extremadamente frustrante y depresivo. El agotamiento emocional resultante normalmente se aborda disminuyendo las inversiones en la relación con los otros. Esto es, respondiendo a los estudiantes de una manera distanciada y cínica, 'despersonalizada', en lugar de expresar la empatía que resulta genuina en este tipo de contextos (Schaufeli, 2005).

La falta de reciprocidad en los tres niveles de intercambio social está positivamente relacionada con el agotamiento emocional mientras que, además, la falta de reciprocidad en la relación con los otros está también positivamente relacionada con la despersonalización y la falta de realización personal.

El **Modelo organizacional** considera a los modelos elaborados desde la teoría organizacional que se caracterizan por la importancia de los estresores del contexto de la organización, las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse o consumirse por el trabajo, las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. (Gil-Monte y Peiró, 1999, Gil-Monte, 2002).

Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultural y el clima organizacional como

variables claves en la etiología del síndrome. Los antecedentes del SQT varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el Síndrome de Quemarse por el Trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. En contraste, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otro lado, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Por diferencia, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal.

Por lo anterior, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional, dado que a través de este apoyo es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional. Esta variable es considerada en el modelo una variable central para la intervención sobre el SQT (Gil-Monte, 2005).

Los modelos teóricos descritos anteriormente han servido para explicar, desde distintas perspectivas, el fenómeno conocido como SQT, ante esto Gil-Monte y Peiró (2000) han tomado aspectos relevantes de cada modelo dado que consideran que la aparición del SQT se ve facilitada por la interacción de variables sociocognitivas, de interacción social y del ámbito laboral. Esta explicación ha sido denominada como *modelo interaccionista* (Figura 2).

Estresores Organizacionales

Entorno Social de la Organización

- Condiciones sociodemográficas
- Cambios en normativa y legislación
- Sociedad de la queja
- Pérdida de prestigio social
- Agresiones de las personas con las que se labora
- Sobrecarga Laboral
- Expectativas profesionales irreales

Sistema físico-tecnológico de la Organización

- Variables estructurales (complejidad, formalización, centralización, etc.).
- Configuración estructural
- Política organizacional
- Falta de Apoyo Institucional
- Normas burocráticas
- Características de la tarea
- Tecnología de la Organización

Sistema social-interpersonal de la Organización

- Conflicto de rol
- Ambigüedad de rol
- Incertidumbre de la relación de las

Estrés percibido

(aparición –percepción cognitiva por el individuo de las fuentes de estrés)

Estrategias de afrontamiento

(dirigidas al problema, dirigida a las emociones; cognitivas y/o conductuales)

Resultados del estrés laboral crónico

SQT

Deterioro cognitivo

Deterioro emocional

Actitudes negativas

Sentimientos de culpa

Otros resultados:

- Fisiológicos** (hipertensión, taquicardia, aumento de catecolaminas, etc.)
- Psicológicas** (alineación moral baja, insatisfacción, etc.)
- Comportamentales** (atención y esfuerzo disminuido, irritabilidad, etc.)

Consecuencias

Salud/Familia

- Úlceras
- Infecciones respiratorias
- Enfermedad coronaria
- Insomnio
- Depresión
- Dolores de cabeza
- Alergias
- Suicidio/divorcio, etc.

Desempeño:

- Absentismo
- Rotación
- Sabotaje
- Accidentes Laborales
- Deterioro de la calidad
- Disminución de la calidad
- Toma de decisión con eficacia disminuida, etc.

Demográficas/biológicas

- Edad
- Sexo
- Ocupación

Cognitivas/afectivas

- Autoeficacia
- Altruismo
- Orientación comunal

Diferencias individuales

3.5 Factores desencadenantes del SQT

En las organizaciones, existen una serie de variables que influyen sobre la conducta de los trabajadores favoreciendo o dificultando su ejecución. Cuando dificultan la ejecución de la conducta y los trabajadores perciben que de esa mala ejecución se derivan consecuencias negativas para ellos, esas variables se convierten en las fuentes de estrés que al hacerse crónicas pueden originar la aparición del SQT. Estas variables son agrupadas y descritas según Gil-Monte (2005), como sigue:

Antecedentes del Entorno Social de la Organización, esta categoría considera los cambios en las condiciones socio-demográficas caracterizado por el rápido aumento de las poblaciones de referencia que se consideran para dotar a las organizaciones, lo que origina escases de plaza de trabajo, de medios y de personal en las plantas, con la consiguiente sobrecarga laboral. Estos cambios también han originado un desequilibrio entre la actividad para la que los trabajadores han sido formados y la que se les pide que realicen, y consecuentemente disfunciones en el desempeño de los roles.

A esto se agregan los cambios en las normativas y en la legislación que rige la empresa, lo que origina crisis de identidad en el colectivo de los trabajadores y cambios en la responsabilidad jurídica vinculada a sus labores. También se suman los cambios en la cultura de la población, lo que se plasma en el fenómeno denominado “sociedad de la queja”, en la pérdida de prestigio social de los trabajadores petroleros, que en demasiadas ocasiones llegan a las agresiones físicas y verbales.

Otro aspecto vinculante es el cambio en las condiciones tecnológicas, que tienen como consecuencia la aparición de sobrecarga laboral cualitativa y el surgimiento

Antecedentes del Sistema Físico -Tecnológico de la Organización, las organizaciones de servicios han adquirido gran relevancia en la actualidad. Su función principal es velar por la calidad del servicio y el bienestar de los

ciudadanos a los cuales atiende. No obstante lo anterior, muchas de estas organizaciones funcionan bajo un modelo burocratizado, con una serie de normas, reglas y procedimientos rígidos que hacen muy difícil que sus trabajadores cumplan con su rol profesional. Esta situación es fuente de frustración para estos y atenta contra la calidad del servicio que prestan.

En esta categoría se encuentran las variables relacionadas con la configuración estructural de la organización (complejidad, formalización y centralización). Dos tipos de estructuras organizacionales son las que favorecen la aparición del SQT: la burocracia mecánica y la burocracia profesionalizada. Algunas variables vinculadas a la estructura son: la percepción por parte de los profesionales de las políticas organizacionales y del apoyo institucional, las normas burocráticas, la subcontratación de servicios y actividades, y las características de la tarea que los trabajadores deben desarrollar.

Por otro lado, la tecnología como desencadenante de estrés afecta a los trabajadores a través de diferentes circunstancias del puesto y de la organización. Puede facilitar o dificultar el desempeño de la tarea, y conlleva un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo. Este cambio puede afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto dependiendo de su grado de ajuste al sistema tecnológico. Variables vinculadas a la tecnología, como el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, las demandas de atención exigidas, el ambiente físico de trabajo impuesto, el aislamiento social y las disfunciones en los roles, entre otros, pueden ser variables desencadenantes del SQT.

Antecedentes del Sistema Social-Interpersonal de la Organización, las relaciones interpersonales son el sustrato del que van a surgir las principales fuentes de estrés antecedentes del SQT. El deterioro de estas relaciones o su percepción negativa son condiciones imprescindibles para que se desarrolle el síndrome. La conducta de los individuos en las organizaciones es el resultado de la interacción de diferentes sistemas entre los que se encuentran los roles que, a

su vez, son resultado de la interacción entre el entorno personal de los miembros de la organización y el entorno socio-interpersonal de la organización en la que desempeñan su trabajo.

En este ámbito se circunscriben variables como las disfunciones en los roles laborales. Los roles son el conjunto de formas prescritas o estandarizadas de conducta que pueden ser adoptadas por los miembros de la organización mediante procesos de interacción social. Las principales disfunciones de roles son la ambigüedad y el conflicto de rol. La ambigüedad de rol se debe a la incertidumbre que el individuo que lo desempeña tiene respecto al mismo por falta de información. En tanto el conflicto de rol aparece cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

La falta de apoyo social en el trabajo procedente de los compañeros, de los supervisores y de la dirección de la institución, es otra variable que afecta significativamente el desempeño del trabajador. Si no reciben ningún tipo de apoyo técnico o emocional tiene mayores posibilidades de desarrollar estrés y consecuentemente SQT.

Los conflictos interpersonales, en especial con los compañeros, supervisores o subordinados son también antecedentes en la aparición de SQT. Los conflictos interpersonales pueden inducir una autoevaluación negativa y sentimientos de fracaso profesional, así como importantes niveles de desgaste emocional en los docentes.

Otra variable asociada a este grupo tiene que ver con el contagio del SQT debido a mecanismos de modelado. Según la teoría Social Cognitiva (Bandura, 1987), los individuos imitan las actitudes y conductas que observan en los otros. Este contagio también puede ser emocional ya que los miembros de la organización pueden transmitir a sus compañeros emociones negativas (por ejemplo, agotamiento emocional) las cuales son imitadas en sus aspectos verbales, fisiológicos y/o conductuales.

Antecedentes del Sistema Personal de los Miembros de la Organización, en este grupo se enfatizan dos variables vinculadas a la interacción social que influyen significativamente en la aparición del SQT: la autoeficacia y la motivación para la ayuda. Al respecto, Bandura (1987) define la autoeficacia percibida como las creencias del individuo sobre sus capacidades para organizar y realizar las conductas necesarias que le permitan alcanzar los resultados deseados. Las creencias de autoeficacia son resultado de procesos de aprendizaje vinculado a las relaciones interpersonales o del éxito de la propia ejecución de los individuos. Los estilos de relación interpersonal de sujeto, la forma que tiene de manejar los problemas, la expresión y control de sus emociones, y su concepción de sí mismo son características vinculadas a las creencias de autoeficacia de las personas, y tienen especial relevancia en la aparición y desarrollo del SQT.

La percepción de autoeficacia es un fuerte motivador para los seres humanos, y cuando es frustrada aparecen altos niveles de estrés. Esta frustración y los sentimientos de fallo psicológico que supone pueden llevar al individuo a un retiro emocional de la situación. Por el contrario, individuos con altos niveles de autoeficacia superan o afrontan más eficazmente el estrés y consecuentemente previenen mejor la aparición del SQT. En este mismo sentido, la autoconfianza es otra variable personal vinculada a las creencias sobre la capacidad para realizar la tarea encomendada.

En relación a la motivación, la conducta para la ayuda se define como toda acción que busca proporcionar algún beneficio o incrementar el bienestar de otra persona. Dicha conducta puede estar motivada por razones de carácter prosocial, por motivaciones altruistas o por motivos de cooperación. Al iniciar una profesión o trabajo se presentan altos niveles de motivación y deseos de ayudar a los demás, sin embargo, la colisión frecuente con factores barrera impide la consecución de sus objetivos y disminuye la percepción de autoeficacia, lo que paulatinamente va erosionando la motivación por ayudar. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo aparece en primer lugar el estrés y posteriormente el SQT.

En este grupo también se incluyen variables sociodemográficas, como el sexo o la edad de los sujetos, las variables de personalidad persistente, el locus de control, la afectividad negativa y las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas por los individuos.

Respecto de estas últimas, los trabajadores que emplean estrategias de evitación/escape o estrategias centradas en la emoción muestran mayor tendencia a desarrollar el SQT frente a los que utilizan estrategias activas o centradas en el problema.

Referido a la variable género, la revisión de la literatura ha llevado a concluir que existe una tendencia a obtener diferencias significativas entre hombres y mujeres, particularmente en los niveles de despersonalización en donde los hombres puntúan más alto que las mujeres. Para la variable edad, los resultados no son concluyentes. En algunos estudios se obtiene que con el transcurso de los años disminuye la frecuencia de aparición del SQT. En otras investigaciones, los trabajadores que se encuentran en el intervalo entre los 30 a 50 años presentan niveles más elevados del síndrome, lo que puede ser explicado a partir del crecimiento profesional que el individuo experimenta en este periodo, situación que aumenta la vulnerabilidad al estrés laboral. Para otros aspectos como el estado civil, grado académico o tipo de contrato, los resultados obtenidos en los estudios son muy dispares por lo que resulta difícil concluir sobre la existencia de tendencias (Agut, Grau & Beas, 2000; Vanwesenbeeck, 2005 y Montgomery, Panagopolou, & Wildt 2006).

3.6 Síntomas del SQT

Se plantea que dentro de la literatura hay más de 100 síntomas relacionados con el SQT que son observados por el clínico más que por el individuo afectado, por lo cual tomaremos los principales síntomas psicológicos clasificados como:

Síntomas cognitivos: sentirse contrariado, inseguro, que no se valora el trabajo desempeñado y que no se mejora; pérdida de autoestima expresada como

percibirse incapaz para realizar las tareas, pensar que no se puede abarcar todo, que se trabaja mal y que no se tiene control.

Síntomas afectivo-emocionales: agobio, nerviosismo, irritabilidad, mal humor, enfado, frustración, agresividad, desencanto, aburrimiento, tristeza, depresión y sentimiento de culpa.

Síntomas actitudinales: falta de ganas de seguir trabajando, apatía, irresponsabilidad, estar harto, intolerancia, impaciencia, quejarse por todo, evaluar negativamente a compañeros, romper con el entorno laboral, mostrar al cliente como un enemigo, frialdad hacia las personas con que se labora, no aguantarlos y culpar a los demás de su situación.

Conductuales: aislarse, no colaborar, contestar mal y enfrentarse.

Físicos: cansancio, dolor de cabeza y de las extremidades.

3.7 Consecuencias del SQT

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997).

1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías: a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad. d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas

musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión).

2) Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

3.8 Instrumentos de Evaluación

Se han desarrollado diferentes instrumentos para medir este síndrome, tales como el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Jones, 1980), el Burnout Measure (MB) (Pines y Aronson, 1988), el Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Melamed, Kushnir y Shiron, 1991) y el Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti, Bakker, Vardakou y Kantas, 2003). Sin embargo, es el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981, 1986) el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado su investigación sistemática desde su creación en 1981. Como señalan Schaufeli y Enzmann (1998), más del 90% de los estudios que se han llevado a cabo en este campo han empleado el MBI como medida de burnout. La importancia del MBI en la investigación queda patente cuando se advierte que la estructura y la definición operativa del burnout no fue teóricamente elaborada hasta su construcción.

3.8.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

En sus primeras formulaciones, Maslach (1976), definía al burnout como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al

distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo. La primera publicación del cuestionario aparece en 1981 como resultado de numerosas entrevistas de caso y se formula como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal*” (Maslach y Jackson, 1986). Desde esta perspectiva, fundamentalmente asistencial se han desarrollado tres versiones del MBI: 1) *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey* (MBI-HSS) está dirigida a los profesionales de la salud y está considerada la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Consta de tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben el cansancio emocional, la despersonalización y baja realización personal; 2) *Maslach Burnout Inventory- Educators Survey* (MBIES), la versión del MBI-HSS destinada a evaluar a los profesionales de la educación (Schwab, 1986). Mantiene la estructura trifactorial de la versión anterior y permanece también inalterada la denominación de las escalas, únicamente substituye el término paciente por el de alumno y 3) *Maslach Burnout Inventory- General Survey* (MBI-GS), ideado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Esta última elaboración del cuestionario se caracteriza por poseer un carácter más universal en cuanto a que el síndrome es evaluado en profesiones no asistenciales, es decir, no es exclusivo de profesionales cuyo trabajo son las personas.

3.8.2 Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Este instrumento está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Mediante esta escala el individuo indica, con un rango de 5 adverbios que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (4), la frecuencia con la cual experimenta cada una de las situaciones descritas en los reactivos de la escala. El análisis factorial de los 20 ítems que forman esta escala muestra una estructura de cuatro dimensiones, con un alfa de cronbach superior al .70 (Gil-Monte et al., 2006)

Ilusión por el trabajo, medida por 5 ítems y definida como el deseo del individuo por alcanzar las metas laborales que percibe como fuente de placer personal $\alpha =$

Desgaste psíquico, medido por 4 ítems y conceptualizado como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas $\alpha = .80$

Indolencia, medida por una escala conformada por 6 ítems y definida como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización $\alpha = .70$

Culpa, valorada con escala de 5 ítems y conceptualizada como la expresión de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales $\alpha = .79$

Además se han hecho estudios de validación en población mexicana, principalmente en maestros y médicos, encontrando alfas mayores de .70 (Gil-Monte & Zuñiga, 2009 y Gil Monte, Unda & Sandoval, 2009), a excepción de dos estudios realizados con maestros mexicanos donde se encontró un $\alpha = .67$ en la dimensión Indolencia (Gil-Monte & Noyola, 2011 y Mercado & Gil-Monte, 2012).

Cabe mencionar que Gil-Monte (2011) publicó una nueva versión destinada a trabajadores que no tienen contacto directo con personas (CESQT-DP), donde suprime la escala que mide la dimensión indolencia y agrega la escala de Desencanto profesional definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, caracterizada por un deterioro cognitivo consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo y por un deterioro afectivo expresado como agotamiento emocional y físico. Estos cambios obedecen al ajuste que realizó en la definición de SQT dada en el 2005, manteniendo 3 de las dimensiones plateadas y agregando el desencanto profesional que no tiene el carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. El cuestionario fue validado en población española obteniendo un $\alpha = .82$ en la dimensión desencanto profesional.

El CESQT frente a otros instrumentos existentes tiene las siguientes ventajas: a) parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, b) si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afectación que presentan los individuos, y c) supera las insuficiencias psicométricas del MBI en poblaciones mexicanas, con alfas entre .38 y .68 (Meda et al., 2008).

Tal vez el MBI es el instrumento más utilizado en todo el mundo, sin embargo presenta algunos problemas psicométricos y de contenido que se agudizan al traducirse a otros idiomas. Los más relevantes son los siguientes: a) aunque con frecuencia se ha obtenido apoyo empírico para confirmar la estructura trifactorial del MBI, también son frecuentes los estudios en los que se ha obtenido una estructura factorial diferente, b) algunos reactivos presentan problemas de cargas factoriales, pues el modelo factorial mejora significativamente si se elimina el reactivo 12 («Me encuentro con mucha vitalidad») y el reactivo 16 («Trabajar en contacto directo con los alumnos me produce bastante estrés») y c) existen también problemas relacionados con la comercialización del instrumento, lo que afecta a su difusión y limita su utilización (Gil Monte, Unda & Sandoval, 2009).

Por lo anterior en la presente investigación se decidió trabajar con el CESQT y la definición elaborada por Gil-Monte (2005) ya mencionada con anterioridad.

3.9 Intervención

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Dentro de las estrategias a nivel individual los trabajadores pueden afrontar la situación y sus consecuencias poniendo en práctica ciertas habilidades y estrategias útiles como el entrenamiento en solución de problemas, el

entrenamiento de la asertividad, y los programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz. Estas acciones también son útiles para el trabajo preventivo, ya que fomentan y promueven la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral; recordemos que la capacidad de adaptación y el afrontamiento constituyen una función de múltiples factores personales, por ello, de igual forma se recomienda trabajar con el autoestima, autoconcepto y el locus de control interno (Guerrero & Rubio, 2005).

El modelo cognitivo conductual permite desarrollar un tratamiento fundamentado en la interacción persona y medio, centrado en conductas específicas actuales y en las variables que las controlan en el momento presente (Guerrero & Vicente, 2002).

En el nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. A través de tal apoyo los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos y otros tipos de ayuda.

En cualquier situación una de las fuentes más importantes de apoyo social proviene de los grupos informales, para la investigadora Torres (2002), tiene diferentes impactos sobre el estrés laboral: a) considerado como variable que reduce los efectos de dicha tensión, b) concebido como un factor modulador entre la acción del estrés y sus efectos y c) como estrategia de afrontamiento,

Por último, es muy importante considerar el nivel organizacional, pues el origen del problema está en el contexto laboral y por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias más relevantes para la prevención del síndrome de quemarse por el trabajo que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son los programas de socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación y los procesos de desarrollo organizacional.

Los programas de socialización anticipada pueden prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias. La filosofía que subyace a los programas de socialización anticipada es que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral. El choque se vivencia en un contexto "de laboratorio" que permite desarrollar estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen (Gil-Monte y Peiró, 1997).

La implantación de sistemas de evaluación y retroinformación se centra en preparar al trabajador para la ejecución futura y tiene como objetivo cambiar a través del autoaprendizaje y el crecimiento personal. Se basa en el asesoramiento, en el establecimiento de objetivos y en la planificación de carrera, asigna al evaluador el rol de asesor y otorga a los profesionales un rol activo y de participación en el diseño de planes futuros para la ejecución laboral, todo esto es con el propósito de mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la organización. Así el objetivo del profesional es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa en donde el énfasis se sitúa en los equipos formales de trabajo (Gil-Monte, 2001).

Para combatir el SQT se debe tomar un enfoque holístico que sea a la vez integral y agresivo centrándose en la combinación de cuerpo, mente y espíritu, e incorpora al mantenimiento general de la salud, acciones nutricionales y terapias alternativas; aunque sabemos que no hay estudios que comprueben su efectividad en el SQT, sin embargo la terapia alternativa ha tenido éxito para problemas de estrés o depresión (López, 2002).

Los distintos trabajos que hemos revisado ponen de manifiesto que, para explicar la complejidad del síndrome de burnout, éste se ha de enfocar desde una perspectiva amplia, que garantice la prevención y tratamiento integral que intervenga todas sus dimensiones

Ante lo recapitulado podemos ver como el SQT es uno de los efectos más estudiados en la actualidad, que tiene una definición, una metodología y una intervención bien establecida y que concuerdan, sin embargo es necesario que otros autores se interesen en el tema además del Dr. Gil-Monte a quien se debe a buena parte el desarrollo de esta temática.

CAPÍTULO 4. ESTUDIO DE CAMPO EN 1320 TRABAJADORES PETROLEROS

Como se ha mencionado en capítulos anteriores los FPS pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud del trabajador dependiendo de la relación entre las condiciones de trabajo y variables del propio trabajador, es así como se genera el propósito de este estudio de averiguar la incidencia de EN causados por FPS-R y cuáles son específicamente.

A continuación se describe la metodología llevada a cabo y los resultados de dicha investigación.

4.1 Muestra

En el estudio participaron 1,320 trabajadores de la industria petrolera mexicana de cuatro centros: 455 pertenecientes a Regiones Marinas, 431 de Región Sur, 413 de Región Norte y 21 de la Sede Ciudad de México. La población total la conformaron 59 mujeres y 1261 hombres. De la población total 1063 son casados, 35 divorciados, 75 en unión libre, 5 viudos y 142 solteros.

4.2 Instrumentos de Evaluación

Efectos Negativos (EN)

Estrés-Tensión Laboral. Se utilizó el Cuestionario de Contenido de Trabajo (CCT) formado por 23 ítems. El cuestionario se conforma de cuatro dimensiones: 1. Uso de habilidades, 2. Latitud de decisión, 3. Demandas físicas y 4. Demandas psicológicas; las opciones de respuesta son tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de: 1 “totalmente en desacuerdo” a 4 “completamente de acuerdo”, tal cuestionario ha sido validado en trabajadores mexicanos arrojando una confiabilidad de 0.85 a 0.91 (Tovalín, Rodríguez, Cruz, et. al., 2008; Escribà, Más y Flores, 2001; Pulido, Cobo y Martínez, s/a).

Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT). Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) formado por 20 ítems. El cuestionario se conforma de cuatro dimensiones: 1. Ilusión por el trabajo ($\alpha=.76$), 2. Desgaste psíquico ($\alpha=.82$), 3. Indolencia ($\alpha=.73$) y 4. Culpa ($\alpha=.79$); las opciones de respuesta son tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de: 0 “nunca” a 4 “Muy frecuentemente: todos los días” (Gil-Monte, Unda y Sandoval, 2009).

Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R)

El apoyo social ($\alpha=.82$) percibido en el trabajo se estimó mediante una escala que recoge aspectos del apoyo social procedente de los compañeros, del supervisor, de la organización y de los mismos familiares de la Batería de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia; las opciones de respuesta son tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de: 0 “nunca” a 4 “Muy frecuentemente: todos los días”.

Para realizar la evaluación de los Factores Psicosociales: Conflicto de rol ($\alpha = .78$), conflictos interpersonales ($\alpha= .76$), inequidad de los intercambios sociales ($\alpha= .74$), falta de autoeficacia ($\alpha=.86$), sobrecarga laboral ($\alpha= .73$) y ambigüedad de rol ($\alpha= .79$) se utilizaron los instrumentos publicados por Grau (2008); las opciones de respuesta son tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de: 0 “nunca” a 4 “Muy frecuentemente, todos los días”.

Personalidad tipo A. Se utilizó el inventario Perfil de Conducta Tipo A (PCTA), las opciones de respuesta son tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de: 1 “nunca” a 4 “siempre”, cuyo coeficiente de consistencia es de (Reynoso-Erazo, Seligson, 1997).

4.3 Procedimiento

La población fue seleccionada de manera intencional por la empresa de acuerdo a la definición que tienen de puestos con categorías críticas o de riesgo y bajo este

parámetro el .llenado de los instrumentos se llevó a cabo en las oficinas del área de Recursos Humanos de las cuatro regiones (Regiones Marinas, Región Norte y Sur, y Sede Ciudad de México). Cada instrumento fue aplicado bajo la supervisión de psicólogos que atendían las dudas de manera individual durante el llenado de los cuestionarios.

Los resultados obtenidos, se capturaron y analizaron mediante el programa (SPSS) versión 16. Se calcularon los puntajes Z que permiten estimar la dirección y la distancia de un valor respecto a la media, expresada en unidades de desviación estándar, lo que facilita saber los datos que están dentro y fuera de la media calculada por el programa y así poder interpretar los resultados obtenidos.

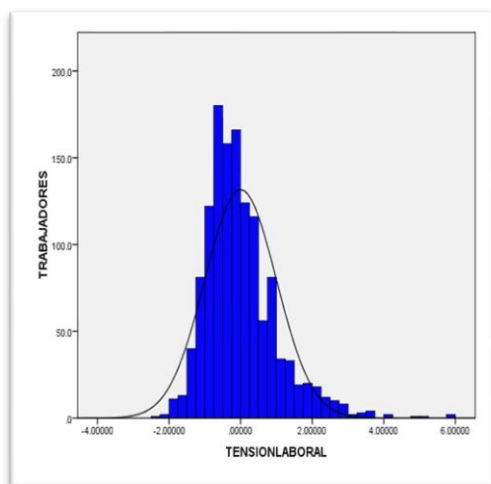
Una vez obtenida la incidencia de los EN (Estrés-Tensión Laboral y SQT) y de cada FPS-R (conflicto de rol, conflictos interpersonales, inequidad de los intercambios sociales, falta de autoeficacia, falta de apoyo social, sobrecarga laboral, ambigüedad de rol y Personalidad tipo A) se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson para identificar los FPS-R asociados a la Tensión Laboral y al SQT con un grado de error de 0-01.

4.4 Resultados

A continuación se describe la incidencia de Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo cada una con las dimensiones que las definen en los 1320 trabajadores de la industria del petróleo.

Estrés-Tensión Laboral

Se describen la gráfica y tabla de la incidencia de Estrés-Tensión Laboral. De



Gráfica 1. Incidencia de Estrés-Tensión Laboral en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana

acuerdo a la curva de distribución normal calculada por el programa la gráfica 1 muestra que la mayor parte de la población registró puntajes que se localizan cerca de la media (-1 a 1), lo cual significa, que estos trabajadores tienen un equilibrio entre las demandas de su trabajo y el control que tienen sobre ellas. Entre el valor 1 y 2 se localizan los casos con Tensión Laboral leve y después del puntaje 2, se indican los de mayor tensión.

En la tabla 1 se presenta la frecuencia y porcentaje por categorías de la evaluación de Tensión Laboral. Así, se observa que 1,003 (76%) de trabajadores

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin relevancia	-1 a -3	148	11.2%
Mínimo	-1 a 1	1003	76%
Leve	1 a 2	106	8%
Moderado	2 a 3	48	3.7%
Severo	3 o más	15	1.1%

Tabla 1. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Estrés-Tensión Laboral por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

reportaron un control equilibrado de las demandas que su puesto de trabajo exige; mientras que 106 (8%) se encuentran en la categoría de “leve” indicando que existe un ligero

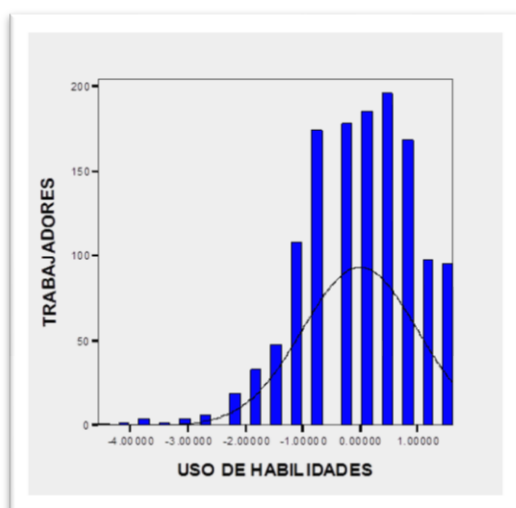
desequilibrio entre demandas y control sobre ellas. Los casos ubicados en las categorías denominadas como “moderado” en el que hay una población de 3.7%

(48) trabajadores y “severo” con 1.1% (15) casos, padecen de estrés-tensión laboral en estos grados, debido a que son mayores las demandas del puesto con respecto al grado de control que el trabajador ejerce sobre ellas.

A continuación se describen las gráficas y tablas de los resultados de cada una de las cuatro dimensiones que mide el CCT: 1. *Uso de habilidades*, 2. *Libertad de decisión*, 3. *Demandas físicas* y 4. *Demandas psicológicas*.

1. Uso de habilidades

En la gráfica 2 se observa que la mayor parte de trabajadores, se encuentran



Gráfica 2. Incidencia del Uso de Habilidades en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

alrededor de la media según la distribución normal calculada por el programa, además se observan valores bajos y muy bajos, sin datos cercanos y superiores a 2 o más puntajes Z. Los ubicados en valores mayores a -1, corresponden a trabajadores que consideran que su puesto de trabajo no les exige o permite el uso de habilidades, a diferencia de los valores mayores a 1 que indican que los trabajadores tienen oportunidad de utilizar sus habilidades.

En la tabla 2 se aprecia que en la categoría de valores “medios” se encuentra el

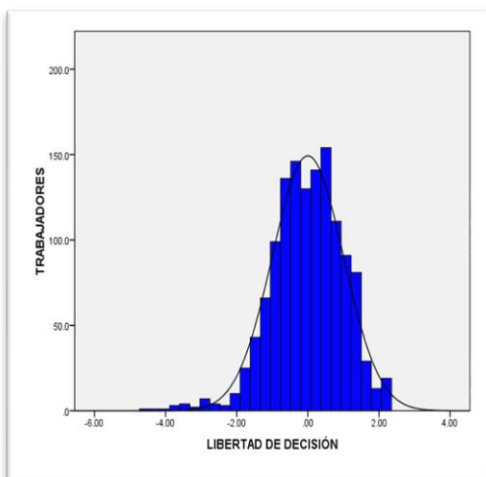
CATEGORÍA	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bajos	-2 o más	38	3%
Bajos	-1 a -2	189	14.3%
Nivel Medio	-1 a 1	901	68.2%
Altos	+1 a 2	192	14.5%

Tabla 2 Frecuencia de trabajadores y porcentaje del Uso de Habilidades por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

68.2% (901) trabajadores, es decir, las actividades de su puesto de trabajo les permiten de alguna manera el uso de sus habilidades; en la categoría de “alto” se

ubica el 14.5% (192) de los trabajadores, los cuales consideran que en su trabajo pueden aplicar sus capacidades. Los casos que se encuentran en las categorías de “bajos” son un 14.3% (189) y “muy bajos” con 3% (38) casos, mencionaron que las actividades que desempeñan les impiden el uso y desarrollo de habilidades.

2. Libertad de decisión



La gráfica 3 muestra que los resultados de esta variable se encuentran, en su mayoría, dentro de la curva de normalidad. Gran parte de la población está dentro de la media (valores de -1 a 1). Los casos con limitada libertad de decisión se ubican hacia la izquierda a partir de -1.

Grafica 3. Incidencia de la Libertad de decisión en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

La tabla 3 muestra la frecuencia y porcentaje de casos por categorías de la variable libertad de decisión, ubicándose 917 (69.4%) se encuentran dentro de la

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin relevancia	+1 a +3	233	17.7%
Medio	-1 a +1	917	69.4%
Bajo	-1 a -2	134	10.2%
Muy bajo	-2 a -3	24	1.8%
Extremadamente bajo	-3 ó menos	12	0.9%

Tabla 3. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de la Libertad de por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

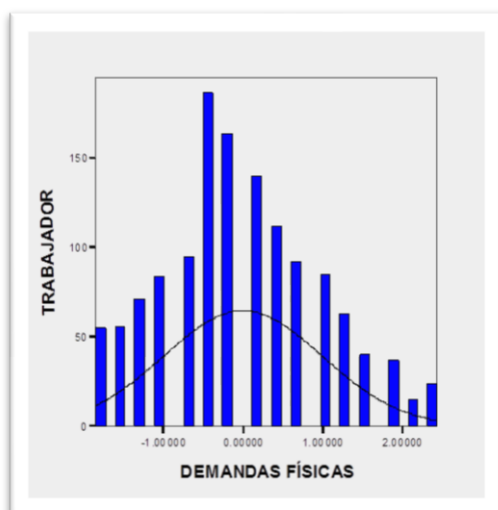
media indicando que tienen la autonomía necesaria para utilizar su creatividad y

decidir sobre las labores que

desempeñan en su puesto de trabajo; los casos ubicados en las categorías denominadas “bajo” con 10.2% (134) casos, “muy bajo” 1.8% (24) casos, y

“extremadamente bajo” con 0.9% (12), reportaron que sus posibilidades de decisión dentro del puesto de trabajo suelen ser muy limitadas.

3. Demandas físicas



Grafica 4. Incidencia de Demandas físicas en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

En la gráfica 4 se puede observar que la mayor parte de la población estudiada se ubica dentro de los valores promedio, en proporciones mayores a la distribución normal calculada por el programa; el resto, se distribuye hacia valores de 1 y 2 desviaciones estándar. En los valores mayores a 1 y 2 se localizan los casos que corresponden a los trabajadores que consideran altas o muy altas las exigencias físicas de sus puestos de trabajo.

La tabla 4 muestra que en la categoría “Bajos”, se localiza el 13.8% (182 de los casos), que corresponden a trabajadores que no perciben exigencias físicas en

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajos	-1 a -2	182	13.8%
Nivel Medio	-1 a +1	874	66.3%
Alto	1 a 2	225	17%
Muy Altos	2 a 3	39	2.9%

Tabla 4. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de demandas físicas por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

sus actividades cotidianas; en el nivel “medio” se encuentra la mayor parte de la población estudiada

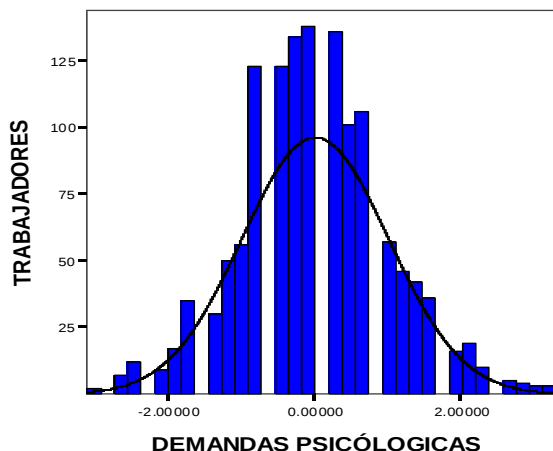
66.3% (874) casos,.

Las categorías “alto”

con 17% (225) y “muy alto” con 2.9% (39), indican que el puesto de trabajo desempeñado exige un esfuerzo físico mayor.

4. Demandas psicológicas

La gráfica 5 muestra una distribución normal de los datos con una proporción



Grafica 5. Incidencia de Demandas psicológicas en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

importante y mayor a la calculada por el programa que se concentra cerca de la media generando una curtosis afilada. Los casos ubicados después del puntaje -1 indican el mayor control sobre demandas de tipo psicológico. Después del puntaje 1 se encuentran los casos en que se supera el control sobre demandas psicológicas.

Como se observa en la tabla, el 73.8% de los trabajadores (974), se encuentran con niveles medios de demandas psicológicas ubicados entre los puntajes -1 a 1;

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Extremadamente bajos	-3 a -4 ó más	2	0.2%
Muy bajos	-2 a -3	28	2.1%
Bajos	-1 a -2	132	10.1%
Nivel Medio	-1 a 1	974	73.8%
Altos	1 a 2	140	10.6%
Muy Altos	2 ó más	44	3.3%

Tabla 5. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Demandas psicológicas por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

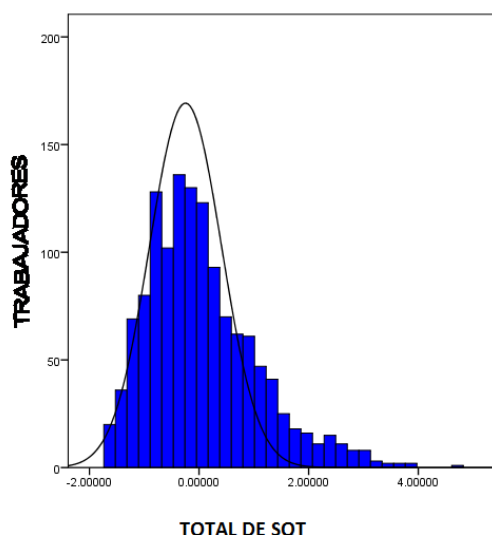
en las categorías “bajas”, “muy bajas” y “extremadamente bajas”, se concentran el 12.4% de los trabajadores (162) indicando que el grado de control que ejerce el trabajador es mayor que las demandas de

su actividad mientras que los trabajadores que manifiestan que las demandas psicológicas rebasan su grado de control se ubican en las categoría de “altos” y con un 10.6% (140) en “muy altos” se localizaron el 3.3% (44) de los trabajadores

A continuación se describen los resultados de incidencia de SQT y cada una de las dimensiones que conforman al constructo,

Total de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)

A continuación se muestran los resultados del Total de Síndrome de Quemarse



Grafica 6. Incidencia de SQT en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

por el Trabajo, para tal efecto se sumaron las puntuaciones de las dimensiones de Desgaste Psíquico, indolencia e Ilusión por el trabajo. Cabe mencionar que para la dimensión de Ilusión por el trabajo se re-codificaron los ítems a un sentido negativo para que todos los reactivos fueran homogéneos.

La gráfica 6 muestra una alta frecuencia de datos alrededor de la media, es decir, entre -1 a 1 y a partir de este punto y hasta el valor 5 se localizan los casos con

algún nivel de SQT.

La tabla 6 muestra que en la categoría denominada “sin relevancia” se localizan 12.35% de los casos indicando la ausencia de síntomas de SQT. Obsérvese que

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin relevancia	-1 a -2	163	12.35%
Mínimo	-1 a +1	947	71.74%
Leve	1 a 2	147	11.14%
Moderado	2 a 3	50	3.79%
Severo	3 a 5	13	0.98%

Tabla 6. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de SQT por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

el 71.74% (947) de la población se encuentra con síntomas “mínimos” del Síndrome está es una población en riesgo. En la categoría de “leve”

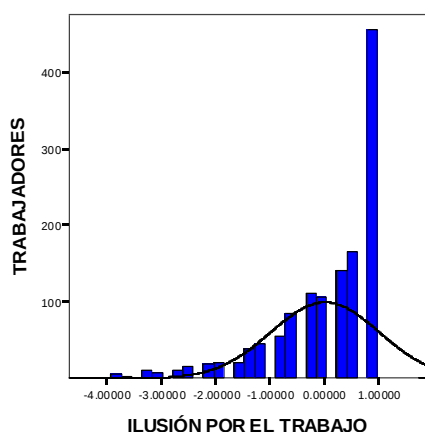
se ubican 11.14% (147) trabajadores presentando una sintomatología a nivel cognitivo y emocional y, en las categorías de “moderado” y “severo” se encuentran casos clínicos, es decir que, el SQT está afectando de manera

frecuente su vida laboral y probablemente personal, estos trabajadores están propensos a consecuencias como: falta de concentración, desmotivación, ausentismo e incremento de riesgo laboral, por lo cual es recomendable poner en práctica las acciones de intervención grupal e individual, recomendadas más adelante.

En adelante se describen las gráficas y tablas de los resultados de las cuatro dimensiones que mide el CESQT: 1. *Ilusión por el trabajo*, 2. *Indolencia*, 3. *Desgaste psíquico* y 4. *Culpa*.

1. Ilusión por el trabajo

Como se puede observar en la gráfica 7 de esta dimensión, el comportamiento de



Grafica 7. Incidencia de Ilusión por el trabajo en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

los datos muestra una frecuencia alta concentrada en valores cercanos a la media, con un incremento notable en valores con una desviación estándar mayor a éste, dando lugar a una curtosis afilada y sesgada. Sin embargo, no se aprecian valores mayores, mientras que en los valores situados a la izquierda se ubican casos como era de esperarse. Los

casos mayores a -3 representan a una parte de la población que reportaron signos de baja ilusión por el trabajo que

realizan dentro de la organización, y por lo tanto tienen pocos deseos de alcanzar las metas de su trabajo.

A continuación se presenta la tabla 7 en donde se puede observar la frecuencia y porcentaje de las categorías resultantes de las evaluaciones, obsérvese que solo 1 trabajador (0.1%) presenta un nivel alto dentro de esta dimensión, lo que indica que es el único caso donde el trabajo le significa un reto estimulante, una fuente de realización personal, que le aporta cosas positivas y le es gratificante; mientras

que 1121 (84.9%) trabajadores se encuentran en “nivel medio”, es decir, están dentro del promedio. Por otra parte hay 125 (9.5%) de los trabajadores que se

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Extremadamente Bajo	-3 a más	29	2.2%
Muy Bajo	-2 a -3	44	3.3%
Baja	-1 a -2	125	9.5%
Nivel Medio	-1 a 1	1121	84.9%
Alto	1 a 2	1	0.1%

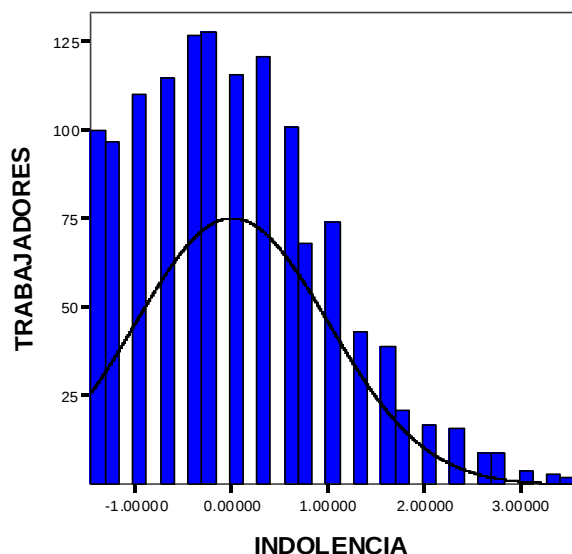
encuentran en categoría “baja”, 44 (3.3%) en “muy baja” y 29 (2.2%) en

Tabla 7. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Ilusión por el trabajo por rangos expresados en unidades de desviación estándar

“extremadamente bajo”, indicando que esta población no percibe su trabajo como una actividad gratificante.

2. Indolencia

Como se puede observar en la gráfica 8, hay una gran proporción de la población



Gráfica 8. Incidencia de Indolencia en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

que se encuentra en valores cercanos a la media, por lo cual la curtosis se afila; nótese también que hay un sesgo hacia números negativos. Al grado que es importante observar que hay trabajadores que puntuaron valores mayores a 3, los cuales representan a casos con notable indolencia hacía las personas con las que laboran y/o usuarios. Además obsérvese que hay muy pocos casos mayores a -1, lo que hace notar que solo una baja

proporción de la población presenta pocos signos de indolencia.

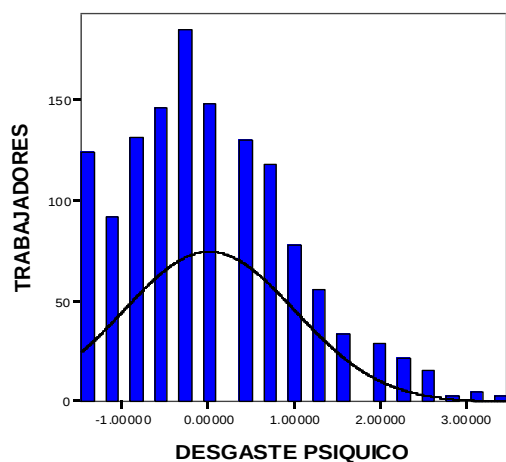
Asimismo, se presenta la tabla 8 que nos hace referencia a las categorías resultantes de la dimensión de indolencia, tenemos que 197 (14.9%) de los trabajadores se encuentran dentro de la categoría “bajo” es decir, presentan una

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	-1 a -2	197	14.9%
Nivel Medio	-1 a 1	886	67.1%
Alto	1 a 2	177	13.5%
Muy Alto	2 a 3	51	3.8%
Extremadamente Alto	3 a 4	9	0.7%

Tabla 8. Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Indolencia por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

leve o poca indolencia dentro de su trabajo, mientras que 886 (67.1%) de los trabajadores se ubican en “nivel medio”, lo que significa que, se encuentran dentro del promedio. Un total de 177 (13.5%) trabajadores se encuentran dentro de la categoría “alto”, 51 (3.8%) en “muy alto” y 9 (0.7%) en “extremadamente alto”, refiriendo un alto grado indiferencia hacia las personas con quienes labora o con los que se involucran dentro de su trabajo, existe la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia las personas con las que se interactúa en la organización.

3. Desgaste psíquico



Grafica 9. Incidencia de Desgaste psíquico en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

Obsérvese que en la gráfica 9 que representa la dimensión de Desgaste Psíquico, el comportamiento de los datos muestra que la mayor parte de la población se concentra dentro de la media, incluso con una frecuencia mucho mayor a la esperada por lo que se aprecia una curtosis afilada. Los casos registrados mayores a +1

corresponden a trabajadores con algún grado de desgaste psíquico.

A continuación tenemos la tabla 9 que hace referencia a las categorías resultantes de la dimensión de desgaste psíquico, donde se encuentra que 16.4% (216) de los

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	-1 a -2	216	16.4%
Nivel Medio	-1 a 1	936	70.9%
Alto	1 a 2	119	9%
Muy Alto	2 a 3	41	3.1%
Extremadamente Alto	3 a 4	8	0.6%

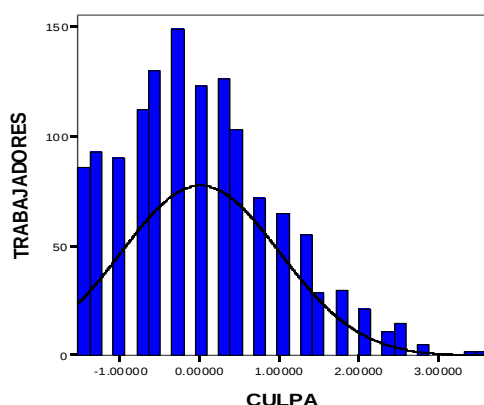
Tabla 9 Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Desgaste psíquico por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

trabajadores se agrupan dentro de la categoría “bajo” es decir, ellos presentan un desgaste psíquico leve o mínimo; por otro lado 70.9% (936) se ubicaron

en “nivel medio”. El 9% (119) de los trabajadores se encuentran en la categoría de “alto”, 3.1% (41) en “muy alto” y 0.6% (8) en “extremadamente alto”, en estas tres últimas categorías se ubican a los trabajadores que se sienten saturados por su trabajo, se agobian por éste, presentan cansancio físico y están desgastados emocionalmente.

4. Culpa

Esta variable está considerada como una cuarta dimensión que permite determinar un segundo tipo de SQT, caracterizado por su naturaleza psicopatológica irreversible y se expresa por sentimientos de preocupación, remordimiento y malestar por actitudes negativas y el mal trato que se da a otras personas en el trabajo (Gil-Monte, 2005).



Gráfica 10. Incidencia de Culpa en 1320 trabajadores de la industria petrolera mexicana.

En la gráfica 10 se puede observar que los datos aparentemente se distribuyen de manera normal, sin embargo hay una frecuencia mayor a la esperada en valores cercanos y por debajo de la media; también se aprecia un sesgo hacia la izquierda, después del valor -1 y esto difiere de la curva de normalidad.

No se registraron valores mayores a -2, y si valores mayores a +3, esto nos indica que hubo casos con alto nivel de culpa por las acciones realizadas dentro de su trabajo.

La Tabla muestra los datos registrados en la dimensión Culpa del SQT, donde el 20.38% (269) de los casos están en la categoría de “bajo” indicando que los niveles de culpa son bajos; mientras la mayoría de los trabajadores se

CATEGORÍAS	RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	-1 a -2	269	20.38%
Nivel promedio	-1 a 1	815	61.74%
Alto	1 a 2	179	13.57%
Muy alto	2 a 3	52	3.94%
Extremadamente Alto	3 a 4	5	0.38%

Tabla 10 Frecuencia de trabajadores y porcentaje de Culpa por rangos expresados en unidades de desviación estándar.

concentraron en el nivel “promedio” con un 61.74% (815) de casos. También se

registraron con 236 casos que corresponden a las tres categorías de interés clínico que ascienden al 17.89% de la población evaluada con “altos”, “muy altos” y “extremadamente altos” niveles de Culpa, significando pueden estar presentando síntomas como agresividad, frialdad hacia las personas con las que se trabaja, culpar a los demás por su situación o indiferencia hacia la vida.

En estos casos es necesario identificar a aquellos trabajadores que muestran valores altos en las otras tres dimensiones del SQT, con el fin de confirmar si presentan un perfil tipo II.

A continuación se muestra la tabla y se describen los resultados de las correlaciones significativas realizadas para Estrés- Tensión Laboral con los Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R).

Estas asociaciones se describen de mayor a menor importancia estadística y se muestran a continuación:

EN	FPS-R	ρ
Tensión Laboral	Ambigüedad de Rol	0.191**
	Personalidad tipo "A"	- 0.074**

Tabla 11. Índice de correlación de Pearson (ρ) de FPS-R asociados al Tensión Laboral

** Nivel de significancia de 0.01

La Ambigüedad de Rol es el Factor de Riesgo asociado a la Tensión Laboral con 0.191**, indicando que cuando los trabajadores se encuentran en situaciones difíciles, tales como hacer más de una cosa a la vez y realizar un trabajo muy difícil es más factible que padezcan de tensión laboral debido al bajo control sobre estas demandas.

El Factor de Riesgo asociado a Tensión Laboral es la Personalidad Tipo "A" con una correlación de -0.074**, revelando que a mayor tensión laboral menores son los comportamientos de personalidad tipo "A", es decir, que es probable que aumente la tensión laboral cuando los trabajadores no pueden hacer más de dos cosas al mismo tiempo.

Los Factores Psicosociales: Conflictos Interpersonales, Conflicto de Rol, Sobrecarga laboral, Inequidad de los intercambios sociales, Apoyo social, Autonomía y Retroinformación de la Organización no se presentan en este reporte ya que no correlacionaron de manera significativa.

A continuación se muestra la tabla y se describen los resultados de las correlaciones significativas realizadas para SQT con los Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R).

Estas asociaciones se describen de mayor a menor importancia estadística y se muestran a continuación:

EN	FPS-R	p
Síndrome de Quemarse por el Trabajo	Conflictos Interpersonales	0.526**
	Conflicto de rol	0.517**
	Sobrecarga laboral	0.495**
	Inequidad de los intercambios sociales	0.286**
	Apoyo social	- 0.256**
	Autonomía	-0.129**
	Falta de retroinformación	-.127**

Tabla 12. Índice de correlación de Pearson (ρ) de FPS-R asociados al SQT

** Nivel de significancia de 0.01

- 1) El factor de Conflictos Interpersonales está asociado al SQT en un 0.526** lo que nos indica que si el trabajador presentó conflictos interpersonales ya sea con el jefe, compañeros de trabajo, subordinados y la misma organización, entonces éste puede presentar síntomas del SQT.
- 2) El factor de Conflicto de Rol está asociado al SQT en un 0.517**, con lo que entendemos que es un factor de suma importancia ya que si al trabajador se le pide realizar tareas para las que no está autorizado, recibe demandas incompatibles, trabaja con uno o más grupos que realizan las tareas de manera bastante diferente entonces existe una alta probabilidad de presentar SQT.
- 3) El factor de Sobrecarga Laboral se asocia al SQT con un 0.495**, lo que nos indica que si existen bastantes exigencias en el trabajo como poco tiempo para realizarlo, tareas difíciles de realizar, hacer más de una cosa a la vez, etc. entonces el trabajador aumenta la probabilidad de presentar SQT.
- 4) El factor de Inequidad de los Intercambios Sociales se asocia con el SQT con 0.286**, lo que muestra que si el trabajador obtiene menos en su trabajo a cambio de lo que da, no obtiene suficientes recompensas ni

agradecimientos por su trabajo entonces tendrá mayor probabilidad de presentar o agravar el SQT.

- 5) El factor de Apoyo Social está asociado al SQT de forma altamente significativa en un -0.256^{**} , lo que significa que cuando el trabajador se siente apreciado por sus compañeros, el supervisor, jefes, organización y familia, entonces es menor la probabilidad de presentar SQT.
- 6) El factor de la Autonomía está asociada al SQT en un -0.129^{**} , por lo que se puede decir que si se tiene la suficiente independencia para decidir cómo realizar el trabajo, posibilidades de utilizar la propia iniciativa y determinar el ritmo de trabajo, entonces la probabilidad de sufrir afectaciones del SQT será menor.
- 7) El factor de la Retroinformación de la organización está asociada en un alto nivel de significancia al SQT en un -0.189^{**} lo que nos indica que si el trabajador obtiene por parte de la organización datos favorables sobre la realización de su trabajo y le informa cuando su rendimiento es deficiente entonces este tiene menor probabilidad de tener afectaciones del SQT.

Los resultados estadísticos de los Factores Psicosociales: Personalidad Tipo A y Ambigüedad de rol no muestran una correlación significativa por lo tanto no se presentan en esta investigación.

4.5 Conclusiones del estudio

Indudablemente los Factores Psicosociales juegan un papel importante y pueden ser favorables ya que contribuyen de manera positiva al desarrollo personal del propio trabajador y de su actividad laboral o, desfavorable teniendo consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar, hablamos entonces de Factores Psicosociales de Riesgo que tienen por consecuencia Efectos Negativos como es el caso del Estrés-Tensión Laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) tal como lo revelan los resultados de esta y anteriores investigaciones.

En un convenio entre la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) y una empresa de hidrocarburos (2007), se realizó la evaluación de tensión laboral y

SQT a 320 trabajadores en puestos riesgosos utilizando también los instrumentos aquí mencionados, los resultados del estudio revelaron que el 19% de los trabajadores evaluados sufrían de estrés mientras que el 12% ya padecía síntomas de SQT; de la misma forma se especificaron los FPS-R que estaban mediando los efectos negativos. Aún cuando no es posible realizar una comparación de ambos estudios por el número de personas evaluadas se puede concluir en general que hay una relación entre las variables estudiadas.

En un trabajo realizado por Fernández, Fernández y Acevedo (2005) en Venezuela con una muestra de trabajadores petroleros concluyeron la presencia de estrés en distintos niveles siendo que el 7% sufría de estrés, señalaron también la importancia de los FPS-R que atañen a esta población.

Los resultados del análisis de esta investigación en cuanto al constructo tensión laboral indican que el 11.2% de los trabajadores tienen control sobre las demandas que su puesto les requiere, probablemente el estrés sea positivo pues tienen un margen de decisión adecuado y su trabajo les permite desarrollar habilidades y por tanto, aprendizaje. El 76% tiene un grado mínimo de tensión, son trabajadores que están en riesgo de padecer un estrés y las consecuencias que ello contrae y, el 12.8% de los trabajadores evaluados reconoció que en mayor o menor medida su trabajo rebasa su capacidad de afrontamiento.

El uso de habilidades en el puesto de trabajo forma parte del constructo de Tensión Laboral y, sin duda es fundamental para el desarrollo de los trabajadores a nivel personal y en la satisfacción de su puesto de trabajo. Los resultados de esta investigación señalan que el 14.6% de los trabajadores indican que su puesto de trabajo no les permite el uso y desarrollo de sus habilidades, factor que incrementa las probabilidades de que en un futuro estos trabajadores sufran estrés crónico, y el 68.2% de los trabajadores que se encuentran en una posición de riesgo padezcan una situación de Estrés por la escasa utilidad de habilidades; de tal forma lo señala Gómez (2008) como resultado de una evaluación utilizando el CCT en maestros colombianos.

La cantidad de trabajadores evaluados que señalan que en su puesto de trabajo tienen limitada o nula libertad de decisión equivale al 12.9%, apuntando que probablemente estos trabajadores estén sufriendo de Estrés pues la libertad que se nos permite en nuestro puesto de trabajo en cuanto a las decisiones que se toman sobre cómo realizarlo y con qué ritmo, juega un papel importante en el desarrollo del Estrés Laboral (Gómez, 2008)

Además del uso de habilidades y de la libertad de decisión tenemos que las demandas tanto físicas como psicológicas a las que se debe enfrentar el trabajador en su puesto forman parte en el desarrollo del estrés laboral, donde los resultados apuntan que el 19.9% de los evaluados señalan que demandas físicas rebasan su grado de control mientras que las demandas psicológicas tienen una incidencia menor con el 13.9% de incidencia, pudiendo deberse al puesto de trabajo de las personas que contestaron el instrumento.

El segundo Efecto Negativo analizado fue el Síndrome de Quemarse por el Trabajo del cual forman parte las dimensiones de desgaste psíquico, indolencia e ilusión por el trabajo. Los resultados de la investigación señalan que el 71.74% de la población evaluada está en riesgo de padecer SQT ya que, presentan síntomas en alguna de las dimensiones antes mencionadas. Se encontró que el SQT tiene una incidencia mayor al del Efecto Negativo Estrés-Tensión Laboral con una frecuencia de 15.91%, tal situación nos lleva a pensar que anteriormente estos trabajadores sufrieron una Tensión Laboral que no se atendió y dio paso al Estrés para manifestarse ahora como casos clínicos; nuevamente se reafirma la necesidad de atender los casos clínicos de Estrés, los que están en riesgo, y el trabajo de prevención. Del 15.91% de trabajadores que padecen de SQT se analizó la frecuencia de la cuarta dimensión denominada Culpa perteneciente al perfil 2, tal información nos permitirá saber cuantos casos son de total interés para una atención inmediata por las características conductuales que definen al perfil 2.

Los resultados de la dimensión ilusión por el trabajo nos indica que solo el 0.1%, de trabajadores se sienten estimulados por el trabajo, sucede totalmente lo

contrario para el 15% de la población y, el 84.9% se percibe en riesgo de perder la motivación por su trabajo.

En la dimensión de indolencia el 67.1% de trabajadores, se encuentra en riesgo de presentar conductas despectivas hacía las personas que les rodean, ya sean sus compañeros de trabajo, las personas a las que les prestan servicios y superiores, mientras que el 18% tienen indiferencia hacia las personas con las que labora, de tal forma lo señala Gil-Monte (2005).

El desgaste psíquico se presenta de manera intensa para 12.7% de petroleros que se perciben saturados por su trabajo, presentan cansancio físico, entre otros síntomas, la población que está en riesgo de padecer desgaste equivale al 70.9%.

Como se había mencionado anteriormente la cuarta dimensión del constructo SQT es la culpa, se sabe que cuando un trabajador manifiesta indiferencia hacia las personas con las que trabaja y posteriormente se siente culpa está en el perfil 2 de SQT, por lo tanto es de suma importancia la atención inmediata ya que, las consecuencias son graves, así tenemos que el 61.74% está en riesgo de padecimiento y por último los casos que sería importante identificar y confirmar a partir de las tres dimensiones anteriores equivale al 17.89% pues son trabajadores que indicaron que se sienten culpables y pueden estar mostrando síntomas de agresividad hacia sus compañeros.

En este caso, como ya se había mencionado los FPS-R tienen el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos y consecuentemente a las empresas para las que prestan sus servicios. Para el propósito planteado en esta investigación se analizaron las relaciones de los EN antes mencionados con FPS-R para establecer posibles relaciones causales, de esta forma se analizaron las correlaciones de nueve factores: Conflictos Interpersonales Conflicto de rol, sobrecarga laboral, inequidad de los intercambios sociales, apoyo social, autonomía, falta de retroinformación, ambigüedad de rol y personalidad tipo A.

Los resultados nos muestran que la Tensión Laboral se asocia con la ambigüedad de rol y la personalidad tipo A, es decir, podemos considerar que en trabajadores petroleros una de las causas de Estrés es no disponer de la información adecuada para la realización de su trabajo ó se le asignan tareas muy cambiantes y, por otro lado tenemos que cuando un trabajador se siente en tensión por las demandas de su puesto su nivel de actividad disminuye,

Las correlaciones de SQT indican que siete de los factores analizados pueden ser causa de este síndrome en la población evaluada, estamos hablando de los conflictos interpersonales, el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, la inequidad que existe en los intercambios sociales, la falta de apoyo social, la falta de autonomía y la falta de retroinformación.

Las correlaciones de estrés con: conflictos interpersonales, conflicto de rol, sobrecarga laboral, inequidad de los intercambios sociales, autonomía y falta de retroinformación y las correlaciones de SQT con: ambigüedad de rol y personalidad tipo A no se muestran en los resultados ya que en el análisis no fueron significativas estadísticamente, es decir no se pueden tomar como causa del constructo de Estrés o SQT.

Fernández et. al. (2005), hacen hincapié en la necesidad de hacer investigaciones que nos lleven al desarrollo de programas de prevención e intervención de EN pues en el campo de la Salud Ocupacional se han enfocado principalmente a medir los factores de riesgo ambientales.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

La automatización de procesos industriales ha provocado rápidos cambios del medio psicosocial en los lugares de trabajo. Independientemente de las diferencias entre los modos de vida y la vulnerabilidad de los propios trabajadores; los factores psicosociales asociados a los nuevos modos de trabajar comienzan a perfilarse como una de las causas principales del deterioro de la salud en las poblaciones trabajadoras (Houtman, Jettinghoff & Cedillo, 2008).

En el presente estudio se encontró que de los 1320 trabajadores de la industria del petróleo el 4.8% son casos clínicos de Estrés-Tensión Laboral y el 4.77% de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), además se encontraron correlaciones medianas y bajamente significativas entre estos efectos negativos y los Factores Psicosociales de Riesgo (FPS-R) ya mencionados en el capítulo 4 de la presente tesis, lo cual se determinó de acuerdo al índice de correlación de Pearson cuyos valores oscilan entre 0 y 1, cuanto más se acerca a 1 mayor será la correlación y menor cuanto más se acerca al 0 (Botella y Sanmartin, 1992); así mismo, se tomó en consideración que estamos hablando de constructos complejos que están en interacción con variables no sólo laborales sino también personales y extra-organizacionales, las cuales podrían ser razones de la ausencia de correlaciones estadísticamente altas, aunque de acuerdo a lo observado en la empresa estas variables están presentes en la organización e influyen de forma negativa en la salud de los trabajadores.

Un factor que influye en la aparición de estos efectos son los nuevos esquemas organizativos de la producción y el trabajo; las exigencias de una participación más intensa del trabajador han incrementado la responsabilidad individual y colectiva para cumplir las demandas de la empresa o cliente, además de una mayor competencia. En el caso de los trabajadores evaluados, que correspondieron a categorías críticas en el área de producción y exploración del petróleo, se pudo observar que los aspectos fundamentales que caracterizan su trabajo son la ejecución donde se utiliza el mismo movimiento de muñeca, largas

jornadas de trabajo sin descanso, la precisión y presión en tiempo, ya que un error puede costar millones de dólares en pérdidas y retraso en las operaciones e incluso provocar accidentes, y aún más importante deteriorar tanto su salud física como psicológica (síndrome del túnel carpiano, ansiedad, exceso de sueño); así mismo, estas condiciones de trabajo puede traducirse en la generación de presión extra, lo cual muestra la existencia de factores adversos a la salud mental y alteraciones psicosomáticas que están asociadas a las formas de organización del trabajo.

Sobre todo esto cobra relevancia cuando consideramos las desventajas que puede ofrecer la era actual repleta de tecnologías que cambian constantemente, la exposición a un torbellino de información de distintos medios y la globalización, pues si bien pueden ofrecer distintas ventajas a los trabajadores, también conllevan distintas problemáticas como la sustitución de la mano de obra por maquinas inteligentes, enfermedades psicológicas como físicas (estrés, depresión, ansiedad) y de seguridad.

Un factor extra-organizacional poco documentado que se detectó a través de la observación durante la aplicación de la batería y que definitivamente afecta a la salud de los petroleros es la relación familia-trabajo, pues a pesar de que descansan siete días, no logran desconectarse del trabajo debido a que durante esos días están en permanente comunicación vía telefónica con su plataforma u oficina, ya que los supervisores o gerentes hacen llamadas para informarse sobre cómo se está desarrollando la actividad durante su ausencia, o porque les llaman para consultar asuntos relativos al proceso que se está desarrollando; este factor también afecta al personal de plataformas marinas que permanecen un total de 21 días consecutivos y sólo 7 días en descanso, ya que sin duda se limita su posibilidad de apoyo social por parte de la familia y amigos; aunado a esto, las relaciones interpersonales con sus compañeros y supervisores se hacen más tensas a lo largo del periodo, contribuyendo a generar conflictos tales como discusiones, altercados físicos y verbales entre otros.

Con respecto a la tensión laboral y a el SQT se puede considerar que el tipo de contrato es un FPS-R propio de esta organización ya que pueden ser eventuales, de confianza, lo que genera en los trabajadores incertidumbre laboral al no saber hasta qué momento prestaran sus servicios; otros factores de riesgo específicos de este tipo de empresa es el tipo de jornada, el área a la que pertenecen (mar o tierra).

Dentro del presente estudio no se consideró la evaluación de estas variables como desencadenantes del SQT y Estrés-Tensión Laboral, sin embargo la experiencia en campo nos permitió ver cómo éstas afectan a los trabajadores, así como reconocer que esta población es vulnerable no sólo al estrés, SQT y a las consecuencias que le acompañan, sino a otros efectos adversos a la salud como la fatiga, la depresión, la insatisfacción laboral, la falta de bienestar psicológico, entre otras.

Otro factor determinante para la aparición del SQT y Estrés-Tensión Laboral son los rasgos de personalidad; el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (s.f) menciona que es necesario tomar en cuenta dos elementos a la hora de evaluar: 1. las características individuales (alto grado de idealismo, de empatía, habilidades sociales, personalidad tipo A, locus de control, Autoeficacia) y 2. los cambios supraorganizativos (cambios en los programas de servicio, cambios en los procedimientos, tareas o funcionamientos del trabajo, aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatuarios y de ejercicio de la profesión), además argumentan que todos estos elementos hay que considerarlos sólo a efectos de cumplir la obligación empresarial de adaptar el trabajo a la persona y no en la relación a la causalidad del riesgo, además se deben tomar en cuenta los factores estresantes fuera del sitio de trabajo (familia, redes sociales, economía, política). Ante esto se puede explicar por qué ciertos trabajadores expuestos a los mismos factores muestran diferentes respuestas; de hecho se han realizado planteamientos de la correlación entre Locus de control Externo y aumento de SQT, cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habrá de aparición del síndrome, sobre todo ante situaciones

ambiguas, difíciles o novedosas, en las que las personas creen tener poca o ninguna posibilidad de controlar (Franco, et al., 2006). Esto es importante retomarlo en estudios posteriores, ya que actualmente se ha conceptualizado y enfocado principalmente en variables del contexto laboral tales como incertidumbre, ambigüedad y conflicto de rol, entre otras; sin embargo, como ya se mencionó, los factores personales juegan un papel importante en la aparición de efectos negativos en el trabajo. Por ello es necesario entender la salud como algo a desarrollar y mejorar activamente, siendo nosotros mismos los responsables de actuar para mejorar nuestras condiciones físicas, psicológicas y prevenir posibles deterioros, es decir, nuestras formas de comportamiento van a condicionar que surjan o no problemas de salud.

La correlación más alta de SQT fue la variable conflictos Interpersonales, lo cual se debe a la influencia sobre el deterioro emocional y sus efectos sobre la eficacia profesional, ya que las organizaciones, como formaciones sociales, se estructuran a partir de las relaciones de poder y coaliciones interdependientes. En este sentido, Guerrero (2003) apunta como consecuencia de los sentimientos de indolencia, el trabajador trata de distanciarse de las personas de la organización y de los miembros del equipo con los que trabaja mostrándose cínico, irritable e irónico. A este distanciamiento se suma la atribución de culpabilidad de sus frustraciones y el descenso de su productividad.

Al igual que en esta investigación, en otras se ha señalado que la sobrecarga laboral es un estresor significativo asociado al SQT con una correlación estadística de 0.495** y de manera más intensa, al incremento de los niveles de agotamiento emocional (Bakker, Demerouti & Euwema, 2005; Dick & Wagner, 2001; Janssen, Schaufeli & Houkes, 1999). Incluso se apoya la idea de que el SQT es una respuesta a la sobrecarga laboral (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Estos resultados se pueden explicar ante la disminución del desempeño por el incremento del agotamiento emocional.

En cuanto a la tensión laboral los resultados indicaron la presencia de este efecto en los trabajadores petroleros atribuyéndolo, como ya lo han hecho otros autores (Karasek, 1998; Juárez, 2007; Luceño y cols., 2004 y Escribá 2001), a la falta de libertad de decisión para realizar su trabajo, ya sea por la sobrecarga de trabajo que minimizan la posibilidad de desarrollar sus habilidades, por la fatiga que se acumula y las demás presiones del entorno como los conflictos interpersonales, la falta de apoyo social, la ambigüedad y conflicto de rol que han sido considerados como fuentes de estrés laboral por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo INSHT (2005); sin embargo, ha de tomarse en cuenta que la percepción y evaluación que los trabajadores realizan de cada demanda es un factor fundamental, dicha evaluación parte de la valoración de las propias estrategias de afrontamiento.

En un estudio realizado para evaluar las estrategias de afrontamiento que implementan los y las trabajadores se encontró que en el sexo femenino predominan estrategias de afrontamiento evitativo y se centran tanto en la emoción como en el problema y realizan intentos para no pensar en ello y para poder resolver sucesos vitales. Haciendo referencia al sexo masculino y al tipo de afrontamiento que presenta, se puede decir que ante el estrés laboral los varones prefieren enfrentar el problema y a diferencia de las mujeres utilizan en menor grado el apoyo social (Garcete, 2008). De acuerdo a lo observado en la investigación pudimos notar que los varones recurren más al apoyo social, incluso se expresan de sus compañeros y de su trabajo como su segunda familia, al contrario de las mujeres, trabajadores que manifiestan como hostil su trabajo donde se infunden rumores acerca de ellas; en este trabajo el objetivo no fue diferenciar acorde al género, sin embargo es necesario retomarlo para investigaciones posteriores. A pesar de lo observado se encontró una correlación estadística baja de -0.256^{**} de apoyo social en relación con el SQT.

En definitiva el estrés y el SQT es una respuesta general del organismo ante demandas internas y/o externas que se agudiza cuando se trata de mujeres, ya que ellas requieren de un mayor esfuerzo físico en comparación con los varones,

traduciéndose esto en un aumento de la energía necesaria para dar respuesta a estas exigencias.

El estrés no es en si mismo nocivo, ya que está en interacción con otras variables del individuo y del medio, interactuando a su vez con otros efectos negativos. Con respecto a los trabajadores evaluados cabe señalar que el apoyo social es una variable que influye en la satisfacción por la actividad que se realiza o de riesgo si por el contrario se traduce en conflictos con los compañeros de trabajo y/o supervisores debido a las largas jornadas de trabajo y una variable

En cuanto a lo legal, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 123 hace referencia a que los patrones están obligados a obedecer las normas sobre higiene y seguridad, así como tomar las medidas necesarias para evitar los accidentes de trabajo a fin de proteger la vida y la salud de los trabajadores. Prevé la expedición de la Ley de Seguro Social, que tiene por objeto proteger al trabajador y a su familia contra riesgos de trabajo, enfermedades, invalidez, indemnización, etc. No obstante el tema de los FPS ha sido poco estudiado en los trabajadores de nuestro país y de igual forma el tema de prevención e intervención no es algo que se difunda ni se investigue.

Como se puede observar la Salud en el Trabajo en México es un tema poco estudiado por psicólogos, por ello a continuación se enlistan algunas recomendaciones para futuras investigaciones: a) considerar los riesgos psicosociales como una problemática del sistema de salud pública en México, b) hacer leyes que protejan al trabajador tanto en cuestiones físicas como psicológicas en su lugar de trabajo, c) realización de estudios y encuestas de prevalencia en diferentes profesiones, d) realizar investigaciones donde los resultados sean aplicados al mejoramiento de los ambientes de trabajo, incrementando la participación activa de sus empleados, con miras al mejoramiento de su calidad de vida y productividad, e) estudiar el efecto que tienen las variables moduladoras en los ENP y enfocarse más en la psicología positiva, por ejemplo promoviendo el bienestar laboral y por ende el compromiso,

f) hacer una psicología en salud en el trabajo desde un enfoque sistémico, ya que actualmente el estudio de FPS tiende a la fragmentación, los enfoques teóricos se explican bajo una relación de causa-efecto, por ejemplo el Estrés-Tensión Laboral y el SQT se han explicado como el efecto de diversas variables y también como el causante de enfermedades psíquicas, físicas y sociales; sin embargo, en la realidad resulta necesaria la consideración de un nuevo enfoque que permita visualizar la relación dinámica de los principales efectos citados en la literatura (estrés, SQT, fatiga insatisfacción, Mobbing, depresión), g) diseñar procedimientos de evaluación para diferentes puestos de trabajo para un adecuado ajuste trabajador-puesto h) poner mayor énfasis en materia de prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos negativos, i) promover campañas de prevención que fomenten el desarrollo de planes de formación para psicólogos de salud en el trabajo; de esta manera y en coincidencia con Gil Monte (2009), consideramos que se contribuiría a erradicar diagnósticos erróneos o dilatados en el tiempo y a mejorar algunos indicadores de la salud pública.

A pesar que la revisión de la literatura sobre el síndrome de quemarse por el trabajo es extensa, la mayoría se ha enfocado a estudios empíricos y se han dejado de lado estudios dirigidos a contrastar modelos teóricos o que estén guiados por éstos, por lo que otros aspectos en los que se tiene que seguir trabajando son: a) mejorar la fiabilidad y validez del CESQT, ya que es el instrumento por excelencia para medir el síndrome, además que es el más utilizado de diferentes culturas y especialmente en habla hispana, b) desarrollar estudios longitudinales que confirmen la relación que se establece entre las diferentes variables estudiadas en relación al síndrome y entre las mismas dimensiones de éste, c) realizar estudios transocupacionales que presenten cómo se desarrolla el síndrome en las diferentes profesiones y así comprobar lo que han planteado autores como Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli (2001) y Gil-Monte (2011), donde aseguran que el síndrome puede darse en trabajadores que no tienen contacto directo con personas, d) hacer análisis comparativo y discriminante para diferenciar el síndrome con otros efectos e incluso con términos que se utilizan como sinónimos tales como burnout, hastío profesional o

agotamiento profesional, e) llevar a cabo intervenciones de acuerdo a los criterios teóricos de igual forma la evaluación, con el fin de ayudar a un mejor conocimiento del síndrome de quemarse por el trabajo, de su desarrollo y de las vías de intervención.

Las investigaciones sobre estrés laboral han estado guiadas por un enfoque de causa y efecto, dejando de lado una visión de conjunto, por lo tanto resulta imprescindible: a) un enfoque sistémico que permita el desarrollo de un modelo multifactorial que permita visualizar la interacción del estrés con las variables personales, organizacionales, extra-organizacionales y con otros EN como la insatisfacción, la falta de bienestar o depresión; b) la revisión del modelo de esfuerzo-recompensa que aporta la premisa de que el esfuerzo que realiza el trabajador está en función de las recompensas que recibe por parte de la organización, por lo tanto aporta dos importantes factores psicosociales: esfuerzo y recompensa que merecen ser tomados en cuenta en la relación dinámica del estrés; c) en lo que respecta a la metodología utilizada para el diagnóstico de la tensión laboral es de gran importancia la validación del CCT en la población mexicana, así como la integración de escalas que permitan una evaluación de la percepción de certidumbre laboral y del apoyo social que recibe el trabajador de parte de la organización; d) validación del cuestionario para la evaluación de estrés y del protocolo que permite determinar el origen de las patologías derivadas de estrés laboral, ambos instrumentos validados por Villalobos (2004) en trabajadores colombianos y que han marcado los estándares de evaluación de riesgos psicosociales en ese país y que en definitiva valdría la pena valorar su utilidad en nuestra cultura, e) el abordaje en prevención e intervención debe mirar hacia la psicología positiva, cuyo propósito es estudiar los procesos salutogénicos, es decir las fortalezas humanas, el bienestar y los efectos psicológicos positivos del ambiente, las fortalezas y capacidades del trabajador para potencializarlas y aumentar su calidad de vida y mejorar su salud; así la intervención estará guiada por un enfoque sistémico permitiendo un abordaje integral y d) se propone también la búsqueda de intervenciones alternativas que sean aplicables en el

lugar de trabajo como la relajación y la meditación que pueden actuar justo en el momento de una situación de tensión.

De forma objetiva pudimos encontrar que la deficiencia de esta investigación es que sólo se realizó un tamizaje poblacional, identificando aquellos trabajadores que ocupan puestos denominados de riesgo para evaluar estrés y síndrome de quemado por el trabajo, por lo que se considera importante para siguientes investigaciones en esta línea la validación de los instrumentos aquí utilizados en este y otros sectores de trabajadores.

Además se recomienda establecer un programa de prevención con el objeto de reducir y controlar la incidencia y prevalencia de los casos de estrés y síndrome de quemado por el trabajo detectados en esta población con el objetivo de disminuir los índices de enfermedades profesionales e incrementar el sentido de pertenencia, compromiso y el bienestar psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agut, S; Grau, R. & Beas, M. (2000). Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. Extraído el 5 agosto de 2011 desde <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/4344/>
2. Almirall, H. P. (2001). El problema salud-enfermedad. *Ergonomía Cognitiva*, 5, 12-22.
3. Almirall, H. P. (2001b). Ergonomía cognitiva. *Apuntes para su aplicación en salud y trabajo*. Caracas, Venezuela: Universitaria.
4. Almirall, H. P. (2007). El paradigma dinámico en salud ocupacional, *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8(2), 59-68
5. Almirall, H. P., & Alvarado, M.C. (2004). Evaluación ergonómica: Su aplicación en la industria de San Pedro Sula. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 5(1), 4-9.
6. Almirall, H. P., Carral, F. J., & Hernandez, J. (2004). Un modelo en ergonomía organizacional: Aplicabilidad en un grupo de empresas. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 5(2) 8-41.
7. Almirall, H. P., & Reyes M. (1982). Relación entre índices subjetivos y objetivos de fatiga: Validación de una prueba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 4, 239-248.
8. Almirall, H. P., Mayor, J., & Santana L. S. (2004). Condiciones de trabajo y salud en el maestro venezolano. Mono-grafía. Caracas: Ministerio que Educación de la República Bolivariana de Venezuela. Convenio Bilateral de Colaboración.
9. Almodóvar, M. & Pinilla, G. (2007). VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*.
10. Ángeles, J. Y. (2005). *Estrés Laboral*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
11. Armario, P. (2003). Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular*. 9(4) 226-234.

12. Armario, P., Hernández R. & Baranera M. (2002). Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Medicina Clínica*. 119, 23-9.
13. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.
14. Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona-España: Martínez Roca.
15. Botella, R. & Sanmartín, R. (1992). *Análisis de datos en Psicología I*. Madrid: Pirámide.
16. Bresó, E., Salanova, M. & Schaufeli, W. (2004). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 2(2), 1-5.
17. Bromet, J. E. (1988). Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male workforce. *Journal of Organizational Behavior*. 9(1), 14-17.
18. Cámara de diputados de H. Congreso de la Unión. (1997). Reglamento Federal de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo. (Publicación Diario Oficial). México, DF.
19. Campbell, Q. J., Quick J. D., Nelson D. L. & Hurrell, J. J. (2000). Preventive Stress Management in Organizations. *American Psychological Association*.
20. Canepa, C., Briones J., Pérez C., Vera A. & Juárez A. (2008). Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *2º Foro de las Américas en investigación sobre Factores Psicosociales. Estrés y salud mental en el trabajo*. Universidad Nacional Autónoma de México.
21. Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services* by Cary Cherniss. New York: SAGE Publications
22. Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I. & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

23. Díaz, A. & Feldman L. (2010). Validación preliminar del Cuestionario de Estrés Laboral (Desbalance-Esfuerzo/Recompensa) en una muestra de trabajadores de la Salud Venezolanos. *Ciencia y Trabajo*. 12 (36), 320-323.
24. Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980): Burnout: Stages of Desillusionment in the Helping Professions, New York: Human Science Press.
25. Escribá, A. V., Más P. R., & Flores R. E. (2001). Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Escuela Valenciana de Estudios para la Salud*. 2, 142-149.
26. Fauvel, J. P., Quelin P., Ducher M., Rakotomalda H. & Laville M. (2001). Perceived job stress, but not individual cardiovascular reactivity to stress is related to higher blood pressure at work. *Hypertension*. 38, 71-75.
27. Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. *Occup Med*, 48 (4), 237-250.
28. Fernández, D., Fernández P., & Acevedo J. (2005). Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros. *Salud de los trabajadores*, 13 (1), 7-17.
29. Figaldo, M. (s.f.) NTP 704: Síndrome de estar quemado "burnout" (I): definición y proceso de generación. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*.
30. Franco, F. B., Montoya, A. D., Bohórquez, M. E., & Ramírez, R. O. (2006). *Síndrome de Burnout y Locus de control en el personal de la clínica universitaria Bolivariana de la Ciudad de Medellín*. Tesis de Doctorado, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
31. Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
32. Gil-Monte, P. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, España.
33. Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones

- para la intervención. *Revista Psicológica científica*, 3(5). En: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/index.php>
34. Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*, 7(1), 3-10.
 35. Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
 36. Gil-Monte, P. (2006). La evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el Trabajo (burnout), Primer Foro de las Américas en Investigaciones sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el trabajo, Universidad Autónoma del Estado de México, Morelos: México.
 37. Gil-Monte, P. (2008). El Síndrome de quemarse por el Trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, 91 (92), 4-11.
 38. Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española Salud Pública*, 83(2), 169-173.
 39. Gil-Monte, P. (2011). Estructura factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (1), 75-84.
 40. Gil-Monte, P. (2011b). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Valencia, España. TEA
 41. Gil-Monte, P. R., Bravo, M. J., Rodríguez, I., & Caballer, A. (2001). Identificación de factores psicosociales relevantes para la calidad de vida laboral en unidades de enfermería a través de la evaluación de la construcción social del significado de quemarse por el trabajo (burnout)]. Datos no publicados del Proyecto de Investigación subvencionado por la Universidad de Valencia (UV00 - 4134).
 42. Gil-Monte, P., Carretero, N. & Roldán, M. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290.

43. Gil-Monte, P., García-Juesas, J., Nuñez, E., Carretero, N., Roldán, M. & Caro, M. (2006). Validez factorial del .Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo CESQT). En: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/24872/>
44. Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
45. Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
46. Gil-Monte, P. & Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnostico del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
47. Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. & Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
48. Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4(1), 165-179.
49. Gil-Monte, P. R., Unda, R. S., & Sandoval, O. J. (2009) Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214.
50. Gil-Monte, P. & Zuñiga, L. (2009). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 31, 23-38.
51. Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Stevenson, J. (1986). Stress in Organizations. New York: Praeger.

52. Guillén, G., Guil B., & Mestre N. (2000). *Estrés Laboral en Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales*. Madrid: Mcgraco-Hill.
53. Grau, A. L. (2008). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Servei de Publicacions*.
54. Grovannini, E. (1978). La salud de los trabajadores: Aportes para una política de salud. México, DF: Nueva Imagen.
55. Guerrero, B.E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, 19(1), 45-158.
56. Guerrero, E. & Rubio, J. (2005). Estrategia de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28, 27-33.
57. Guerrero, E. & Vicente, F. (2002). Abordaje del burnout en profesionales del campo de la discapacidad. En: García, J. *Aplicaciones de Intervención Psicopedagógica*. Madrid: Pirámide.
58. Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber, *Stress and burnout in the human services professions (1985)*. Nueva York: Pergamon Press
59. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005). Factores psicosociales: metodología de evaluación. *Nota Técnica de Prevención*, NTP 443. En: <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp.htm>.
60. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2004). El estrés: proceso de generación en el ámbito Laboral. *Nota Técnica de Prevención*, NTP 318.
61. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (s/a). Prevención del estrés: Intervención sobre el individuo. En: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP_Ficheros/301a400/ntp_349.pdf.
62. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. (1999). El estrés en el trabajo. Publicación 99-101. Publicado en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101sp.html>

63. Janssen, P., Schaufeli, W. B., & Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimension. *Work & Stress*, 13, 74-86.
64. Johnson, J. & Hall, E. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish Working Population. *Am J Public Health*; 78, 1336-1342.
65. Juárez, G. A. (2007). Factores Psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Revista de Salud Pública*. 49(2), 109-117.
66. Juárez, A., Ramírez, J., Rodríguez, M., & Almirall, H. (2002). Estructura Factorial de las Escalas del BMS II en trabajadores mexicanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 3 (1-2), 9.-32.
67. Jurado, S; Enedina, M; Méndez, L; Rodríguez, F; Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
68. Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 24, 285-308.
69. Karasek, R. (1998) Demand/Control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development. *Encyclopedia of Occupational Health and safety*. 34.6.
70. Karasek, R., Choi, B., Ostergren, P.O., Ferrario, M. & De Smet, P. (2007). Testing Two Methods to Create Comparable Scale Scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-Like Questionnaires in the European JACE Study. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1 (4), 189-201.
71. Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Nueva York: BasicBooks.
72. Kulka, H. (1980). *Ergonomía ¿por qué?*. Berlín. Verlag. Traducción por la Habana
73. Kumar, S., Baker, J., O'Brien, E., & Salahuddin, S. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a national study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (4), 306-316.

74. Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Belkic, K. L., Baker, D., Schwartz, J. E. & Pickering, T. G. (2003). The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. *Handbook of occupational health psychology*. Washington: American Psychological Association.
75. Leiter, M. P. (1988). Burnout as a Function of Communication Patterns. *Group and Organization Studies*, 13 (1), 28-111.
76. Levi, L (2001). Factores Psicosociales, Estrés y Salud. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 2, 34.3.
77. López, G. A. & Ayensa, V. J. (2008). Un método para anticiparse al estrés laboral: el modelo de Siegrist. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 46, 52-59.
78. López, S. (2002) Lo corporal y lo psicosomático: reflexiones y aproximaciones. México: Plaza y Valdés.
79. Luceño, M., Martín, G., Rubio, V. & Díaz, R. (2004). Factores Psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*. 1, 95-108.
80. Marcacyaya, J., (2007). Prevención del Estrés en el trabajo. *Estrategias de prevención y seguridad del Estrés Laboral en el personal de salud del seguro social campesino*. República de Ecuador. 32-40.
81. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human behavior*, 5, 16-22.
82. Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
83. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
84. Meda, M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, E. & Ortiz, R. (2008). Análisis Factorial Confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
85. Melamed, S. Kushnir, T, Shirom, A. (1992). *Burnout and risk factors for cardiovascular diseases*. *Behav med*; 18, 53-60.

86. Mercado, A & Gil-Monte, P. (2012). Características psicométricas del “Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo” en maestros mexicanos. *Revista de Educación*, 359, 1-10
87. Montgomery, J; Panagopolou, E. & Wildt, M. (2006). Work-family interference, emotional labor and burnout. *Journal of Managerial Psychology*, 21(1), 36-51.
88. Noriega, M., & Martínez, S. (2000). El estudio de la integridad Mental en su relación con el proceso de trabajo. *División de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 23, 216-232.
89. Olivier, G. R. (2001). El stress y yo. *Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo*. 1, 31-34.
90. Organización Internacional del Trabajo. (2001). Factores Psicosociales y de Organización. *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad*, 2, 34-56.
91. Organización Internacional del Trabajo. (2001b). Salud Mental. *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad*. 5.8
92. Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo. *Serie Protección de la Salud de los Trabajadores*. No.5.
93. Organización Mundial de la Salud. (2005). Legislación sobre salud mental y derechos humanos. *Conjunto de Guías sobre servicios políticos de salud mental*. 3, 1-48.
94. Organización Mundial de la Salud. (2005b). La organización del trabajo y el estrés. *Serie de Protección de la salud de los trabajadores*. No. 3.
95. Organización Mundial de la Salud. (2009). Enfermedades Cardiovasculares. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.htm>
96. Peiró, José M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo*. 13, 1-12
97. Pines, A. & Aronson, E. (1988) *Career Burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

98. Pines, A; Aronson, E & Kafry, D (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
99. Pulido, A., Cobo, Ma. & Martínez, J., (s/a). Valoración psicosocial mediante el uso de los modelos de estrés laboral de demanda control y desequilibrio esfuerzo recompensa. En: <http://www.ecofield.com.ar/archivo/blog/929.pdf>.
100. Ramírez, J., & Juárez, A. (2003). *Efectos negativos de tipo Psicológico en el trabajo*. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala. Estado de México.
101. Ramos, J. M. (2001). "Estrés...en el trabajo". *Revista Latinoamericana de la salud en el trabajo*. 1, 86-90.
102. Red Mundial de Salud Ocupacional. (RDSO). (2003). De una promoción de la salud en el lugar de trabajo hacia la gestión integradora de la salud en el lugar de trabajo. 3, 1-12.
103. Reynoso-Erazo, L., & Seligson, I. (1997). Patrón Conductual Tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, 419-427.
104. Rovira, R., (2007). Técnicas de afrontamiento al estrés laboral. *Salud laboral*. 4(1),11-13.
105. Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement" ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16 (2); 117-134.
106. Salanova, M., Grau, R., Llorens, S., & Schaufeli, W. (2001). Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la Autoeficacia profesional. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1), 69-90.
107. Sardiña, G. D., (2004). El estrés en el trabajo: el modelo de Karasek. *Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas*. 67(3), 4-10.
108. Sauter, S. L., Hurrell, J. J., Lawrence, R. M., & Levi L (2001). Factores Psicosociales y de Organización. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*.2

109. Sauter, S., Hurrell, J., Lawrence, R., & Levi, L., (2001). *Factores Psicosociales y de Organización. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.2*
110. Sauter, S., Murphy, L., Colligan, M., Swanson, N., Hurrell, J., Scharf, F., Sinclair, R., Grubb, L., Alterman, T., Johnston, J., Hamilton, A. & Tisdale J. (1998). El estrés en el trabajo. *National Institute for Occupational Safety and Health*. 99-101.
111. Schaufeli, W. (2005). Burnout en Profesores: Una perspectiva de Intercambio Social. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 15-3.
112. Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor and Francis.
113. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
114. Schaufeli, W., Martínez, I., Marques, A., Salanova, M & Bakker, A. (2002). Burnout and Engagement in University Students. *Journal of cross-cultural psychology*, 33 (5), 464-481.
115. Schaufeli, W., Van Dierendonck, D., & Van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work and Stress*, 10, 225-237.
116. Schwab, R. L. (1986). *Burnout in education*. En Maslach. C. & Jackson, S. Maslach Burnout_Inventory manual, 2nd edition, (pp. 18-22). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
117. Secretaría del trabajo y previsión social. (2006). Acuerdo por el que se establecen la organización y Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo. (Publicación Diario Oficial 42). México, DF.
118. Serra, J. (2007). *IV Encuesta Europea. Factores Psicosociales en el Marco Laboral*. España, Valladolid: TAE

119. Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal Occup Health Psychol.* 1, 27-41.
120. Siegrist, J., Peter, A. & Junge, P. (1990). Low status control, high effort at work and ischaemic heart disease: Prospective evidence from blue collar men. *Social Science & Medicin.* 31,1127-1134.
121. Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. & Niedhamer, I. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European Comparisons. *Social Science and Medicine.* 58, 1483-1499.
122. Subsistema de Administración de la Salud en el Trabajo. (2009). Factores Psicosociales. *Petróleos Mexicanos*, 5, 24-36.
123. Torres, P. (2002). Propuestas para la prevención, terapéutica y rehabilitación desde técnicas de acción psicodramáticas y teatrales. En:<http://fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/congreso/agut.htm><http://www.psicodrama.cl/index.php?view=article&catid=7:cursosanteriores&id=6:teatrosalud-%20teatro>.
124. Tovalin, H., Rodríguez, M., Cruz, J. & Soto, J., (2008). Comportamiento psicométrico del Cuestionario de Contenido del Trabajo (JCQ) en trabajadores mexicanos por sexo y actividad reproductiva. *2° Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales. Estrés y Salud Mental en el Trabajo.* Universidad Nacional Autónoma de México.
125. Vanwesenbeeck, Ph. D. (2005). Burnout Among Female Indoor Sex Workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 627-539.
126. Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 197-201.
127. Vinaccia, A. & Alvaran, F. (2004). El Síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 9-16.
128. Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.), *Professional*

burnout: Recent developments in theory and research (pp. 151-162).
London: Taylor & Francis.

129. Yoshitake, H. (1978). Three characteristic patterns of subjective fatigue symptoms. *Ergonomics*, 21 (3): 231-233