



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT), FACTORES
PSICOSOMÁTICOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN UNA
MUESTRA DE TRABAJADORES A TRAVÉS DE LA ESCALA MEXICANA DE
DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO)”

TESIS

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

BORJA RODRÍGUEZ ARTURO JOSHUA
VÁZQUEZ JIMÉNEZ MICHELLE IVONNE

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO
REVISORA DE TESIS: MTRA. ERIKA VILLAVICENCIO AYUB

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D.F. 2013

Facultad
de Psicología



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.

Agradecimientos

A la UNAM: Nuestro segundo hogar, por todo lo que aprendimos en sus aulas y fuera de ellas, por el privilegio de formar parte de la mejor universidad de México, a sus profesores, trabajadores y alumnos que día a día enaltecen con su compromiso, dedicación y esfuerzo a nuestro país.

A la Facultad de Psicología: Por la calidad humana de sus docentes, trabajadores y alumnos. Por la formación académica que nos brindó las herramientas necesarias para obtener un desarrollo profesional que nos prepara para servir con calidad, entrega y dedicación a la sociedad.

Al Dr. Felipe Uribe: Por compartir sus conocimientos y experiencias durante nuestra trayectoria académica, por el compromiso, dedicación y confianza que a lo largo del presente proyecto nos brindó, por sus palabras de aliento, por las aportaciones y sugerencias que hicieron posible este trabajo. Muchas gracias Doctor.

A la Mtra. Erika Villavicencio: Por ser una excelente docente y ejemplo a seguir, por el tiempo dedicado para la revisión de esta tesis, por ser una fuente de inspiración para continuar esforzándonos y sobre todo por su calidad humana y profesional.

A nuestros sinodales: Dra. Juana Patlán, Dr. Emmanuel Martínez y al Maestro Rodrigo Peniche, por su disposición, por el tiempo, por su paciencia, por compartir sus conocimientos y por las valiosas sugerencias, contribuciones y consejos que fortalecieron el presente trabajo.

Agradecimientos Arturo

A mi madre: Por su amor ilimitado, por su voluntad incansable, por su fuerza inquebrantable, por los sueños puestos en mí desde mi nacimiento, por estar a mi lado, cuando yo te creía ausente, por las noches de desvelo, por llorar conmigo, por dejarme sonreír mi alegría, por jamás perder la fe en mí... cuando yo mismo la había perdido. Gracias mamá, lo logramos. Te amo.

A Constanza: Amada hija, jamás podré expresar con palabras lo que siento por ti, nadie que lea estas letras, incluyéndote, podrá jamás entender la forma en que cambiaste mi vida, le diste un rumbo y una ilusión, para algunos yo te di la vida junto con tu madre, sin embargo, pocos entenderán que con el solo hecho de existir fuiste tú quien me dio la vida. Hijita mía, te llamo mía no solo por haberte engendrado, te llamo mía porque el amor que siento por ti me unirá a ti eternamente, a veces las circunstancias nos separan de quienes amamos, sin embargo te llamo mía porque mientras tú existas serás tan mía como tuyo soy yo, te llamo mía y no solo porque al lado de tu madre he llegado a tener el amor más grande que Dios me ha brindado, porque vives siempre dentro de mi corazón, porque eres mi razón y motivo. Dedico este trabajo a ti, a tu luz y a las palabras que a pesar de tus tres años, me han enseñado más de lo que la vida había podido enseñarme, con todo mi Amor, desde siempre y para siempre. Tu papá.

A mi padre: Por ser mi mejor amigo, por compartir conmigo tu sabiduría, por los juegos de mi infancia, por enseñarme el valor de una familia, porque me diste tu fuerza y tus debilidades, porque verte levantarte a pesar de la adversidad me da valor, por tu apoyo y sacrificio. Gracias papá, Te amo.

A Alison, Ángel y Amaury: Hermanitos, por el amor que les tengo, por los juegos y las risas, porque siempre me han escuchado, por las cosas que han dejado de percibir por mi causa, porque han sido mi fuerza, porque me han hecho pensar dos veces antes de darles un mal ejemplo, porque han crecido en un entorno difícil y aún así han salido adelante, les agradezco ser la brújula en mi camino, por su amor hacia mí y por ser siempre mis máximos aliados. Gracias.

A José Álvarez in memoriam (pepe), a Edgar Garfias (reina), Víctor Hugo Trujillo (crujo), Antonio Huerta (Negro), Christian Huerta (Choco), al galán, Lora, Axel, Joselo y Robert. Por estar a mi lado desde hace tantos años, por celebrar conmigo los éxitos y las desventuras de este camino, por el pasado,

por el presente y por el futuro, porque no todos los hermanos nacen bajo el mismo techo y a ti pepe, hasta el cielo dónde estás. Con gratitud y amor. Zeze crk,

A Mich: Por tu apoyo, por tu fuerza, porque te has convertido en una de las personas más importantes en mi vida, por tu optimismo, porque compartimos una meta que hoy se cristaliza, una meta que sin ti, no habría sido posible alcanzar, por las tardes en que compartimos mucho más que una tesis, por tus palabras, por la pizza, por el apoyo, por los sueños que están aún por cumplirse. Gracias.

A mis abuelos Gigio y Bolo: Mis segundos padres, por dar siempre el extra que se necesitó, porque sin ustedes jamás hubiese podido ser la persona que soy, porque gracias a sus enseñanzas y consejos no he perdido el camino. Esta tesis es más suya que mía.

A mis abuelos Adela y Carlos: Por ser los pilares de una hermosa familia, porque sus consejos y apoyo han sido base fundamental en mi vida, por su dedicación a la familia y por los valores que desde niño aprendí de ustedes.

A mis tíos y primos: Quiero darles las gracias por estar ahí siempre, por compartir conmigo tantas cosas, tanto tiempo, por ser un respaldo a cada paso, porque sin ustedes este camino no habría sido tan divertido, por sus consejos y por su amor. Gracias.

A Josie Fernández: Por tu amor incondicional, por tu fuerza, porque siempre me has apoyado, por el tiempo que sacaste adelante esta relación, por tus errores y por los míos, por el camino que cada día trazamos juntos, por todas esas “últimas” oportunidades, por tu sonrisa que tantas veces ilumina mi vida, por tus lágrimas que me han hecho convertirme en un mejor ser humano. Jamás habrá palabras que puedan expresar la enorme fortuna de tenerte a mi lado, jamás habrá una manera de darte las gracias por todo lo que me has dado, pero desde el fondo de mi alma, quiero decirte que te amo, que eres y siempre serás el gran amor de mi vida. Gracias, Te amo.

Verus amor numquam moritur, numquam obliviscitur.

Agradecimientos Michelle

Agradecimientos especiales a quienes con su cariño, confianza, comprensión y entrega me apoyaron incondicionalmente a lo largo de mi vida y en este proyecto tan importante para mí, a todos ustedes dedico este esfuerzo...

A ti mamá por ser la mujer más importante de mi vida, mi mejor amiga y porque gracias a tu inteligencia, entrega, perseverancia y carácter me has inspirado para cumplir mis metas, por permitirme compartir mis penas y mis alegrías, mis pequeñas victorias y dolorosos fracasos, siempre recibiendo de ti la palabra de aliento que me dio la fuerza para seguir luchando, porque sin condición alguna siempre he recibido tu apoyo, amor y cariño, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, te amo mamá.

A ti papá desde lo más profundo de mi corazón agradezco infinitamente lo que has hecho de mí, por la confianza, educación y amor sin límites que siempre me diste, por el apoyo incondicional que he recibido, por la motivación que me infundiste para lograr todo aquello que he deseado, por forjar este carácter que sin duda me ha ayudado a culminar todas mis metas, eres digno de admirar y estoy agradecida con la vida por tener a un papá como tú, por la perseverancia, constancia e inteligencia que te caracteriza, mismas que me inspiraran día con día, te amo papá.

A mis hermanos, sin duda los mejores Sonny y Yanko por estar siempre a mi lado, en situaciones buenas y malas, defendiéndome ante cualquier adversidad, gracias por su apoyo, lealtad, confianza y amor que me han demostrado, los adoro y amo con todo mi corazón, estoy muy contenta por lo que hemos aprendido juntos pero sobre todo lo que hemos superado, gracias por enseñarme el significado de una gran hermandad, por hacer mis días inolvidables y por ser parte de este gran equipo, sin duda inquebrantable.

A Bryan Alfredo García, mi chiquis hermoso, quiero agradecerte por hacer mis días más felices, porque estando a mi lado me has demostrado que el amor no tiene límites, porque siempre has estado dispuesto a cualquier cosa con tal de que yo esté bien, por tu entrega, lealtad, fidelidad y sobre todo por todo el apoyo que durante este proceso me has demostrado, debo reconocer que no fue fácil estar alejada de ti, pero hoy ese esfuerzo rindió frutos... se cumple una meta más de las muchas que nos hemos propuesto, un paso más... de muchos que juntos daremos, gracias por ser quien eres, te amo bebé.

A Arturo Borja, gracias por hacer este proyecto realidad, tu y yo escuchamos que no era fácil trabajar en conjunto la tesis, sin embargo me siento afortunada de haberte encontrado y que trabajaras conmigo, pero me hace más feliz haberte conocido y darme cuenta que no solo eres mi compañero de tesis sino un gran amigo que quiero y estimo, gracias por permitirme involucrarme más allá de la realización de la tesis y demostrarme que puedo confiar en ti en todo momento, el destino nos juntó en este camino y juntos dimos este gran salto, estoy

segura que hice la mejor elección, tenemos proyectos pendientes, no desistamos ¡vamos por la maestría!

A Joel Corte, agradezco tu apoyo incondicional, por todos los momentos buenos y malos que vivimos juntos, gracias a eso me he convertido en la persona que ahora soy, gracias porque en todo momento me enseñaste a confiar en mí misma, a ser exigente, firme, perseverante, constante y obstinada, eres muy importante para mí y fuiste pieza fundamental para que iniciara este proyecto, me siento muy afortunada por haberte encontrado y estoy muy contenta por conservar a personas como tú en mi vida, te quiero y estimo mucho.

A David Luz, han pasado muchos años desde que te conozco y en todo este tiempo no me canso de repetir lo importante que eres para mí, hemos crecido y aprendido juntos muchas cosas y esta vez quiero agradecerte la entrega y dedicación que has tenido conmigo, por siempre estar a mi lado, por demostrar tu preocupación por mí, por hacerme sonreír por hacerme más fuerte, y sobre todo porque me has enseñado que la verdadera amistad es para toda la vida. ¡Te quiero muchísimo!

A Tania Mena, por ser mi mejor amiga y demostrarme que aunque pasen los años y nuestras vidas hayan tomado caminos diferentes, siempre estaremos juntas, se que cuento contigo en todo momento y por ser quien eres, quiero agradecerte por compartir conmigo momentos inolvidables.

In memoriam de Nancy Romero Reynoso

Es complicado saber que ya no estás conmigo, que en un momento crucial en mi vida te fuiste sin despedir, estaba consciente que iba a perderte pero en ese momento todo pasó muy rápido, simplemente no estaba preparada, faltaron cosas por vivir, lugares que visitar, canciones que concluir y conciertos por disfrutar, se que estás conmigo y que me cuidas, quizá has desaparecido de mi vida, pero nunca de mi corazón, y quiero hacerte saber que fuiste la mejor compañera y amiga de clase, por todos los momentos lindos que compartimos, por enseñarme a disfrutar la vida a cada momento, por demostrarme que eras tan fuerte, por tu paciencia y entrega, gracias.

Al Lic. Alejandro Polanco Mireles por su apoyo a lo largo de mi trayectoria profesional, gracias por creer en mí y extenderme la mano cuando más lo necesité.

A quienes facilitaron los medios e hicieron posible este trabajo, Levi Medina, Ana Medina, Ricardo Domínguez, Sergio Villareal, Bertha García, Sor Neida, Michael Cruz, Christian Sánchez y Jonathan Anaya, a todos ustedes gracias por su participación, apoyo, solidaridad y disposición.

ÍNDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1 SALUD OCUPACIONAL	11
CAPÍTULO 2 ESTRÉS	18
2.1 Estrés laboral	23
CAPÍTULO 3 SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)	28
3.1 Antecedentes del síndrome de Desgaste Ocupacional	28
3.2 Definición	29
3.3 Denominaciones	30
3.4 Dimensiones del desgaste ocupacional (Burnout)	34
3.5 Modelos del Desgaste Ocupacional	35
3.6 Factores que originan el síndrome de Desgaste Ocupacional	37
3.7 Variables sociodemográficas	39
3.8 Variables personales ligadas a la organización	42
3.9 Sintomatología del síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)	47
3.10 Proceso de contagio del síndrome de Burnout	48
3.11 Diagnóstico del síndrome de Desgaste ocupacional según el DSM IV	49
3.12 Profesionales en riesgo	52
3.13 Prevención y tratamiento	52
3.14 Escalas e instrumentos de medición	61
CAPÍTULO 4 MÉTODO	63
4.1 Justificación y planteamiento	63
4.2 Objetivo	63
4.3 Hipótesis	63
4.4 Variables	64
4.5 Muestra	64
4.6 Tipo de estudio	64
4.7 Diseño de investigación	65
4.8 Instrumento	65
4.9 Procedimiento	66
4.10 Análisis de datos	67

CAPÍTULO 5 RESULTADOS	68
5.1 Variables personales de la muestra	68
5.2 Variables laborales de la muestra	71
5.3 Variables de salud de la muestra	79
5.4 Análisis estadístico	84
5.5 Análisis de varianza de una vía (ANOVA)	88
5.6 Desgaste Ocupacional a través del modelo de Leiter	95
5.7 Análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach)	100
CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	101
REFERENCIAS	108
ANEXO	113

RESUMEN

El Objetivo primordial de la presente investigación fue determinar el nivel de Desgaste Ocupacional (Burnout), en una muestra de trabajadores mexicanos del sector privado, así como identificar si existen diferencias significativas entre el nivel de Desgaste Ocupacional, factores psicossomáticos y las variables sociodemográficas.

La muestra se conformó por 200 trabajadores del sector privado, con edades entre los 18 y 65 años. Se aplicó el instrumento elaborado por Uribe Prado y colaboradores Escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO), compuesto por tres factores de Desgaste Ocupacional dividido en 30 reactivos (Agotamiento, Despersonalización e insatisfacción), un cuarto factor psicossomático compuesto por 7 factores psicossomáticos que incluyen 40 reactivos, (sueño, trastornos psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, indicador ansiedad e indicador depresión) obteniéndose un factor total psicossomático y 35 ítems que componen los factores sociodemográficos.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico y de confiabilidad de los resultados obtenidos, obteniendo una consistencia interna de 0.885 y correlaciones significativas entre al menos uno de los factores de Desgaste Ocupacional y las variables sociodemográficas edad, tiempo con pareja, hijos, actividades diarias, tipo de contrato, jornada laboral diaria, antigüedad en el puesto actual, antigüedad laboral, ingreso mensual, intervenciones quirúrgicas, consumo de drogas y hábito de hacer ejercicio. Así mismo se encontraron múltiples correlaciones entre los factores psicossomáticos y las variables sociodemográficas.

De acuerdo al modelo de Leiter se ubicó al 27.5% de la muestra en la fase 1 “Sano”, el 17% en la fase 2 “Normal”, 31% en la fase 3 “En peligro” y el 24.5% restante en la fase 4 “Quemado”.

Con base en los datos aportados por el presente estudio se concluyó que existen elementos que confirman la presencia de Desgaste Ocupacional y una relación con los factores sociodemográficos en la muestra.

INTRODUCCIÓN

A la luz de los cambios sociales y de la evolución de la situación laboral, el interés por el problema del *Desgaste Ocupacional* del personal ha aumentado durante los últimos 30 años. Los trabajadores son el recurso más importante que posee una organización para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema.

El Síndrome de Burnout, también conocido como “Síndrome de Desgaste Ocupacional”, fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg; posteriormente la definición de mayor aceptación fue la propuesta en el modelo desarrollado por Maslach y Jackson en 1982, que consta de tres componentes: Agotamiento emocional, Despersonalización y Falta de realización personal en el trabajo. Actualmente el Síndrome de Burnout se conceptualiza como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico.

El Síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública, es un trastorno que daña la calidad de vida del profesional y su desempeño laboral, generando aumento de costos económicos y sociales. El Burnout no está limitado a los servicios humanos, toda persona, independientemente de la profesión que tenga o su nivel jerárquico es susceptible de presentar el Síndrome de Burnout.

Tal es la relevancia del síndrome de Burnout que la Organización Mundial de la Salud lo calificó como riesgo laboral en el año 2000.

Con el paso del tiempo se requirió de un instrumento para medir el síndrome y el primero en surgir fue el Maslach Burnout Inventory MBI (1986), actualmente el más utilizado en todo el mundo, posteriormente se realizaron diversos instrumentos en español, destacando el CESQT realizado en España y la EMEDO en México.

En la presente investigación se pretende medir el nivel de Burnout, factores psicosomáticos y variables sociodemográficas en una muestra de trabajadores mexicanos a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). Para este fin se hizo una revisión en la literatura y en las investigaciones realizadas acerca de la conceptualización y antecedentes históricos.

CAPÍTULO 1. SALUD OCUPACIONAL

El concepto de salud se ha transformado a lo largo de la historia, inicialmente la salud era considerada como la simple ausencia de enfermedad, sin embargo con el paso de los años, a raíz de las revoluciones sociales, desarrollos tecnológicos y avances científicos, se ha propiciado que la definición de salud se integre no solamente con características físicas, se han agregado características psicológicas, conductuales y sociales lo que permitió desarrollar modelos y estrategias para finalmente dar solución y procurar que las personas tengan una mejor calidad de vida. El objetivo del presente capítulo es contextualizar la importancia de la salud, los factores que pueden representar un riesgo para la misma, su relación con el entorno laboral y las consecuencias para la organización y el trabajador.

De acuerdo a Peniche (2008), a pesar de los indudables avances científicos y técnicos que ha logrado la humanidad a lo largo del tiempo, sobre todo en las últimas décadas, los trabajadores día a día confrontan una diversidad de riesgos para su salud e integridad de diversa índole, no solo en los escenarios laborales, también en el medio ambiente en el que se desenvuelven cotidianamente (citado en Uribe- Prado, 2008).

La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos relacionados entre sí y con el medio ambiente en que viven y trabajan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición forma parte de la Declaración de Principios de la OMS desde su fundación en 1948. En la misma declaración se reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias (Parra, 2003).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) a través de múltiples convenios entre trabajadores, sindicatos, médicos, patrones y estados ha pretendido preservar la seguridad y salud en el trabajo, así lo señala en su declaración de principios fundamentales desde 1944: “todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo, o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en

condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades”. (OIT, 2000, p.7).

Tradicionalmente los modelos de salud hacían énfasis en la cura de enfermedades y cuando se podían señalar modelos novedosos, éstos incluían prevención y promoción de la salud. Afortunadamente, los conceptos de salud han mejorado y ahora se habla de bienestar biológico, social y psicológico. En otras palabras, la salud ha dejado de ser la “ausencia de enfermedad”, para pasar a ser “bienestar físico, social y mental” (Uribe-Prado, 2008).

La salud es un valor muy apreciado por toda la población; de ahí que diversos sectores, incluido el laboral, se hayan hecho eco de esta situación y den cabida en su día a día a iniciativas que persiguen el cuidado y la mejora de la salud de los miembros que participan en dichos sectores. En el ámbito profesional, es decir, en el sector de las empresas, la salud es un valor intangible que se traduce cada vez con más frecuencia en iniciativas tangibles y concretas como la flexibilización horaria, los seguros de salud para empleados o la creación de espacios de trabajo respetuosos de la salud (Medina, 2009).

La actividad profesional ocupa un lugar importante en la vida de las personas, marcando en muchos casos su situación en la sociedad y la consideración de sus semejantes. El exceso de trabajo, la responsabilidad, las relaciones con los compañeros y otras variables pueden generar desequilibrios y tensiones excesivas, afectando a los trabajadores en todos los niveles, lo cual ha sido objeto de muchos estudios (Rodríguez et al. 2007).

Parra (2003) define: “El trabajo es fuente de salud”, mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para la mantención de un buen estado de salud; en el cual no sólo satisfaga sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, tales como: salario, actividad física y mental, contacto social, desarrollo de una actividad con sentido y producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos.

Así mismo Parra (2003) establece: “El trabajo puede causar daño a la salud” ya que las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos como:

- Factores materiales de riesgo. Dependen de características materiales del trabajo, independientes de las personas.
- Factores sociales de riesgo. Aspectos individuales de las personas: cuánto han aprendido y son capaces de aplicar adecuadamente para realizar su trabajo (calificación), edad, sexo, actitud hacia el trabajo y actitud frente al riesgo.
- Riesgo dependiente de la organización del trabajo y de las relaciones laborales. Factores de la organización del trabajo pueden ser determinantes del daño a la salud. Una jornada extensa (o un ritmo acelerado) puede resultar en fatiga del trabajador que se ve así expuesto a una mayor probabilidad de accidentarse. Los excesivos niveles de supervisión y vigilancia pueden terminar por desconcentrar al trabajador de su tarea. Otro factor importante es la claridad de las órdenes de trabajo y la coherencia entre los distintos niveles de mando.

Con base en la definición acordada por la OMS al campo del trabajo, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social.

El concepto de salud laboral ha ido desarrollándose a lo largo de los años, en la medida en que los conceptos de condiciones y medio ambiente de trabajo han intentado definirse progresivamente en favor de la salud de los trabajadores (Gómez, 2007).

“La salud ocupacional es el conjunto de estrategias, técnicas y actividades multidisciplinarias necesarias para la detección, evaluación y control de los factores o circunstancias que puedan ser la causa o estar asociados a la presentación de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo” (Pemex, 2007 citado en Regalado, 2008 p.16).

Según Rodríguez (2002), la salud ocupacional y el bienestar es prerequisite para la productividad, constituyendo el factor más importante, inclusive, en el aspecto socioeconómico y el desarrollo sostenible (citado en Regalado, 2008).

“La Psicología de la salud ocupacional, debe entenderse holísticamente, pues no sólo es la Psicología aplicada a la salud ocupacional si no que observa, analiza las causas que afectan la salud de los trabajadores y propone alternativas para mejorar y mantener la salud ocupacional ” (Regalado, 2008, p. 17).

De acuerdo con el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud ocupacional (American National Institute of Occupational Safety and Health, NIOSH por sus siglas en inglés), organismo norteamericano que realiza investigaciones sobre las condiciones de trabajo que pueden influir en el bienestar físico y mental de los trabajadores, la Psicología de la salud ocupacional tiene como objetivo la aplicación de la Psicología en pro de la mejora de la calidad de vida laboral, proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, (Citado en Gómez, 2007).

De acuerdo con la OIT, los objetivos de la salud ocupacional son:

Asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que este se afecte, hacer posible la adaptación física y mental de los trabajadores y en particular, su colocación en puestos de trabajo compatibles con sus aptitudes, vigilando que haya permanente adaptación, promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores (Gutiérrez, 2012).

Acorde con lo antes expuesto, Gutiérrez (2012) menciona: “El concepto de salud laboral implica un estado dinámico de las condiciones de trabajo y el ambiente laboral con las aptitudes, las necesidades y las aspiraciones del trabajador”.

Uno de los aspectos que la Psicología de la salud ha contemplado son los procesos cognitivos producto de las interacciones entre un ambiente externo nocivo y el organismo, tal es el caso del estrés (Uribe-Prado, 2008).

Un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 enfocado en evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora, señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio (citado en Gil-Monte, 2001).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo (Gil-Monte, 2005).

Por su parte, Houtman y Kompier (2001), señalan que la salud mental está determinada en parte, por las características del entorno ocupacional y entre estas características los factores psicosociales y organizativos desempeñan un papel relevante (citado en Gil-Monte, 2005).

Tanto la OMS como la OIT consideran que la salud del personal es indispensable para que las organizaciones mantengan un funcionamiento eficiente, tomando en cuenta diversos entornos, entre los que se encuentran el organizacional, psicosocial y cultural que pueden originar el desarrollo del síndrome.

A pesar de las diferentes políticas y medidas de seguridad social y de salud que se han formulado e implementado a nivel mundial, no se ha podido garantizar el establecimiento de contextos saludables de trabajo. Sin embargo, es importante anotar que las organizaciones se preocupan constantemente (aunque es una tarea compleja) por garantizar el bienestar social y la calidad de vida laboral de los trabajadores (Gómez, 2007).

En el mismo orden de ideas, Gutiérrez (2012) señala que en ciertos países de ingreso bajo y medio todavía impera la perspectiva de considerar al trabajador como material de desecho y, por lo tanto, fácil de reemplazar; no obstante, los cambios actuales en el mundo están obligando a las empresas a cambiar su filosofía y ya no se limitan a proveer a sus asalariados de los elementos necesarios para que realicen adecuadamente las tareas sino que también consideran el contexto en el cual estas se realizan, para

mantenerlos sanos, satisfechos y contentos, y así conservarlos lo más posible. Además, desde el punto de vista socioeconómico los trabajadores sanos y satisfechos se convierten en el factor más importante para el crecimiento sustentable.

Por su parte Ringler (2002), menciona que el funcionamiento de una empresa, así como su manera de organizarse, influye en la salud de los empleados del mismo modo que la forma de organizarse y trabajar del empleado influye en la salud de la organización (citado en Medina, 2009).

Para Gutiérrez, (2012) la consecución del equilibrio en la salud requiere dos condiciones básicas:

- La homogeneidad de la estructura del medio y de la personalidad del individuo. Es decir, que las exigencias y situaciones del entorno resulten familiares y habituales a la persona. Por ejemplo, el trabajador puede percibir problemas cuando se introducen en la organización sistemas que impliquen nuevo horarios o nueva maquinaria que conlleve procesos automatizados. Ante estas situaciones, el trabajador deberá desarrollar y ejercer funciones que no le son habituales o para las cuales siente que no está capacitado.
- La repetición y vivencia de una acción nueva en un clima de seguridad. Es decir, las experiencias cuya solución haya sido satisfactoria le facilitarán la adaptación a la nueva situación. En caso contrario, aparecerán sentimientos de agotamiento o cansancio que propiciarán por ejemplo, la rotación de puestos, impuntualidad, ausentismo, e incluso accidentes, lo cual ira en detrimento de la productividad organizacional.

Artazcoz (2002), señala que aunque en los diferentes contextos de trabajo todavía persisten los riesgos laborales clásicos, cada vez es mayor el protagonismo de los factores de riesgo psicosocial y del estrés laboral derivados de las nuevas formas de organización en el trabajo. Anota que los dos cambios más relevantes han sido la flexibilización del empleo y la intensificación del trabajo (ampliación de horarios a los fines de semana, incremento de horarios irregulares con horas de trabajo impredecibles, entre otros). Este aumento de las exigencias del trabajo no parece estar acompañado del

control (autonomía y oportunidad de desarrollar las habilidades) sobre el trabajo, (Citado en Gómez, 2007).

Aunque la definición de salud se ha ampliado considerablemente, llegando de esta forma a identificar variables que inciden en ella que no habían sido consideradas, es sin lugar a dudas uno de sus principales retos diagnosticar, combatir y prevenir las nuevas enfermedades, trastornos y síndromes derivados del campo del trabajo, existiendo limitaciones culturales, sociales y legales para esta labor. Para lo anterior es necesaria la colaboración de los países, las empresas, los sindicatos y los propios trabajadores, para reducir la incidencia de estos factores y de esta forma mejorar la salud en las organizaciones.

En general, las empresas cada vez se interesan más por los temas de salud y las implicaciones que tienen en sus empleados, especialmente el caso del estrés, uno de los problemas de salud más presentes en el mundo laboral. La comprensión de este tema de forma precisa es una condición imprescindible para la aplicación de medidas prácticas que tengan repercusiones positivas en el empleado y en la organización en su conjunto. Por ello es necesario identificar cuáles son las implicaciones que tiene la gestión de la salud y del estrés en las empresas (Medina, 2009).

CAPÍTULO 2. ESTRÉS

Desde el siglo pasado se han producido muchas definiciones del estrés y se han investigado las causas, los efectos y diversas estrategias para prevenir que afecte de manera negativa al ser humano, en este capítulo se incluyen las principales definiciones físicas, biológicas, psicológicas y cognitivas, una síntesis de sus primordiales efectos físicos, psicológicos y conductuales, así como la relación existente entre el entorno laboral y el estrés, sus repercusiones para la organización y todas las personas ligadas a ella (trabajadores, compañeros, clientes, pacientes, alumnos, etc.).

El estrés es un término que originalmente procede de la física. En ese ámbito, estrés significa presión y se utiliza para explicar los efectos que se producen sobre un cuerpo cuando éste es sometido a una presión. Todo cuerpo tiene un umbral de resistencia que será el punto en el cuál no resistirá más esa presión (Calvete ,2008).

En los sistemas biológicos se define al estrés como una condición que perturba seriamente la homeostasis fisiológica y/o psicológica de un organismo (Gutiérrez, Celis, Moreno, Farías, y Suarez, 2006).

El estrés forma parte de la vida cotidiana hasta un punto tal que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva de acuerdo a Gutiérrez, Celis, Moreno, Farías y Suarez (2006).

Gutiérrez, (2012) define al estrés como la respuesta integral del organismo que conlleva una activación fisiológica y cognitiva, previa a una repentina actividad motora y conductual, resultante de una evaluación y ponderación del control potencial y de la disposición de poseer recursos y apoyos propios para enfrentar estresores, con el fin de mantener el equilibrio actual y futuro.

A la respuesta fisiológica, psicológica y comportamental generada por sucesos o situaciones amenazantes a la integridad física, psicológica o social de la persona se le llama estrés (Gutiérrez, 2012).

El estrés aumenta las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras del organismo, agudiza la percepción, facilita el proceso de la información, una mayor búsqueda de soluciones y permite la selección de conductas de adaptación. Sin embargo, si la respuesta a la situación de estrés es frecuente, intensa y duradera termina por dañar la salud del individuo, provocando lesiones corporales irreversibles, López-Lorente (2000).

Cuando el estrés es repetitivo, prolongado o severo, el proceso de adaptación requiere de un esfuerzo mayor y es posible que las respuestas fisiológicas inherentes conlleven serios problemas de salud e incluso la muerte (Gutiérrez, 2012).

Para Lipp, (2000) el proceso de estrés presenta cuatro fases: alerta, resistencia, casi-agotamiento y agotamiento. La fase de alerta es el momento en que la persona se prepara para enfrentar nuevas situaciones. En la fase de resistencia el individuo automáticamente intenta lidiar con sus estresores de modo que pueda mantener su homeostasis interna. Si los factores estresantes persisten hay una ruptura en la resistencia de la persona y ésta pasa a la fase de casi-agotamiento, en la cual, debido a un gran dispendio de energía, hay una incapacidad del organismo para restablecer la homeostasis. Hay momentos en que el equilibrio es alcanzado, alternándose con períodos de mucha incomodidad, cansancio y ansiedad. Cuando el reequilibrio no es alcanzado por la movilización del organismo el proceso evoluciona para la última fase que es la de agotamiento en la que hay una ruptura total de la resistencia, lo que lleva a un excesivo desgaste psicológico y físico. (Citado en Barretto, Mombelli, Decesaro, Pagliarini, y Silva, 2011).

Kossen (1995) postula que aunque todo depende de la capacidad de tolerancia que tenga el ser humano a los estímulos que se perciben como estresantes, existen tres etapas que determinaran diferentes respuestas a los estresores percibidos (citado en Gutiérrez, 2012):

- Punto de rendimiento. Pequeños cambios a los cuales el organismo responderá para normalizar o regularizar la situación de manera natural.
- Limite elástico. Mecanismo de prevención al umbral de estrés.
- Punto de ruptura. Si no se manejan adecuadamente los estresores el rebasar el límite elástico puede causar daños severos tanto físicos como mentales.

Las fuentes de estrés son eventos que pueden ser de origen interno o externo al individuo. Los estímulos internos son “todo aquello que forma parte del mundo interno, de las cogniciones del individuo, su modo de ver el mundo”. Los estímulos externos se refieren a los acontecimientos de la vida diaria de la persona. Las asociaciones entre los estímulos internos y los externos, además de las estrategias de enfrentamiento del individuo, determinarán si desarrollará estrés excesivo o no. Benavides-Pereyra, 2002 (citado en Barretto et al., 2011).

Fernández y Garrido (1999) listan algunos efectos fisiológicos, cognitivos y conductuales (Tabla 1).

Tabla 1. Efectos fisiológicos, cognitivos y conductuales del estrés (Tomada de Gutiérrez, 2012).

FISIOLÓGICOS	COGNITIVOS	MOTORES
Aumento de la tasa cardiaca	Preocupaciones	Habla rápida
Aumento de la presión arterial	Incapacidad para tomar decisiones	Temblores
Aumento de la sudación	Sensación de confusión	Voz entrecortada
Aumento del ritmo respiratorio	Incapacidad para concentrarse	Imprecisión
Aumento de la tensión muscular	Dificultad para dirigir la atención	Precipitaciones
Aumento en los niveles de adrenalina y noradrenalina	Sentimiento de falta de control	Explosiones emocionales
Aumento del azúcar en la sangre	Estrechamiento de la atención	Predisposición a accidentes
Disminución del riego sanguíneo periférico	Desorientación	Consumo de tabaco, alcohol, fármacos, etcétera.
Reducción de la acción del aparato digestivo	Olvidos frecuentes	Comer en exceso
Aumento del metabolismo basal	Bloqueos mentales	Falta de apetito
Aumento del colesterol y liberación de ácidos grasos en la sangre	Hipersensibilidad a la crítica	Conductas impulsivas
Aumento del nivel de corticoides	Mal humor	Consumo de drogas
Inhibición del sistema inmunológico		Risas nerviosas
Dificultad para respirar		Bostezos
Sensación de tener un nudo en la garganta		
Sequedad en la boca		
Dilatación de las pupilas		

El estrés conlleva diversas sintomatologías físicas, psicológicas y conductuales que impactan a nivel individual y organizacional.

En el estrés a nivel físico se incluyen, entre otras expresiones, sudoración de manos, palpitaciones, boca seca, indigestión, agruras, úlceras, calambres, tartamudeo, tensión y problemas premenstruales en las mujeres o impotencia en los hombres (Gutiérrez, 2012).

A nivel psicológico desde la sensación de resentimiento, rechazo, ansiedad, tensión, enojo, falta de concentración, apatía, depresión, hasta baja autoestima, dificultad para dormir o mantener el sueño, sentimientos de aislamiento y de incompetencia, problemas de memoria, irritabilidad, etcétera (Gutiérrez, 2012).

A nivel conductual pueden presentarse comportamientos conflictivos, proclividad hacia el consumo del alcohol y tabaco, drogas, cambios alimentarios (falta o exceso de hambre), reducción de actividades físicas y sociales, entre otras (Gutiérrez, 2012).

A nivel organizacional el estrés tiene repercusiones tales como ausentismo, impuntualidad, rotación excesiva de personal, huelgas, paros de actividades, bajo desempeño, bajas en la calidad y cantidad de los productos o servicios, accidentes de trabajo, deterioro en las relaciones laborales, problemas de comunicación, falta de respeto, desconfianza, agresión y violencia, etcétera, lo que conduce evidentemente a una baja de productividad sistémica (Gutiérrez, 2012).

Se necesita un nivel de tensión o estrés para poder responder ante las distintas exigencias de la vida cotidiana y laboral: sin embargo, el grado de tensión no debe alcanzar niveles extremos que puedan perjudicar el estado fisiológico, emocional, mental, de interrelación humana o incluso laboral. En caso de llegar a una vida sin estrés, se caería en una apatía, en una existencia vegetativa (Mendoza, Arias y López, 2012).

2.1 Estrés Laboral

Uno de los escenarios más importantes e influyentes en la vida de una persona que genera las demandas más estresantes es el mundo del trabajo, (Uribe-Prado, 2008).

Dentro de los aspectos que la Psicología de la salud ha contemplado se encuentran los procesos cognitivos producto de las interacciones entre un ambiente externo nocivo y el organismo, tal es el caso del estrés Uribe-Prado, (2008).

El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en Norteamérica y Europa. En 1990, el 13 % del total de casos de incapacidad de trabajadores que gestionó Northwestern National Life, importante aseguradora estadounidense de accidentes de trabajo, se debían a trastornos en los que se suponía que existía una relación con el estrés del trabajo (Northwestern National Life, 1991). En un estudio realizado en 1985 por el Consejo Nacional de Compensación y Seguros (National Council on Compensation Insurance), se comprobó que una sola causa de baja laboral, la incapacidad psicológica debida a “estrés mental progresivo” en el trabajo, había llegado a representar el 11 % del total de indemnizaciones por enfermedad profesional (OIT, 1998).

El estrés laboral es un complicado proceso que involucra aspectos que promueven en el trabajo la idea o la creencia de no estar a la altura de las circunstancias laborales cotidianas (críticas o amenazantes) por lo que se siente ansioso, temeroso, tenso, frustrado y enojado , esto ocasiona un bajo desempeño, conflictos y en ocasiones , enfermedades y accidentes (Gutiérrez, 2012).

El estrés laboral es una de las preocupaciones de la salud pública y de la salud en el trabajo, debido a que se relaciona con tasas de prevalencia de accidentes laborales, de morbilidad y de ausentismo; generando actitudes negativas de los trabajadores además de pérdidas económicas para las instituciones (López-Morales, González, Morales y Espinoza, 2007).

De cara al futuro, los rápidos cambios en el tejido laboral y en la fuerza de trabajo plantean riesgos desconocidos, y posiblemente mayores de estrés del trabajo (OIT, 1998).

En situación de trabajo se plantea que el estrés es la respuesta general frente a una acción o situación que reclama exigencias físicas y psicológicas particulares de los trabajadores. Es una consecuencia de la interacción persona-medio ambiente laboral, que puede afectar positiva (eustres) o negativamente (distres) la salud del individuo (Gutiérrez, 2012).

Gutiérrez, Contreras-Ibáñez e Ito (2000), Definen el estrés laboral como la percepción que tiene el trabajador de aquellas condiciones adversas en el lugar de trabajo, debidas a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre el trabajo y las obligaciones personales y las necesidades propias de la autorrealización, (Citado en Carreño, Medina-Mora, Martínez, Juárez y Vázquez, 2006).

Gutiérrez (2012) realizó una recopilación de las definiciones más utilizadas de estrés ocupacional entre las que se encuentran las siguientes:

- Activación mente-cuerpo, resultado de las demandas físicas y /o psicológicas asociadas con el trabajo (Quick et al., 1997).
- Demandas en el trabajo que exceden las habilidades de afrontamiento del trabajador (Rice, 1999).
- Procesos que involucran aspectos (laborales) que causan o precipitan en los individuos el pensar que no son capaces de afrontar la situación que los amenaza, experimentando con ellos sentimientos de ansiedad, tensión, frustración y enojo como consecuencia de reconocer que tal situación está fuera de su control (Fith-Cozens y Payne, 1999).
- Conjunto de reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador (Sauter *et al.*, 1999).
- Para Gutiérrez, Ostermann, Contreras y Guido (2008) el estrés en el trabajo es la vivencia de ansiedad, temor e insatisfacción relacionada con las exigencias de los factores implícitos debidos a la naturaleza de la ocupación misma, como son los estilos de liderazgo, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol, las fechas límite, los recursos limitados y en general las necesidades de logro no colmadas, que

conlleven comportamientos disfuncionales dentro de la organización (citado en Gutiérrez, 2012).

Así mismo Wisniewski y Gargiulo, (1997) realizaron una revisión sobre el estrés laboral en profesores de educación especializada en la que establecieron que a pesar de que el estrés no puede evitarse en este entorno en términos absolutos, es potencialmente manejable sobre todo a través de sistemas de apoyo social en el lugar de trabajo por parte de órganos de gestión administrativa superiores y compañeros. (Citado en Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

Para Salanova, Llorens y García-Renedo (2003), el estrés ocupacional se produce cuando hay demandas del trabajo que exceden los recursos de que dispone el trabajador. Cuando existen muchas demandas y pocos recursos para afrontarlas, suele producirse un estado psicológico negativo en el trabajador que se puede manifestar de modos diversos.

El estrés en las organizaciones implica al conjunto de respuestas del empleado frente a situaciones de trabajo que van en detrimento de su salud, en los ámbitos fisiológico, psicológico, emocional y conductual; pero que también conlleva consecuencias en la marcha de las organizaciones. Esto como resultado de una valoración real (despidos o accidentes) o imaginaria (mi jefe me tiene mala voluntad), en donde se percibe que las exigencias de la situación exceden las capacidades, habilidades, recursos y tiempo; lo que provoca una sensación de pérdida de control personal y la aparición de comportamientos disfuncionales (Gutiérrez, 2012).

Algunas características que contribuyen a que los trabajadores perciban como amenazante determinada situación pueden ser el cambio organizacional, la obsolescencia de la maquinaria o de las capacidades de la persona, el grado de incertidumbre, la ambigüedad, la alteración de las condiciones biológicas del organismo y el estilo de vida (Gutiérrez, 2012).

Si una persona está bajo tensión severa, es proclive a tener accidentes, a pesar de todas las medidas de seguridad y políticas de la empresa para prevenirlos. Además si el trabajador está insatisfecho o estresado, no estará dispuesto a llevar a cabo sus tareas o

encomiendas de una manera normativa, eficiente, efectiva y oportuna por lo que de nada servirá la tecnología más avanzada y la maquinaria más moderna (Gutiérrez, 2012).

Las organizaciones son sistemas sociales complejos con un alto nivel de integración entre sus componentes para poder lograr los objetivos propuestos y su permanencia mediante el mantenimiento de su estabilidad interna. El destino de la organización depende de la calidad, especialización y compromiso de su elemento humano, ya que su esfuerzo permitirá enfrentar con éxito los retos de la competencia y aprovechar al máximo los recursos tecnológicos, técnicos y materiales disponibles (Gutiérrez, 2012).

En términos generales puede decirse que una organización sana es aquella que además de ser competitiva en el mercado presenta tasas bajas de enfermedades, accidentes, lesiones o invalidez en su personal. Puede alcanzar un alto nivel de productividad al atender y reconocer a sus empleados cuando estos tienen un buen desempeño, al ofrecer la oportunidad para el fomento de su carrera y encaminar acciones directivas que concuerdan con los valores organizacionales (Caballero, 2004; Villavicencio, 2002 citado en Gutiérrez, 2012). Pero cuando la organización no presta atención a estas consideraciones se presentan graves y a veces irreversibles consecuencias.

Quick, Nelson y Quick (2000) proponen la siguiente clasificación que describe algunas consecuencias en la organización (Tabla 2).

Tabla 2. Costos para la organización (tomada de Gutiérrez, 2012).

Costos directos	Costos indirectos
<p>Participación y asociación</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ausentismo · Impuntualidad · Huelgas o paros · Rotación de personal 	<p>Pérdida de vitalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pérdida de entereza · Pérdida de motivación · Insatisfacción
<p>Desempeño en el trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Calidad de la productividad · Cantidad de la productividad · Malestar · Accidentes · Lentitud de máquinas por reparaciones · Bloqueo de inventarios 	<p>Problemas de comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> · Declive en la frecuencia · Distorsión de mensajes
<p>Costos por el cuidado de la salud</p> <p style="text-align: center;">Indemnizaciones</p>	<p>Mala toma de decisiones</p> <p>Calidad de relaciones laborales</p> <ul style="list-style-type: none"> · Desconfianza · Falta de respeto · Rencor
	<p>Agresión y violencia</p>

Con base en lo antes expuesto se infiere que el estrés coadyuva a una mejora en el desempeño, favorece el afrontamiento de situaciones amenazantes y la adaptación a los cambios en el entorno, sin embargo, cuando el estrés sobrepasa la resistencia de los individuos, genera respuestas perjudiciales para la salud en diversas dimensiones, sean estas psicológicas, cognitivas o físicas, las cuales pueden ser irreversibles y cuya prevención destaca como una de las más importantes tareas para los estudiosos del campo de la salud.

Dentro del contexto del estrés en las organizaciones surge el síndrome de Desgaste Ocupacional, con el que se ha trabajado cada vez con mayor frecuencia debido a las implicaciones personales, laborales y sociales que constituye para el trabajador, así como consecuencias económicas y administrativas para la organización, entre las que se encuentran ausentismo, alta rotación, bajo rendimiento y falta de productividad.

CAPÍTULO 3. SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

La relevancia que hoy día ha tomado el estrés en el mundo ha llevado a un estudio profundo sobre su incidencia en el trabajo, como causa de ausentismo, baja productividad, incapacidad y accidentes laborales, de igual forma se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre la relación entre un ambiente hostil de trabajo, ya sea debido a condiciones de trabajo desfavorables, una dirección autoritaria, baja capacidad de adaptación, entre otras. Es dentro del contexto del estrés laboral que surge el concepto de “burnout”, denominado así mismo como Síndrome de quemarse por el trabajo o Desgaste Ocupacional, el cual ha cobrado una gran relevancia desde la década de los setentas. En un comienzo se relacionó únicamente a los prestadores de servicios médicos (doctores, enfermeras y trabajadores sociales) y al personal vinculado a la educación (profesores, orientadores etc.), sin embargo al desarrollarse la investigación con respecto a este fenómeno se ha comprobado su prevalencia en cualquier tipo de organización y profesión, tanto por la incidencia en los trabajadores como por la manera en que afecta a las organizaciones para las que laboran.

3.1 Antecedentes del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)

En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

A raíz de estos hallazgos explicó: el burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante, fue en ese momento cuando se introdujo el término burnout por primera vez en la literatura médica (Gutiérrez et al., 2006).

En la década de los ochentas la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California, en Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término utilizado por Freudenberger para definir el síndrome de agotamiento profesional o burnout, y en

conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia, Nueva Escocia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo; este ha sido traducido al español por el doctor José Carlos Minote Adán de la Universidad Complutense de Madrid, España (Gutiérrez et al., 2006).

3.2 Definición

Al final de la década de los setentas los estudios de Maslach (1977) y Maslach y Pines (1977) definen al Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) como “un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio” (citado en Gil-Monte, 2005).

Existen diversas definiciones acerca del Burnout tal es el caso de Edelwich y Brodsky (1980), quienes lo consideran como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparecen en los profesionales de ayuda, lo anterior resultado de las condiciones de trabajo. Para Pines y Kafry (1982), es un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico, resultado de la intervención excesiva con la gente durante largos períodos de tiempo.

Al realizar una revisión que abarca de 1974-1980 con base en la literatura y contemplando los trabajos que contenían definiciones acerca del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Perlman y Hartman (1982) concluyen la siguiente definición “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización”.

Maslach y Jackson (1981) han establecido que el Síndrome de Quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitud de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

Brill (1984) definió el burnout como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas (citado en Mababu 2012).

Para Gil-Monte (2001), el Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

3.3 Denominaciones

La literatura lleva a concluir que existen al menos diecinueve denominaciones diferentes en español para referir al Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Esta situación ha generado confusión entre los profesionales y académicos de habla hispana para el diagnóstico y la identificación de la patología. Gil-Monte elaboró una taxonomía sobre esas denominaciones distinguiendo tres categorías: denominaciones basadas en la traducción literal del término original anglosajón burnout, denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, y denominaciones basadas en la sinonimia con estrés laboral.

Para Gil-Monte (2003) Una denominación es la designación de un concepto en el lenguaje especializado, formada al menos por un término, que sirve tanto para designar objetos materiales como objetos no materiales. Por tanto, la denominación de los fenómenos es un referente fundamental para comprenderlos y caracterizarlos.

En la medida en que un fenómeno es conceptualizado de manera unívoca la comunicación entre diferentes investigadores se hace fluida y su contribución en la investigación de ese fenómeno adopta patrones sinérgicos. Por el contrario, diferentes denominaciones para un mismo fenómeno, aunque se realice a través de sinónimos,

puede llevar a la idea de que se trabaja sobre cosas diferentes y puede generar un debate de partida sobre cuál es la denominación más acertada, Gil-Monte (2003).

Este fenómeno es uno de los principales objetos de estudio de la Psicología, como lo demuestra el hecho, entre otros, de que la “Sociedad de Psicología Industrial y Organizacional” (Society for Industrial and Organizational Psychology, “SIOP” por sus siglas en inglés), una de las más prestigiosas asociaciones internacionales de psicólogos del trabajo y de las organizaciones, haya incorporado a sus áreas de interés el término “burnout”(quemarse por el trabajo) concediéndole un estatus similar al de otras áreas o temas de estudio relevantes para la Psicología del trabajo y de las organizaciones como son el ausentismo, los procesos grupales, la selección de personal, la cultura y el clima organizacional, el estudio de las competencias y actitudes en el lugar de trabajo, la evaluación de personal, el análisis de puestos, los estudios sobre liderazgo, el desarrollo organizacional, etc. Gil-Monte (2003).

La literatura ofrece denominaciones diferentes en español para el fenómeno, si bien algunas de ellas presentan una gran similitud. Considerando ese grado de similitud las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos. Gil-Monte (2003).

Un primer grupo recogería las denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón burnout. En este grupo de denominaciones se habla de:

- Síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2002a; Gil-Monte, 2002b).
- Síndrome de estar quemado en el trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).
- Síndrome de quemarse en el trabajo (Guillén y Santamaría, 1999; Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili, 2000).
- Síndrome de estar quemado (Da silva, Daniel y Pérez, 1999; Durán, Extremera y Rey, 2001; Flórez, 1994; López, Martín, Fuentes, García, Ortega, Cortés y García, 2000; Manzano y Ramos, 2000).

- Síndrome del quemado (Chacón, Vecina, Barrón y De Pául, 1999; De la Fuente, De la Fuente y Trujillo, 1997; Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara y De la Cruz, 1997; López et al., 2000).
- Estar quemado (Olmeda, García y Morante, 1998; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002; Quevedo-Aguado, Delgado, Fuentes, Salgado, Sánchez, Sánchez y Yela, 1999).
- Quemazón profesional (Aluja, 1997), aludiendo incluso al nivel de quemazón que presentan los sujetos de la muestra (Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler, 1997).

Un segundo grupo recoge aquellas denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal. Son denominaciones que se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología, en lugar de una traducción más o menos literal del término anglosajón, de manera que junto al término original emplean la denominación:

- Desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Llor, 2000).
- Desgaste ocupacional (López, 1996), desgaste profesional (Arón y Milicic, 2000; Capilla, 2000; Da Silva et al., 1999; Livianos, De las Cuevas y Rojo, 1999; Mingote, 1998; Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000; Olivar, González y Martínez, 1999; Olmeda et al., 1998; Prieto et al., 2002; Segarra y Garrido, 2000).
- Agotamiento profesional (Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez, 2000; Díaz e Hidalgo, 1994; Montes de Oca, Rodríguez, Pou y Montes de Oca, 1997), agotamiento laboral (Manassero, Ferrer, Vázquez, Gili, Simó y Bes, 2000).
- Síndrome de cansancio emocional (García, Sobrido, García, Raña y Saleta, 1999).

Por último, un tercer grupo recoge aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral, y por lo tanto es posible denominarlo como:

- Estrés crónico laboral asistencial (Manzano, 2001), estrés laboral asistencial (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999; Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro, 1998; Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1995).
- Estrés profesional (Aluja, 1997), o estrés laboral (Fuertes et al., 1997; García et al., 1999).

El número de denominaciones se puede ampliar a diecinueve al incluir la denominación:

- “Síndrome del empleado” ofrecida en la página web de la Universidad de California (<http://danr.ucop.edu/aglabor/Spanish-dictionary.pdf>).
- Y la denominación “enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás” (Meeroff, 1997; Mingote y Pérez, 1999; Tarela, 2002).

Uribe-Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano (en prensa) después de realizar redes semánticas naturales y lluvia de ideas en grupos focales llegaron a la conclusión de que para México un nombre adecuado es “Desgaste ocupacional” coincidiendo con López (1996). Los principales motivos se sustentaron en la amplitud de aplicación del concepto de Desgaste Ocupacional a cualquier trabajador, sea este asistencial o no, además para los mexicanos el desgaste es una palabra que semánticamente es entendida por su significado de agotamiento (Uribe-Prado, 2008).

En una reciente publicación de la OMS (2006) se presenta al Síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales (Citado en Solaberrieta, 2006).

Actualmente la OMS enmarca al Síndrome de Burnout desde una perspectiva organizacional, social y cultural, modificando el término de “Síndrome de Burnout” por “Staff Burnout” (Citado en Solaberrieta, 2006).

Schaufeli, Leiter y Maslach (2009) revisaron los estudios sobre burnout realizados desde la década de los años 1970 hasta 2009 y concluyeron que el origen del burnout está estrechamente relacionado con el desarrollo social, económico y cultural que ha tenido lugar durante los últimos cinco décadas del siglo XX que ha significado una rápida y profunda transformación al pasar de la sociedad industrial a la economía de servicios. Según ellos, en este principio del siglo XXI el burnout sigue siendo considerado como una erosión de un estado psicológico positivo (citado en Mababu, 2012).

Vandenberghue y Hunermann (1999) describen los dos enfoques existentes en cuanto al análisis del síndrome de burnout: el clínico y psicosocial.

Desde la perspectiva clínica, el estrés y el burnout están estrechamente relacionados, en el sentido que el burnout es una consecuencia adaptativa de reacción, ante la vivencia de estrés crónico acumulado sobrepasando los niveles normales. (Citado en Mendoza, Arias y López, 2012).

Con respecto a la perspectiva psicosocial, para Gil-Monte, Núñez-Román, y Selva Santoyo (2008) se conceptúa el burnout como un proceso. En este sentido, las características personales de los profesionales y del entorno laboral se interrelacionan. Pueden mencionarse estudios relacionados con estresores psicosociales laborales con diversos estados de salud mental y física de trabajadores incluyendo sentimientos de depresión, síntomas psicosomáticos, fatiga e incluso enfermedades cardiovasculares. (Citado en Mendoza, Arias y López, 2012).

3.4 Dimensiones del Desgaste Ocupacional (Burnout)

Los elementos de referencia que se revelan como más característicos en el Síndrome de Burnout, de acuerdo con Maslach son (Martínez-López y cols. 2005; Uribe-Prado 2008):

- ▶ **Agotamiento Emocional (AE):** Pérdida progresiva de energía, cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado por haber mantenido un contacto cotidiano con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos, clientes, etc.). Son los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo, sobrecarga emocional por los requerimientos emocionales que le imponen los otros.
- ▶ **Despersonalización (DP):** Se manifiesta por la irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos,

presos etc.). Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas, por ejemplo el enfermo bien se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto detestable, el preso es un delincuente que merece su condena, el alumno merece ser reprobado, etc. Es una respuesta impersonal y fría hacia los que realizan las tareas profesionales.

- ▀ Realización Personal Disminuida (RPD): Son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Son sentimientos de escasa competencia y fracaso profesional (Insatisfacción de logro).

3.5 Modelos del Desgaste Ocupacional

Existen varios modelos conocidos en la literatura, cada uno con diferentes visiones de cómo el Desgaste Ocupacional se desarrolla.

Entre los modelos más relevantes se encuentran:

- a) Cherniss: propone que un número de características del trabajo interactúan con los individuos que entran a trabajar con unas particulares orientaciones profesionales (Alarcón y col. 2001).
- b) Golembiewski y col. (1983); introducen la noción de que el Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral que tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Los autores conciben al síndrome como un proceso en cual los profesionales pierden el interés inicial con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera (Citado en Gil-Monte y Peiró, 1997).
- c) Leiter (1989 y 1993) y Maslach y Leiter (1988); el modelo postulaba en un primer momento el papel del agotamiento emocional como primer elemento que hace aparición en un individuo quemado por el trabajo y ante el cual la persona responde con la despersonalización como conducta de afrontamiento,

considerando que aparecerán sentimientos de bajo logro personal debido a la pérdida de la calidad en las relaciones con las personas (Alarcón et al. 2001).

- d) Gil- Monte, Peiró y Valcárcel (1995) consideran que el proceso de desarrollo del síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997).
- e) Edelwich y Brodsky establecen que el SQT es un proceso de desilusión o descanto hacia la actividad laboral. Para explicar ese proceso elaboran un modelo de cuatro fases: (citado en Gil-Monte, 2005)
- La primera fase la denominan de entusiasmo y se caracteriza por ser un periodo inicial de la actividad laboral en el que los individuos desarrollan gran ilusión, energía, y expectativas irreales sobre el trabajo sin conocerlo realmente.
 - La segunda supone un estancamiento. El profesional aun realiza su trabajo, pero este ya no lo es todo en la vida. Su atención se centra ahora en las aficiones personales, los amigos, el hogar y la familia.
 - Una tercera fase se caracteriza por frustración. Al entrar en esta fase los individuos se preguntan si vale la pena el trabajo que están haciendo, si tiene sentido ayudar a los demás cuando éstos no colaboran, si merece la pena seguir luchando contra las trabas burocráticas que frustran los esfuerzos personales.
 - La cuarta fase la denominan apatía, y se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración. Se caracteriza por que el individuo se siente frustrado continuamente en el trabajo, pero necesita ese trabajo para poder vivir.

Reporta Juárez (2007) que las dos principales dimensiones del síndrome del Burnout están constituidas por el desgaste emocional y la despersonalización. En cuanto a la realización personal la considera como variable de personalidad formada de manera independiente del síndrome, teniendo dicha variable bajas correlaciones con las dos anteriores. (Mendoza, Arias y López, 2012).

3.6 Factores que originan el Síndrome de Desgaste Ocupacional

El Síndrome de Desgaste Ocupacional puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto. Variables de carácter demográfico (sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc.), el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, disfunciones en el desempeño de rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, entre otras; han sido estudiados como antecedentes o facilitadores del Síndrome y con frecuencia los resultados muestran su capacidad predictora. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Los factores psicosociales, 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 (por ejemplo, su variedad, significado, alcance, carácter repetitivo, etc.). El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización (por ejemplo, exigencias domésticas) y a aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes) que pueden influir en la aparición del estrés en el trabajo, (OIT, 1998).

El sueño es la vía fundamental de recuperación de nuestro organismo del desgaste diario. La falta de sueño o la presencia de alteración del sueño perturba estos procesos generando fatiga, empeoramiento de la ejecución, alteraciones del estado de ánimo, cambios en numerosos sistemas corporales e inmunosupresión. La calidad de sueño, las demandas laborales, el apoyo social y el uso de habilidades son predictores significativos del agotamiento emocional y el burnout total (Miró et al., 2007).

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

- 1) Nivel Individual: la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, provocando que los profesionales se involucren en la solución de los problemas. Lo anterior

trae como consecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

- 2) Relaciones Interpersonales: cuando la relación con sus compañeros de trabajo y los usuarios del servicio, son tensas, conflictivas y prolongadas, además de falta de apoyo en el trabajo ya sea por parte de la organización o de los propios compañeros; ocasionan que aumenten los sentimientos de quemarse en el trabajo (Tonon, 2003).
- 3) Nivel Organizacional: “los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de la burocracia profesionalizada” (Gil-Monte y Peiró, 1997), las organizaciones crean estresores de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol. Se centra en las relaciones entre los diferentes grupos que conforman la organización, así como al proceso de socialización laboral por el cual los miembros de la organización aprenden los valores, las normas y las pautas de conducta de la misma.
- 4) Entorno Social: se refiere al estudio de los cambios producidos en las leyes que rigen el ejercicio profesional, y en la formación profesional, las definiciones en el ejercicio del rol profesional y las condiciones laborales de riesgo (Tonon, 2003).

Según la OIT (1998), algunos de los principales estresores psicosociales en el trabajo serían los siguientes:

Sobrecarga cuantitativa. Demasiado que hacer, presión de tiempo y flujo de trabajo repetitivo. Son en buena medida las características típicas de la tecnología de producción en serie y del trabajo de oficina basado en la rutina.

Insuficiente carga cualitativa. Contenido demasiado limitado y monocorde, falta de variación en el estímulo, falta de demandas a la creatividad o a la solución de problemas, y escasas oportunidades de interacción social.

Conflictos de roles. Todo el mundo tiene asignados varios roles a la vez. Es fácil que surjan conflictos entre nuestros diversos papeles, y esos conflictos suelen propiciar la aparición del estrés.

Falta de control sobre la situación personal. Es otra persona la que decide qué es lo que hay que hacer, cuándo y cómo; es lo que sucede, por ejemplo, en relación con el ritmo y los métodos de trabajo, cuando el trabajador carece de influencia, de control, de voz. O cuando hay incertidumbre o no existe una estructura evidente en la situación laboral.

Estresores físicos. Estos factores pueden influir en el trabajador tanto física como químicamente. Es posible también que efectos psicosociales secundarios tengan su origen en la molestia que producen olores, luces deslumbrantes, ruidos, temperaturas o grados de humedad extremos, etc.

Falta de apoyo social en casa y por parte del jefe o de los compañeros de trabajo.

Dada la complejidad del síndrome de Burnout puede irse tocando fragmentariamente a fin de ir desbrozando el camino e ir tomando en cuenta sólo aquellos factores incidentes, en este caso se consideran los aspectos sociodemográficos. La importancia radica en un aspecto: dichas variables son connaturales a las personas y las organizaciones pueden intervenir poco o nada para modificarlas. (Mendoza, Arias y López, 2012).

3.7 Variables Sociodemográficas

Edad: El ciclo de vida productiva de un trabajador en una organización de salud es determinante para tomarse en cuenta como factor de análisis, pudiendo comparar distintos intervalos de edad. Las actitudes y los comportamientos van experimentando cambios conforme se avanza en el ciclo vital. (Mendoza, Arias y López, 2012).

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. (López-Elizalde, 2004). Diversas investigaciones reportan que existen

diferencias en la percepción de los eventos estresantes e interiorización de los síntomas en función de la edad, con la calidad de sueño, calidad de vida y estrés percibido. Así mismo existen investigaciones donde se ha encontrado una relación entre el estrés diario y el afecto negativo en personas mayores comparada con adultos jóvenes (Gutiérrez, 2012).

Sexo: Se refiere a la condición biológica relativa a la función reproductiva. (Mendoza, Arias y López, 2012.) Según el sexo sería principalmente el de las mujeres el grupo más vulnerable, por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (López-Elizalde, 2004).

En algunos estudios se muestra que los hombres experimentan niveles de estrés más elevados que las mujeres; entre las posibles explicaciones se encuentra el hecho de que en general la mujer tiende a ocupar puestos con menor estatus, beneficio y oportunidad de crecimiento. Otros indican lo contrario, lo cual se entiende que además de las responsabilidades en el trabajo, la mujer tiene también la obligación de criar a los hijos, de cuidar el hogar y apoyar emocionalmente a la familia. Aunado a ello actualmente es común que la mujer sea madre soltera, situación con la cual aumentan sus tareas (House, Landis y Umberson 2004, citado en Gutiérrez, 2012).

Estado Civil: Los roles social y profesional pueden entrar en conflicto: por lo tanto se considera un factor de análisis relevante. (Mendoza, Arias y López, 2012).

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. (López-Elizalde, 2004).

Hay estudios que muestran que las personas casadas tienen niveles más bajos de estrés en comparación con los solteros, pues el matrimonio proporciona un fuerte apoyo capaz de anular la tendencia hacia la implicación excesiva en el trabajo. Sin embargo en otros estudios la situación es inversa pues las personas casadas tienen más responsabilidades en contraste con los solteros, las cuales no solo se traducen en el aspecto económico sino también hacia la pareja. Con respecto a este punto, se argumenta que para las personas casadas no es el estado civil en si la variable de peso sino más bien el apoyo socioemocional recibido por la pareja, la calidad de las relaciones conyugales y la satisfacción-insatisfacción matrimonial (Landis y Umberson, 1988, citado en Gutiérrez, 2012).

Para algunos autores el horario laboral conlleva la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentaron y por ello siguen presentes. (Citado en López-Elizalde, 2004).

Número de Hijos: Los descendientes de la familia de profesionales de la salud pueden afectar la situación del trabajo y del desgaste profesional pues el contexto es determinante en el rol de la mujer y del hombre tanto en el hogar como en el trabajo. Es concebible una relación entre el número de hijos y el burnout pues se implican solicitudes de atención y tiempo. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Nivel de estudios: los estudios son un factor determinante del nivel cultural y una orientación profesional significativa en cualquier organización en cuanto al desempeño y el servicio: resulta más importante aún en organizaciones de la salud, donde se constituye como una variable que puede influir en el desgaste profesional de los trabajadores. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Calais, De Andrade y Lipp (2003) encontraron que los estudiantes de primeros años de preparatoria presentan mayor incidencia de estrés, seguidos por los estudiantes de los últimos años. Por su parte Schlachta-Fairchild (2001) determinó a través de un análisis de regresión que altos niveles de educación están asociados con altos niveles de estrés y ambigüedad, y que el nivel educacional es un predictor del conflicto de rol. También Ezell (2003) encontró diferencias significativas del estrés en el trabajo cuando se comparó con nivel educativo (citado en Gutiérrez, 2012).

Clase Social: Está relacionada estrechamente con el nivel educativo, pues el contar con una buena situación económica facilita el acceso a la educación formal. Con respecto a estas dos variables también se presenta controversia, pues se pensaría que contar con una mayor formación académica permite aprender estilos de afrontamiento benéficos para la persona, lo cual no siempre es así.

3.8 Variables personales ligadas a la organización

Cada persona, al trabajar en una organización, va conformando una historia individual. Si bien existen normas y procedimientos generales, cada individuo los interpreta y responde. Por ende, se hace necesario determinar si los transcurso de vida tienen un reflejo en la percepción del síndrome de burnout. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Antigüedad: El periodo de un trabajador ha prestado sus servicios en una organización de salud es relevante por la experiencia profesional a lo largo de los años, acompañada por la edad. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Antigüedad en el puesto: Corresponde al periodo durante el cual un trabajador lo ha ocupado. (Mendoza, Arias y López, 2012). En algunos estudios existe una relación lineal positiva entre la experiencia profesional y la posibilidad de sufrir estrés mientras en otros se muestra que la relación es curvilínea. En el caso de los individuos con menos de dos años o con más de diez años de antigüedad se presentan bajos niveles, lo cual es explicable, pues seguramente los primeros todavía no se enfrentan a situaciones difíciles y los segundos ya están bien adaptados a éstas (Gutiérrez, 2012).

Puesto: Se define por el tipo de función desarrollado por un profesionalista en una organización de salud: médico, enfermera, trabajador social, administrativo u otro. Lo anterior está relacionado con el rol ocupado y su campo de acción en organizaciones de la salud. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Plaza Escalafonaria: Se refiere al puesto en la jerarquía organizacional donde están claras las funciones que cada trabajador debe realizar; en este sentido, cada puesto tiene niveles organizacionales jerárquicos correspondientes a un nivel salarial. En muchos casos, un profesional ingresa a una organización de salud con una plaza escalafonaria baja, que no corresponde incluso a su profesión, para posteriormente ocupar la plaza correspondiente a sus estudios. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Otro trabajo: En muchas ocasiones los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales y otro personal tienen la oportunidad de desempeñarse en otras organizaciones de la salud o como profesionistas independientes. Esta es situación con posibles afectamientos al síndrome de burnout. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Número de trabajos: Es previsible, también, un incremento en el síndrome de burnout en cuanto a la cantidad de empleos. (Mendoza, Arias y López, 2012).

Vinculado a este aspecto, hay que resaltar otro factor: el sueldo y las prestaciones que se reciban por la prestación del trabajo; ya que algunos estudios muestran que cuando estos se ajustan a las necesidades, expectativas y aspiraciones del empleado, contribuyen a que este se sienta satisfecho y contento con su trabajo y, por ende, no sufra de estrés severo (Rabking y Struening, 1976 citado en Gutiérrez, 2012).

Actualmente, a partir de los trabajos publicados por Zapf, Knorz y Kulla (1996), se está comenzando a considerar que otras relaciones interpersonales complicadas pueden estar relacionadas con el síndrome de burnout, entre ellas las relaciones perjudiciales con los compañeros y el acoso psicológico o mobbing. El sentimiento de acoso psicológico de los trabajadores, ya se considere éste propiciado por el entorno socio-laboral, o bien como inherente a las relaciones interpersonales, o causado por la personalidad de acosados y acosadores (Einarsen 2000), supone una experiencia que puede alcanzar niveles de

agresividad altamente destructivos para quienes tienen ese sentimiento de acoso. (Citado en Morán, 2006).

Para Schuster (1996) el mobbing es una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones sociales ordinarias y lo define como “ser objeto de agresión por los miembros del propio grupo social”. (Citado en Moran, 2006). La variable que más influye en la principal dimensión del síndrome de burnout, es decir, en el cansancio emocional, es el sentimiento de acoso psicológico o mobbing en el lugar de trabajo. Las malas relaciones con los compañeros y el sentir inseguridad en el trabajo dentro de un clima de acoso están asociados a sentirse emocionalmente exhausto. (Morán, 2006).

El escaso trabajo real de equipo sigue creando importantes tensiones y gasto intenso de energía, por dejar al voluntarismo y a las buenas intenciones de los componentes del equipo, la solución del reparto de responsabilidades. Es probable que en algunos equipos por la sintonía personal de sus componentes y otras circunstancias, se haya conseguido, pero esta situación es muy frágil e inestable rompiéndose con facilidad al menor conflicto o por el recambio lógico de las personas a lo largo del tiempo. (López-Elizalde, 2004).

En equipos muy grandes es fácil que se creen subgrupos, así como también es fácil que se creen subgrupos por horarios creando diferentes corrientes de opinión.

La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten “una buena atmósfera de grupo”. (López-Elizalde, 2004).

Todo esto hace que no se tenga un objetivo común, sino múltiples objetivos, con frecuencia enfrentados, lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes, fomentando la competitividad insana, en lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo). (López-Elizalde, 2004).

Falta de sintonía con las gerencias, “diálogo de sordos”, no hay un acercamiento y sintonía en los objetivos, que resultan ajenos. No se consigue su principal objetivo, que es

la búsqueda de oportunidades de mejora de la calidad asistencial y aportar al profesional, ideas y herramientas para la mejora en su quehacer, (López-Elizalde, 2004).

En condiciones laborales de ambigüedad de rol, la falta de información claramente formulada acerca de las tareas, los métodos, o las consecuencias del desempeño de un rol, podría dar lugar a que los trabajadores desarrollasen expectativas de autoeficacia poco realistas, que terminarían desgastándoles profesionalmente ante la imposibilidad de ejercer un control efectivo sobre la situación. (Sánchez, Guillen y León, 2006).

Desde la aparición del Síndrome de Burnout como constructo psicológico han surgido diversos modelos explicativos para materializar las variables y componentes psicológicos del mismo, tomando como referencia tres modelos psicosociales a saber: teoría socio cognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional (Gil-Monte y Peiró, 1999).

La teoría socio cognitiva del yo se caracteriza por las variables del self (auto eficacia, autoconfianza, auto concepto) que desempeñan un papel central en la elucidación del problema, considerando que las cogniciones influyen en cómo los sujetos perciben y hacen su trabajo, a su vez estos conocimientos son modificados por las acciones y por la acumulación de los efectos observables en los otros; así mismo, el grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades predecirá el empeño que ponga para la consecución de los objetivos o la dificultad en conseguirlos; además, estipulará las reacciones emocionales como el estrés o la depresión que acompañan la acción de cada sujeto (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Por su parte, Harrinson (1983) concentra sus esfuerzos en referirse a la auto eficacia como componente importante del self, argumentando que la percepción de competencia y eficacia son predictores para el desarrollo del Síndrome de Burnout. Asume que las personas cuyo trabajo se focaliza en prestar servicios, inicialmente están altamente motivadas para ofrecer ayuda a los demás y se pueden encontrar con una serie de obstáculos, como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, falta de recursos y disfunción de rol, los cuales disminuyen su auto eficacia y pudieran convertirse en factor de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Burnout. Con respecto al intercambio social se propone que la etología del Síndrome de Burnout es causado por las percepciones de

falta de equidad o ganancia que despliegan los individuos como consecuencia del proceso de comparación social que establecen con respecto a las relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales forman relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, reconocimiento y gratitud) hacia las personas atendidas y a la organización; cuando estos perciben que su esfuerzo e implicación laboral no es equivalente al percibido por la institución laboral, esta situación no resuelta se torna poco adaptativa y genera Desgaste Laboral (citado en Montoya y Moreno, 2012).

Coherente con ello, autores como Buunk (2005) y Salanova y Llorens (2008) asumen la existencia de dos factores que inciden en la aparición del Síndrome de Burnout: el intercambio social y el proceso de comparación social y de afiliación con los compañeros de trabajo. Con respecto al intercambio social, consideran que hay tres fuentes relevantes de estrés: la incertidumbre o la poca claridad entre emociones, pensamientos y acción; la equidad percibida con relación a lo que las personas dan y reciben proporcionalmente en el transcurso de sus relaciones, y la incapacidad del individuo de controlar los productos de sus acciones laborales. El segundo componente que consideran predictor para el desarrollo del Desgaste Laboral es el de comparación social (percepción subjetiva de falta de apoyo social) y afiliación con los compañeros de trabajo (aprendizaje vicario de los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros), citado en Montoya y Moreno, (2012).

Es posible considerar que la autoeficacia actúa como variable predictora del burnout tan sólo cuando el profesional se enfrenta a demandas laborales sobre las que puede ejercer un cierto control. Por ejemplo, si el profesional se enfrenta a una situación laboral de sobrecarga, ya sea por el número de horas que tiene que dedicar a su trabajo o por la dificultad y complejidad de éste, el tener creencias de eficacia personal cobra un valor adaptativo y puede proteger del burnout. (Sánchez, Guillen y León, 2006).

Sin embargo, si las exigencias profesionales se caracterizan por estar por debajo de su nivel de formación y de sus competencias (pobreza de rol o superespecialización), o no informar sobre su rendimiento o dificultar la formulación de metas (ambigüedad de rol), la autoeficacia puede perder su valor protector. (Sánchez, Guillen y León, 2006).

Finalmente, Gil-Monte y Peiró (1999), desde una teoría organizacional proponen que la estructura, la cultura y el clima organizacional son variables importantes para el desarrollo del Síndrome. La estructura organizacional y la institucionalización del apoyo social varían de acuerdo con la empresa y son aspectos relevantes en tanto propician o no un desgaste laboral para el individuo. En una estructura organizacional burocrática (autoritaria) se evidencia monotonía, rutina y una falta de control sobre el propio rol laboral, y en una estructura organizacional mecánica (estructura laxa) el empleado experimenta ambigüedad en el rol y conflictos interpersonales al no contar con una certeza en la realización de sus labores. En este punto cabe destacar que la estabilidad laboral y supervisión controlante que se relaciona con el tipo de estructura organizacional, se convierten en factores de riesgo para desarrollar síndrome de burnout (Camacho et al., 2010; Hernández y Dickinson, 2006), en tanto que se encuentran menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización en empleados que no tienen un contrato fijo y, por lo tanto, están menor cantidad de tiempo expuestos a una estructura organizacional específica (Camacho et al., 2010, citado en Montoya y Moreno, 2012).

3.9 Sintomatología del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)

Los Síntomas del Burnout pueden agruparse en cuatro áreas fundamentales (Maslach y Pines 1977; Maslach 1982 y Cherniss 1980, citado en Quevedo-Aguado 1999):

- **Psicosomáticos:** los signos psicosomáticos son a menudo tempranos síntomas asociados al Burnout. Entre ellos se incluyen las quejas de fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza y estómago, úlceras o desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.
- **Conductuales:** es fundamentalmente el ausentismo laboral, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo, tales como conducción imprudente y aficiones suicidas; incapacidad para relajarse, dependencias de sustancias tóxicas y conflictos matrimoniales y familiares.
- **Emocionales:** se encuentra el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, los celos de llegar a convertirse en una persona poco estimada que pueden degenerar en sentimientos paranoicos, presentan dificultad para

concentrarse debido a la ansiedad experimentada, lo cual influye directamente en la relación del profesional con los sectores de su ámbito laboral.

- Ambiente laboral: aparecen aspectos tales como falta de energía y entusiasmo, descenso del interés por los clientes, percepción de estos como frustrantes crónicos, desmotivación, alto ausentismo y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación.

Para López-Elizalde (2004) existen tres tipos de manifestaciones del Burnout: mentales, físicas y conductuales.

Las manifestaciones mentales: se refiere a sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoide y/o agresivo hacia los pacientes, clientes, compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, algias, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

Manifestaciones conductuales: Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

3.10 El proceso de contagio del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es una patología vinculada al ejercicio de la actividad laboral que puede contagiarse. El contagio del Síndrome de Burnout está vinculado al contagio de emociones, cogniciones y actitudes, y a los procesos de aprendizaje vicario de conductas (Gil-Monte, 2005).

La teoría social cognitiva ha demostrado que mediante los procesos de modelado los individuos imitan las actitudes y las conductas que ven en los otros. Desde la teoría social cognitiva también se ha puesto de manifiesto que observar el fracaso ajeno a pesar

de los esfuerzos en personas similares a uno, mina el nivel de motivación, lo que puede derivar en sentimientos de fracaso y de baja realización en el trabajo (Gil-Monte, 2005).

Algunos estudios han señalado que el Síndrome de Burnout se contagia entre los profesionales a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral (Edelwich y Brodsky 1980, Bandura 1987). Los nuevos miembros de la organización e incluso los veteranos, adoptan las conductas y actitudes de aquellos miembros que poseen las competencias a las que ellos aspiran. A través de su conducta y de los pensamientos expresados, los modelos transmiten conocimientos y enseñan a los observadores destrezas y estrategias afectivas para manejar las demandas del ambiente de trabajo (Gil-Monte, 2005).

Hatfield, Cacioppo y Rapson en 1994 así como Strazdins en 2002 señalan que, paralelamente, el Síndrome de Burnout puede transmitirse mediante un proceso de contagio emocional, pues los miembros de la organización pueden transmitir a sus compañeros emociones negativas (por ejemplo, agotamiento emocional), citado en Gil-Monte (2005). El contagio emocional es la tendencia a imitar los aspectos verbales, fisiológicos y/o conductuales de la experiencia o de la expresión emocional de otra persona, y de esta manera expresar o sentir idénticas emociones (Gil-Monte 2005).

3.11 Diagnóstico del Síndrome de Desgaste Ocupacional según el DSM IV

El DSM IV es un manual usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (entre los que destacan investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales e interpersonales), principalmente lo usan psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación y otros muchos profesionales de la salud. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. (DSM IV, 1995).

Tomando como referencia el DSM IV (APA, 1995), algunos autores son partidarios de incluir el Síndrome de Burnout en la categoría de “trastornos adaptativos” (Bibeau et al., 1989). Según el DSM IV, la característica fundamental del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor

psicosocial identificable. Otro criterio diagnóstico es que los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresor. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresor, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica.

Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la aparición del estresor o de sus consecuencias. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo, superior a los seis meses si son respuesta a un estresor crónico o a un estresor con repercusiones importantes (Gil-Monte, 2005).

La clasificación diagnóstica de disfunciones del DSM IV describe estos trastornos como síndromes o patrones comportamentales o psicológicos con significación clínica que aparecen asociados a malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (deterioro en una o varias áreas del funcionamiento) o a un riesgo magnificado de sufrir, por ejemplo, dolor extremo, pérdida de la libertad o morir (Tabla 3) Gutiérrez, 2012.

Tabla 3. Clasificación de trastornos asociados al síndrome de Burnout. (Tomada de Gutiérrez, 2012).

Trastornos cardiovasculares	Hipertensión arterial
	Enfermedad coronaria
	Taquicardia
	Arritmias cardíacas episódicas
	Cefaleas (migrañas)
	Trombosis cerebral
Trastornos respiratorios	Asma bronquial
	Síndrome de hiperventilación
	Alergias
Trastornos gastrointestinales	Úlcera péptica (gástrica o duodenal)
	Dispepsia funcional
	Síndrome de colon irritable
	Úlcera gástrica
	Colitis ulcerosa
	Dolor de estómago
	Agruras
	Estreñimiento
	Nausea
Trastornos musculares	Tics
	Temblores y contracturas
	Alteración de reflejos musculares
	Lumbalgias
	Cefaleas por tensión
Trastornos dermatológicos	Prurito
	Eccema
	Acné
	Psoriasis
Trastornos sexuales	Impotencia
	Eyacuación precoz
	Coito doloroso
	Vaginismo
	Disminución del deseo
	Alteraciones menstruales
	Aborto
Trastornos endocrinos	Hipertiroidismo
	Hipotiroidismo
Trastornos inmunológicos	Inhibición del sistema inmunológico

3.12 Profesionales en Riesgo

Edelwich y Brodsky (1980), así como Potter (1987), señalan que el Desgaste Ocupacional no está limitado a los servicios humanos. Toda persona, independientemente de la profesión que tenga o en el nivel que se encuentre es susceptible de presentar el Síndrome de Burnout. Por su parte Maslach (1982), encontró que las profesiones en las que se requiere de un contacto con gente de manera continua y en donde frecuentemente hay una carga afectiva, son las que pueden ocasionar una sobrecarga y consecuentemente un agotamiento emocional, siendo esta la base para desarrollar el Burnout (citado en Pinelo, 2002).

Derivado de una gran cantidad de estudios realizados por Maslach y Jackson (1978, 1981 y 1982) desde hace más de treinta años, se ha encontrado que existen profesionales que poseen una mayor tendencia a desarrollar Burnout, entre los que se encuentran trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, encargados de prisiones, abogados, secretarias, enfermeras psiquiátricas, corredores de bolsa y periodistas (C.A.M.S. 1999 citado en Pinelo, 2002).

El concepto de “Burnout” se ha ampliado a todo tipo de profesionales y grupos ocupacionales, y ya no está tan restringido al dominio de los servicios a personas, por ejemplo salud, educación y trabajo social (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

3.13 Prevención y tratamiento

Salanova y Llorens (2008) consideran que el elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico (caracterizados por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico y los costes que el burnout supone para las personas y las organizaciones, ha despertado el interés en conocer y tomar medidas para prevenir el burnout (citado en Mababu, 2012).

El orden secuencial en que aparecen y se desarrollan las tres dimensiones que integran el síndrome de quemarse, y su etiología como respuesta al estrés en el trabajo en servicios humanos, han sido cuestiones importantes para poder llevar a cabo intervenciones preventivas adecuadas, elaborándose diversos modelos explicativos al respecto (Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

Para Bravo y Serrano (1997) la prevención tiene como objetivo evitar o reducir la incidencia y prevalencia de una determinada enfermedad o problema, así como la promoción de una mejor calidad de vida. Desde la perspectiva biopsicosocial, la prevención implica activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Fomentar el conocimiento y el autocontrol es lo que se conoce como promoción de la salud. Implica una visión holística del ser humano en la que se integren aspectos tales como creencias, ideología, valores, actitudes, cultura, ecología, nivel socioeconómico, factores políticos y el estilo de vida (Citado en Gómez, 2007).

Conrad (1987) señala que los beneficios de la promoción de la salud en el trabajo incluyen el aumento en la productividad, el decremento del ausentismo, el incremento en la moral de los empleados (reflejado en la lealtad hacia la compañía, la productividad en la fuerza de trabajo, la rotación reducida), el incremento de la habilidad para ejecutar y desarrollar tareas de alta calidad, la reducción de costos, el aumento de la satisfacción laboral, y una mejor imagen corporativa. (Citado en Gómez, 2007).

Constituye un planteamiento preventivo y de tratamiento el fomentar y promover la atención de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral. La capacidad de adaptación y el afrontamiento constituyen una función de múltiples factores personales. (Guerrero y Rubio, 2005).

Desde el enfoque transaccional del estrés, Lazarus y Folkman (1986) han definido el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos del individuo. (Citado en Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

Lazarus y Folkman (1986) han divulgado el uso de las estrategias de coping y los esfuerzos tanto conductuales como cognitivos que realiza el individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por las transacciones estresantes. Afirman que las respuestas de afrontamiento pueden ser adaptativas al reducir el estrés y promover estados de salud a largo plazo, o de inadaptación, en cuyo caso aunque pueden reducir el estrés a corto plazo, pueden tener consecuencias graves a largo plazo. (Citado en Guerrero y Rubio, 2005).

Los factores asociados a la cultura organizacional y ética de la misma, la implicación de los sindicatos, la seguridad de pertenencia al grupo laboral y su paga son factores importantes para la generación del estrés laboral. Sin embargo existen características demográficas (o variables moderadoras) que influyen en la capacidad de afrontamiento ante la exposición a estresores laborales, tales como la edad, estado civil, responsabilidad para con la familia, su economía y escolaridad entre otros. (Preciado, Vázquez, Pando, Gutiérrez, Lira, Pérez, González, 2007).

Se puede considerar al afrontamiento como una estrategia individual con vistas a obtener el mayor número de informaciones sobre el evento estresante y la puesta en juego de las condiciones internas (psíquicas) para el procesamiento y manejo de esa situación. Esos recursos constituyen un refuerzo para mantenerse en condiciones de actuar y disminuir así la respuesta al estrés, ayudando de esa forma a mantener el equilibrio del organismo. Los recursos de afrontamiento utilizados por las personas para lidiar con el estrés desempeñan un papel central en el establecimiento y mantenimiento del equilibrio dinámico de la vida, formando parte de su maduración psicológica, para tratar y resolver tanto los conflictos intrapsíquicos como aquellos que surgen entre el organismo y el medio ambiente. Así, las estrategias defensivas se caracterizan por acciones adaptativas accionadas en situaciones costosas con el objetivo de lidiar con situaciones generadoras de estrés. (Barretto et al. 2011).

Para Edwards (1988) el afrontamiento (coping) se define como los “esfuerzos por reducir los efectos negativos del estrés sobre el bienestar individual” (citado en OIT, 1998).

El afrontamiento se desencadena por la percepción de determinadas situaciones como peligrosas, perjudiciales o generadoras de ansiedad. Las diferencias individuales de personalidad, edad, experiencia, género, capacidad intelectual y estilo cognitivo influyen en la forma en que una persona afronta el estrés. En definitiva, son el resultado de la experiencia previa y del conocimiento adquirido. (OIT, 1998).

Para Karasek (1990), la capacidad de afrontamiento del individuo ante las situaciones estresantes depende de su biología y de dos recursos psicológicos: control laboral y evaluación. El control laboral, también es nombrado como autonomía, libertad de decisión o responsabilidad de la tarea, se considera un recurso psicológico de protección contra el estrés, y se asocia positivamente con la satisfacción en el trabajo, alto nivel de compromiso, implicación, rendimiento y motivación (Citado en Preciado et al. 2007).

El afrontamiento implica dominio y control del entorno a través de evitar, minimizar, tolerar y/o aceptar las condiciones estresantes presentes. Por tanto el término debe diferenciarse de una conducta automática o pensamiento automatizado, lo que no conlleva a esfuerzo alguno (Gutiérrez, 2012).

Shanan (1967), ofrece una primera visión de lo que denomina estilo de afrontamiento adaptativo. El “conjunto de respuestas” correspondiente se caracteriza por cuatro ingredientes: la disponibilidad de energía directamente enfocada a las posibles fuentes del problema; una distinción nítida entre los acontecimientos internos y externos a la persona; el enfrentamiento en lugar de la evitación de las dificultades externas; y el equilibrio de las demandas externas con las necesidades propias. (Citado en OIT, 1998).

Asimismo el término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o no adaptativo, eficaz o ineficaz, funcional o disfuncional. (Gutiérrez, 2012).

Afrontamiento focalizado al problema

El afrontamiento dirigido al problema o afrontamiento directo, implica el cambiar la relación ambiente-persona interviniendo sobre el ambiente o sobre sí mismo, es decir, se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. Se presenta cuando evalúan las

condiciones como susceptibles de cambio, por lo cual se identifica dicha fuente y se desarrolla e implementa una estrategia de lucha para alterarla. (Gutiérrez, 2012).

La estrategia implica analizar y definir la situación y buscar alternativas para su solución; considerando los costos y beneficios.

Afrontamiento focalizado en la emoción.

Lazarus, Kanner y Folkman (1980) consideran que el afrontamiento dirigido a la emoción o afrontamiento defensivo, consiste en cambiar la manera en que se valora o interpreta lo que está ocurriendo; en otras palabras, se trata de regular o modular la respuesta emocional de la persona, al suprimir sus efectos negativos (citado en Gutiérrez, 2012). Esto se presenta cuando ha habido un juicio evaluativo de que nada se puede hacer para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno, es decir, existe la percepción de que el estresor no puede ser modificado y que inevitablemente se deberá interactuar con éste. Esta situación es bastante común en vivencias inherentes a la dinámica social actual. (Gutiérrez, 2012).

Las estrategias de afrontamiento se han clasificado habitualmente como métodos específicos o bien según los objetivos concretos hacia los que se dirige, Billings y Moos (1981) por ejemplo, establecieron tres métodos de afrontamiento:

- a) Activo – Cognitivo: entendido como la gestión de la evaluación de los eventos potencialmente estresantes.
- b) Activo – Conductual: como los esfuerzos observables destinados a manejar una situación estresante
- c) Evitación: como rehuir afrontar una situación problemática o estresante. (Citado en Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

En el contexto de los servicios sociales, donde se dan numerosas situaciones con poca o nula capacidad de control por parte de los profesionales, la utilización combinada de estrategias de afrontamiento orientadas al problema y a la evitación puede ayudar a conseguir una mayor adaptación y bienestar psicológico. Es probable que las personas que trabajan en ámbitos de educación social y de otros servicios humanos, utilicen

estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación debido a que carecen de suficientes posibilidades de control en su lugar de trabajo. El uso de estrategias de afrontamiento orientadas al control, o en términos de personalidad proactiva tal y como proponen Parker y Spring (1999), depende en gran medida de las oportunidades que proporciona el contexto laboral, así como determinadas características de personalidad. Ante una reducida controlabilidad percibida y objetiva, es preferible utilizar estrategias orientadas a la evitación, ya que no se dan los elementos necesarios para tratar de modificar determinadas situaciones y como se han señalado en otros estudios, estrategias de afrontamiento orientadas al problema ante situaciones de poco control son contraproducentes al provocar más estrés. (Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

Las estrategias de afrontamiento basadas en el control son preferibles a las basadas en la ausencia de control ya que el impacto de la realización personal sobre el agotamiento emocional es mayor que el del agotamiento. (Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

La estrategia de afrontamiento de control (CO) tiene un impacto destacado sobre la realización personal, la cual se muestra a su vez como un elemento reductor importante del agotamiento emocional. Por el contrario la estrategia de apoyo emocional (AE) que presumiblemente implica la ausencia de control tiene un impacto positivo y significativo sobre el agotamiento emocional, aunque a su vez el agotamiento emocional no tiene efecto considerable sobre la realización personal, aunque sí sobre la despersonalización. (Blanch, Aluja y Biscarri, 2002).

Greenglas (1993) ha definido un estilo de afrontamiento denominado social, que integra factores sociales e interpersonales con factores cognitivos (citado en OIT, 1998).

Wong y Reker (1984) indican que el estilo de afrontamiento preventivo busca favorecer el propio bienestar y reducir el riesgo de futuros problemas. Comprende actividades como el ejercicio físico y la relajación, así como el desarrollo de hábitos de alimentación y de sueño correctos, la planificación, la administración del tiempo y destrezas de apoyo social (citado en OIT 1998).

Otro estilo de afrontamiento, que se ha definido como un aspecto general de la personalidad propuesto por Watson y Clark (1984) implica los conceptos de afectividad

negativa (NA) y de afectividad positiva (PA). Las personas con una elevada afectividad negativa acentúan los aspectos negativos al evaluarse a sí mismas y al evaluar a los demás y a su entorno global, y muestran mayores niveles de estrés negativo. En cambio, las que poseen una elevada afectividad positiva realzan los aspectos positivos al evaluarse a sí mismas y al valorar a los demás y al mundo que les rodea. Presentan niveles inferiores de estrés negativo (citado en OIT, 1998).

Para Preciado y colaboradores (2007), la evaluación de las características contextuales de la situación laboral es relevante para que el individuo afronte el proceso de estrés. Dicha evaluación puede ser:

a) Del entorno físico: ruido, calor, iluminación, calidad del aire, manejo de químicos tóxicos, aislamiento, hacinamiento, etc., tradicionalmente han sido adversas en la industria manufacturera: minería, extracción de gas y petróleo o de transformación.

b) De la temporalidad laboral, es decir, la percepción de una organización como estable y duradera, sin rotación de turnos y con horario adecuado (promedio de 40 a 48 horas por semana) que han sido factores protectores de salud ante el proceso del estrés, ya que influyen en la calidad de descanso, ajuste circadiano, satisfacción laboral y por ende en la disminución de accidentes laborales y ausentismos.

Guerrero y Rubio (2005) optaron por clasificar las estrategias individuales en técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas.

Técnicas fisiológicas. Están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Entre otras, destacan las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback, (Guerrero y Vicente, 2001 citado en Guerrero y Rubio, 2005).

Técnicas conductuales. El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol. (Guerrero y Vicente, 2001 citado en Guerrero y Rubio, 2005).

Técnicas cognitivas. El abordaje cognitivo busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre las técnicas cognitivas más empleadas destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva. (Guerrero y Vicente, 2001 citado en Guerrero y Rubio 2005).

Con las estrategias de intervención social se busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Se ha demostrado que el apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas, así mismo, se ha propuesto como estrategia útil la creación de dinámicas potentes de apoyo social con el aumento de las reuniones de grupos profesionales para romper el aislamiento laboral, (Guerrero y Rubio, 2005).

Estrategias de intervención organizacional. Aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, darles formación sobre conocimientos y destrezas para el desempeño eficaz de tareas, formarlos para la toma de decisiones, el trabajo en grupo y el desarrollo de habilidades interpersonales, son algunas estrategias organizacionales, Guerrero y Rubio (2005).

El concepto de control de estrés laboral–organizacional (manejo o gestión de estrés laboral) hace referencia al conjunto de estrategias dirigidas a la prevención de las consecuencias negativas experimentadas tras la exposición a una situación estresante. Dicho concepto integra tanto estrategias centradas en el individuo como en la organización. Así mismo implica mecanismos de intervención modificadora que suponen una respuesta asertiva al estrés o a los procesos y condiciones que pueden impedir su aparición (Guerrero y Rubio, 2005).

Respecto a los programas de intervención, Cooper y Locke (2000) piensan que lo que puede constituir una intervención ideal del estrés debe atender los siguientes puntos:

Comprender y atender los factores individuales y organizacionales. Para lo cual es necesario enseñar a los trabajadores habilidades para el manejo del estrés, ya que el lugar de trabajo puede ser generador de estresores importantes, que consiguen ser identificados y orientados al cambio.

Incluir una evaluación de los estresores en el ambiente de trabajo. Para entender la dinámica estrés-salud. Una evaluación inicial puede ser a través de discusiones informales con los trabajadores. Así el abrir un canal de comunicación con ellos sirve para avalar al estrés como un tópico legítimo de discusión y es un medio eficaz para obtener información valiosa acerca de los estresores en el trabajo y de las reacciones de los empleados ante éstos. Las dinámicas y discusiones de grupo y las encuestas pueden utilizarse posteriormente para resaltar áreas comunes y evaluar la prevalencia del problema.

Incorporar trabajadores en el diseño y evaluación de la intervención. Hay suficientes datos de investigación que sostienen la importancia de involucrar al trabajador en los esfuerzos tendientes al cambio y en el proceso mismo, es decir, en la manera en cómo se hace la intervención y también para determinar los contenidos en ésta.

Diseñar y evaluar la problemática dentro del contexto de un modelo conceptual bien definido el cual será útil para delimitar los estresores y determinar las consecuencias del estrés a corto y mediano plazo y la naturaleza de las relaciones entre estresores, productos y variables intervinientes. Una vez que el modelo haya sido especificado y diseñado, se elegirán que estresores habrá que medir y la finalidad de las estrategias de intervención y se tomarán las decisiones respecto a cómo instrumentar la intervención y también la manera de como evaluar su efectividad.

La causa principal para que un acontecimiento sea visto como adverso o desagradable debe buscarse en las creencias que la persona tiene sobre dicho acontecimiento y trabajar sobre ellas, para que esta persona pueda construir una nueva filosofía de vida con emociones y conductas efectivas (Gutiérrez, 2012).

3.14 Escalas e Instrumentos de Medición

El diagnóstico y evaluación del Síndrome de Burnout conlleva una gran importancia, puesto que permite comprender el origen y desarrollo del síndrome, así como facilitar el diseño e implementación de diseños de intervención y tratamiento adecuados.

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valorización de los síntomas que presenta el trabajador, analizar su proceso de aparición, diferenciar el proceso de otros similares, y evaluar la intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas. También es necesario identificar cuáles son las fuentes de estrés que han originado la aparición de esos síntomas. Para alcanzar estos objetivos se deberán utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico y evaluación (Gil-Monte 2005).

En el caso de los procedimientos cualitativos se recurre principalmente a la utilización de entrevistas al trabajador, en las cuales, se le cuestiona sobre sus sentimientos respecto a su trabajo, las relaciones con sus compañeros, clientes y superiores dentro de la organización, etc.

Los procedimientos cuantitativos consisten en la aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología en ese momento en la organización (Gil-Monte 2005).

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

- Maslach Burnout Inventory-MBI-(Maslach y Jackson, 1981, 1986)
- Burnout Measure-BM-(Pines y Aronson, 1988).
- Teacher Stress Inventory-TSI-(Schutz y Long, 1988).
- Teacher Burnout Scale-TBS-(Seidman y Zager, 1987, en Buendia y Ramos, 2001).
- Holland Burnout Assessment Survey-HBAS-(Holland y Michael, 1993).
- Stress Profile for Teachers-SPT-(Klas, Kendail y Kennedy, 1985).

- Cuestionario Breve de Burnout-CBB-(Moreno y Oliver, 1993).
- Escalas de Evaluación de Estrés, Satisfacción Laboral y Apoyo Social-EESSA-(Reig y Caruana, 1987) tomados de Uribe-Prado (2002).
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo-CESQT (Gil-Monte, 2005).
- Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, Uribe-Prado y Colaboradores (2006).

Desde la segunda mitad del siglo XX y hasta nuestros días se ha llevado a cabo una revolución tecnológica en todo el mundo, revolución que sin lugar a dudas ha significado un cambio en todos los aspectos de los seres humanos que viven en las diferentes regiones del mundo, ampliándose el alcance de la producción en cadena, la inserción de nuevas tecnologías y nuevos modelos de dirección, la globalización en la competencia entre otros cambios, han traído como consecuencia un ambiente laboral inhóspito en muchas empresas y organizaciones.

El estudio del Desgaste Ocupacional es indudablemente relevante en la comprensión, diagnóstico y prevención del bajo desempeño organizacional, de una merma en la salud de los trabajadores y finalmente de uno de los principales causantes de pérdidas económicas a nivel mundial: el estrés.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

▪ 4.1 Justificación y Planteamiento.

El exceso de trabajo, la responsabilidad, las relaciones con los compañeros y otras variables pueden generar desequilibrios y tensiones excesivas, afectando a los trabajadores en todos los niveles (Rodríguez y cols., 2007).

Teniendo en cuenta que se considera el Desgaste Ocupacional como una respuesta a las demandas crónicas de tipo emocional e interpersonal en el ámbito laboral, parece lógico e interesante analizar aquellos puestos de trabajo que implican una interacción cara a cara con los clientes o usuarios, Mababu (2012).

Debido a que el factor humano en las empresas es fundamental y existen evidencias de que el Desgaste Ocupacional, afecta el desarrollo económico, social y psicológico de los empleados, esta investigación pretende medir el desgaste ocupacional existente en una muestra de trabajadores de la iniciativa privada para contribuir al desarrollo de nuevas investigaciones sobre desgaste ocupacional en México y su medición con base en una escala mexicana (EMEDO).

▪ 4.2 Objetivos

- ↻ Observar e identificar si existen diferencias entre el nivel de Desgaste Ocupacional, las variables sociodemográficas y los factores psicosomáticos.
- ↻ Medir el nivel de Desgaste Ocupacional en una muestra de trabajadores del sector privado.

▪ 4.3 Hipótesis

- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Desgaste Ocupacional y los factores psicosomáticos con las variables sociodemográficas.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Desgaste Ocupacional y los factores psicosomáticos con las variables sociodemográficas.

- 4.4 Variables:

VD: Nivel de Desgaste Ocupacional

VI: Variables Sociodemográficas.

VD: Factores Psicosomáticos

VI: Nivel de Desgaste Ocupacional.

Desgaste Ocupacional (Burnout): Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitud de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1981).

Factores Psicosomáticos: Trastornos de sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psiconeuróticos, trastornos dolor, indicador ansiedad, indicador depresión, así como un total psicosomático.

Variables Sociodemográficas personales: edad, sexo, estado civil, tiempo con pareja, escolaridad, hijos, número de hijos.

Variables Sociodemográficas laborales: tipo de puesto, tipo de trabajo, contacto con clientes, número de trabajos, actividades diarias, número de horas en jornada laboral diaria, antigüedad en el puesto actual, antigüedad laboral, empleos en la vida, ascensos, ingreso mensual, tipo de organización, tipo de contrato, personas a cargo, número de personas a cargo.

Variables Sociodemográficas de salud: ingesta de medicamentos, accidentes, intervención quirúrgica, consumo de cigarrillos, número de cigarrillos por día, consumo de alcohol, consumo de drogas, horas libres por semana, hábito de hacer ejercicio, horas de ejercicio por semana.

- 4.5 Muestra: 200 Trabajadores del sector privado del Distrito Federal. La muestra estuvo conformada por 109 hombres (54.5%) y 91 mujeres (45.5%), cuya edad osciló entre los 18 y 65 años.
- 4.6 Tipo de estudio: Correlacional.

- 4.7 Diseño de investigación: No probabilística.
- 4.8 Instrumento:

Se empleó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe-Prado, y Colaboradores, 2006).

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), fue elaborada mediante lluvia de ideas, grupos focales, los investigadores se dieron a la tarea de construir el instrumento en dos grandes etapas; la primera de construcción y desarrollo en forma exploratoria, la segunda de confirmación y validez. (Uribe, 2008).

Está formado por reactivos de diferencial semántico, en escala tipo Likert y reactivos situacionales con seis opciones a respuesta, se aplicó a 510 sujetos que habitaban en la ciudad de México, obtenidos en un muestreo probabilístico accidental.

Los reactivos de los factores 1, 2, 3 y 5 (100 reactivos) fueron sometidos a una discriminación de reactivos con la prueba “t de Student” (quedaron 98 reactivos) y posteriormente sometidos a un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales, rotación Varimax y normalización de Káiser. De los 98 reactivos quedaron 51 sometidos a un Alfa de Cronbach, se eliminó un reactivo dando lugar a la nueva versión con 50 reactivos con un 91% de Confiabilidad y 80 % para los factores psicosomáticos demográficos, generando un instrumento con un total de 130 reactivos.

Con una nueva muestra de 532 sujetos se aplicó la versión de 130 reactivos. De los 50 reactivos teóricos resultaron validez teórica y estadísticamente 30 reactivos, obteniéndose un nuevo cuestionario de 110 reactivos. Los resultados fueron sometidos a un Alfa de Cronbach dando una confiabilidad de 98%.

El instrumento desarrollado, ofreció confiabilidad y validez, mostró una serie de relaciones que coinciden con hallazgos reportados en la literatura internacional. (Uribe, 2008).

Su aplicación se completa de 10 a 15 minutos y consta de 30 reactivos divididos en 3 factores del síndrome:

- Agotamiento, consta de 9 reactivos (2,4,5,14,19,20,26,27)
- Despersonalización, consta de 9 reactivos (3,7,9,16,18,21,22,23,29)
- Satisfacción de logro, consta de 12 reactivos (1,8,10,11,12,13,15,17,24,25,28,30).

Se integra además por un factor psicossomático dividido en 7 trastornos:

- Trastornos de sueño.
- Trastornos psico-sexuales.
- Trastornos gastro-intestinales.
- Trastornos psico-neuróticos.
- Trastornos del dolor.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de depresión.

Para contestar la EMEDO se utiliza la hoja de respuestas, donde la persona marcará con una “X” la respuesta que mejor describa su forma de pensar, sentir y actuar.

Se encuentran dos tipos de escalas a responder con 6 opciones de respuesta. La primera escala va de Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA), eligiendo entre cualquiera de las 6 opciones.

La segunda escala se pide que responda ¿Con que frecuencia...? Con 6 opciones a elegir: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente, Casi siempre y Siempre. (Barajas, 2010).

▪ 4.9 Procedimiento:

La aplicación del instrumento EMEDO se llevó a cabo en diversas organizaciones del sector privado. Se integraron grupos de 15 a 20 personas con previa autorización del gerente/supervisor del área, la aplicación se efectuó en un cuarto en condiciones de

iluminación y mobiliario adecuados, se indicó a los sujetos que leyeran las instrucciones contenidas en el manual de aplicación que previamente les fue entregado y contestaran por aparte en la hoja de respuestas, aclarando las dudas que pudieron haber surgido durante la aplicación; se mencionó que las respuestas serían confidenciales y con fines de investigación, entregando los sujetos al terminar los cuadernillos a los investigadores.

- 4.10 Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos se obtuvieron Correlaciones bivariadas, correlaciones de una vía, se obtuvieron puntajes para obtener el nivel de Desgaste de acuerdo al modelo de Leiter, finalmente para calcular el nivel de confiabilidad se obtuvo el alfa de Cronbach. Para analizar la información recolectada se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

En la presente investigación se llevó a cabo el análisis descriptivo con el objetivo de conocer el nivel de Desgaste Ocupacional e identificar la relación con las variables sociodemográficas, las cuales se dividieron en personales, laborales y de salud, en una muestra de 200 trabajadores mexicanos de la iniciativa privada.

5.1 Variables personales de la muestra

Edad: La edad de los sujetos osciló entre los 18 y 65 años, con un grupo de 18 a 20 años representado por el 15.5%, el siguiente grupo de 21 a 25 años representado por el 37.5%, de 26 a 35 años con un porcentaje de 26%, y finalmente un grupo de 36 a 65 años representado por el 21%. (Figura1).

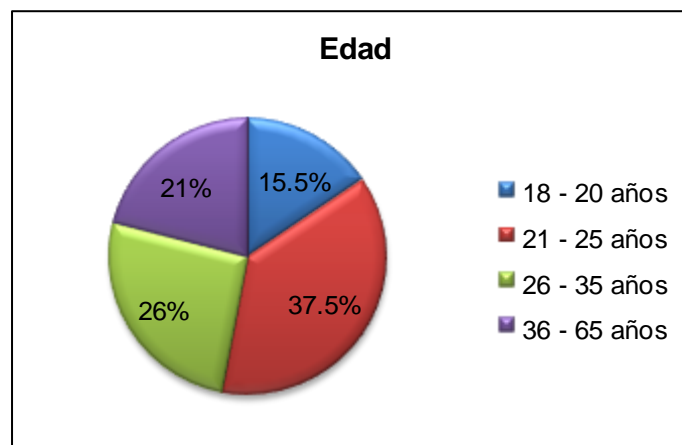


Figura 1. Grupos de edad.

Sexo: La muestra se conformó por 109 hombres (54.5%) y 91 mujeres (45.5%). (Figura 2).

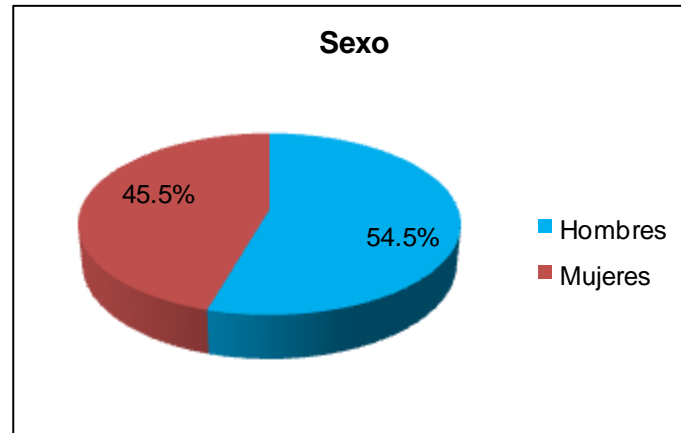


Figura 2. Sexo.

Estado civil: Se consideraron a los sujetos con pareja y sin pareja independientemente del estado civil. El 58.5% reportó tener pareja al momento del estudio y 41.5% reportó no tener pareja actualmente. (Figura 3).

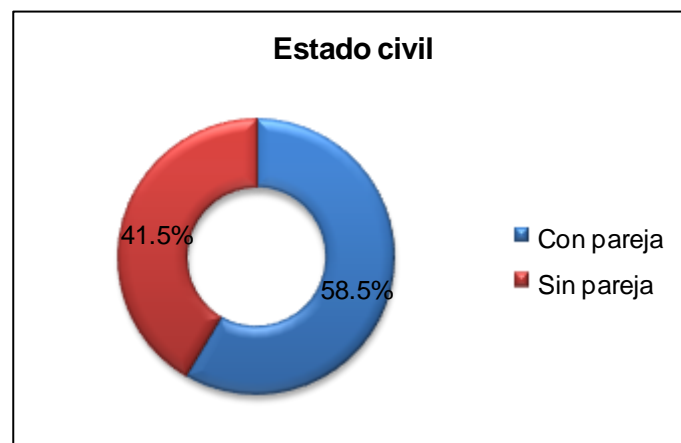


Figura 3. Estado civil.

Tiempo con pareja: Los sujetos que indicaron tener pareja se dividieron en 5 grupos dentro de los cuales el 28.2% de los casos reportó tener una relación de hasta un año, 27.4% más de un año hasta 3 años de relación, 25.6% indicaron una relación de más de 3 años hasta 10 años, 14.5% una relación de al menos 10 años hasta 20 de duración, el 4.3% restante reportó estar en una relación de más de 20 hasta 30 años con pareja. (Figura 4).

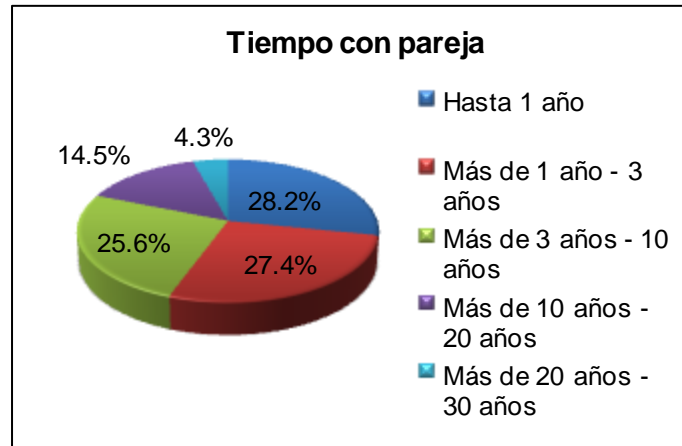


Figura 4. Tiempo con pareja.

Escolaridad: La máxima escolaridad que reportaron los participantes fue de 1.5% a nivel primaria, 1.5% a nivel secundaria, 37.5% nivel bachillerato, 56.5% licenciatura y 3% de la muestra reportó estudios de posgrado. (Figura 5).

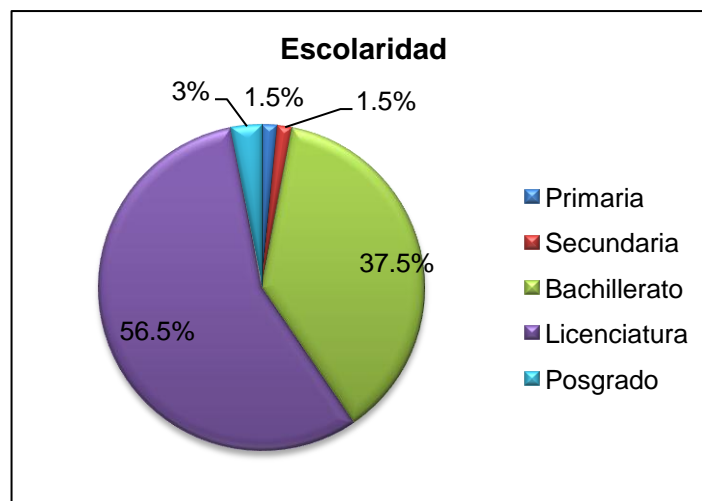


Figura 5. Escolaridad.

Hijos: El 64.5 % de la muestra reportó no tener hijos, el 35.5 % restante afirmó tener hijos (Figura 6). Dentro de esta última población el 50.7% tiene un hijo, el 36.6% tiene 2 hijos, el 9.9. % tiene 3 hijos, el 2.8% tiene 5 hijos. (Figura 7).

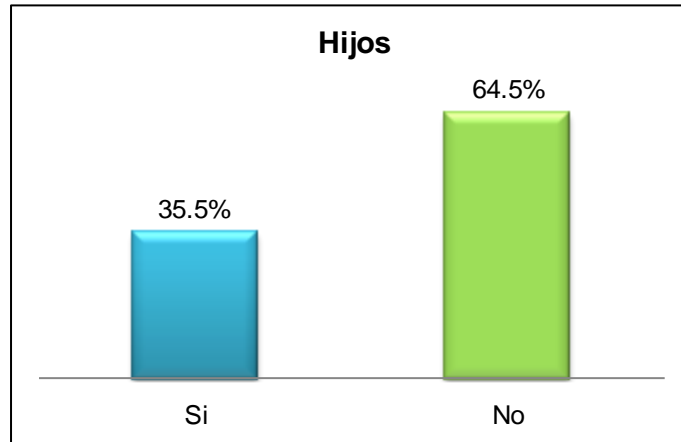


Figura 6. Hijos.

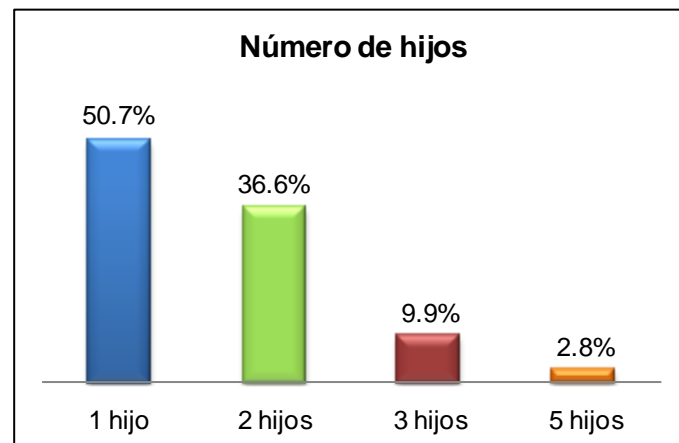


Figura 7. Número de hijos.

5.2 Variables laborales de la muestra

Tipo de puesto: El 70.5% de los sujetos labora en un puesto operativo, 12.5% en un puesto medio, 14% un puesto ejecutivo y 3% reportó otro tipo de puesto. (Figura 8).

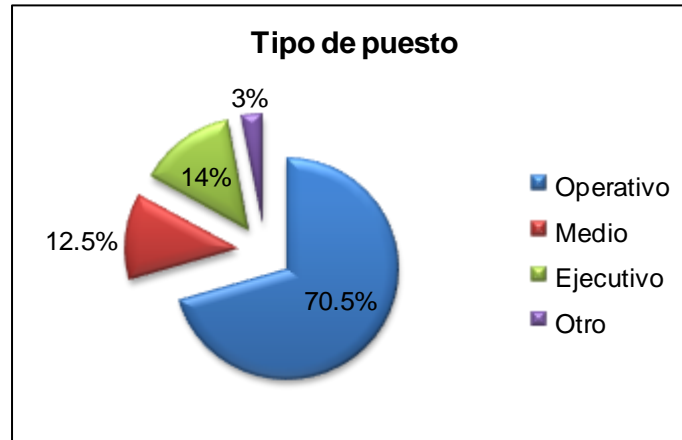


Figura 8. Tipo de puesto.

Tipo de trabajo: El 94.5% de los sujetos indicaron ser empleados, el .5% se dedican al comercio, .5% son empresarios y 4.5% como prof. independiente. (Figura 9).

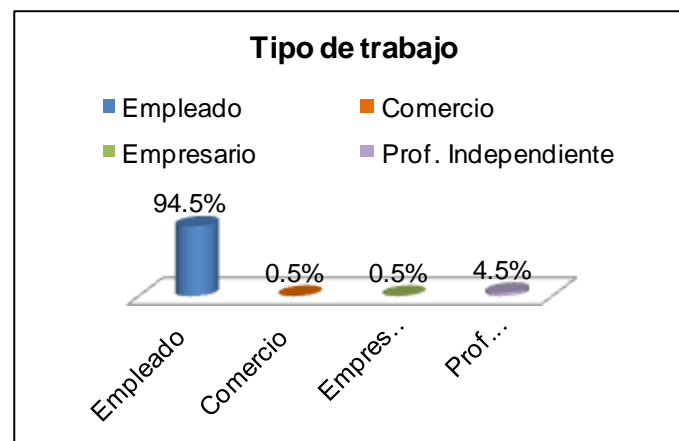


Figura 9. Tipo de trabajo.

Contacto con clientes: El 90% de los sujetos mostró un contacto directo y el 10% contacto indirecto con sus clientes. (Figura 10).

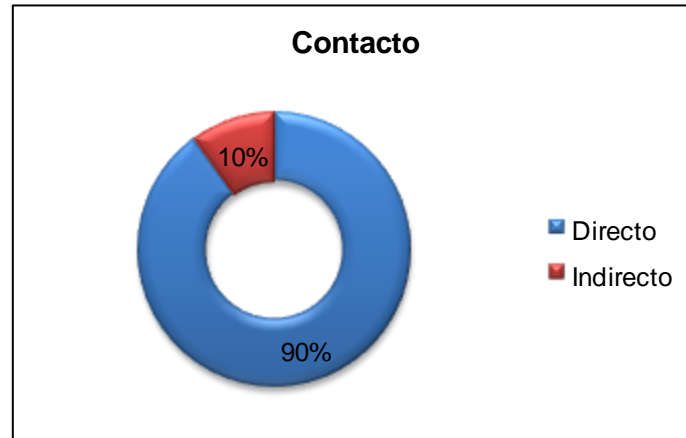


Figura 10. Tipo de contacto con el cliente.

Número de trabajos: El 82.5% de los sujetos indicó tener un trabajo, el 14.5% reportó tener 2 trabajos y el 3% 3 trabajos. (Figura 11).

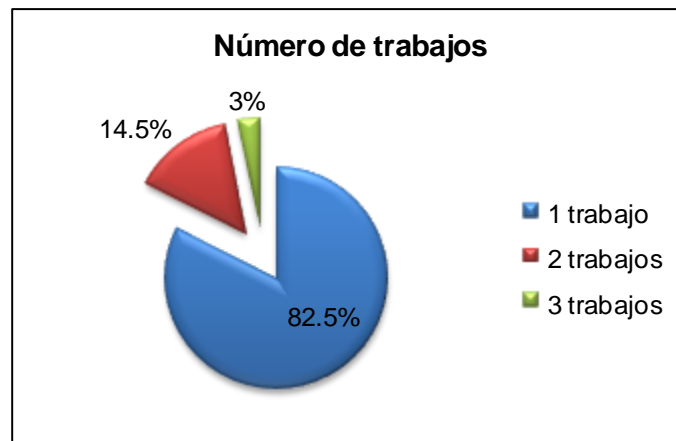


Figura 11. Número de trabajos.

Actividades diarias: El 9.5 % de los sujetos realiza una actividad diaria, el 37.5% tiene 2 actividades diarias, 33.5% reporta 3 actividades y un cuarto grupo que realiza de 4 a 20 actividades diarias corresponde al 19.5%. (Figura 12).

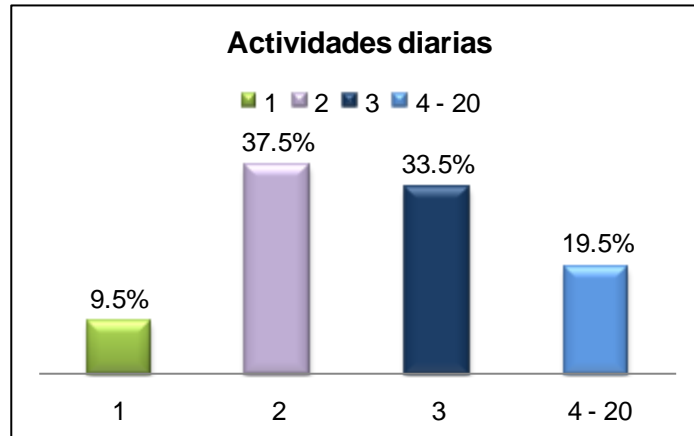


Figura 12. Actividades diarias.

Número de horas en jornada laboral diaria: El 45% de los sujetos trabajan de 4 a 6 horas diarias, el 43% indicó tener una jornada de 7 a 10 horas y el 12% de 11 a 15 horas. (Figura 13).

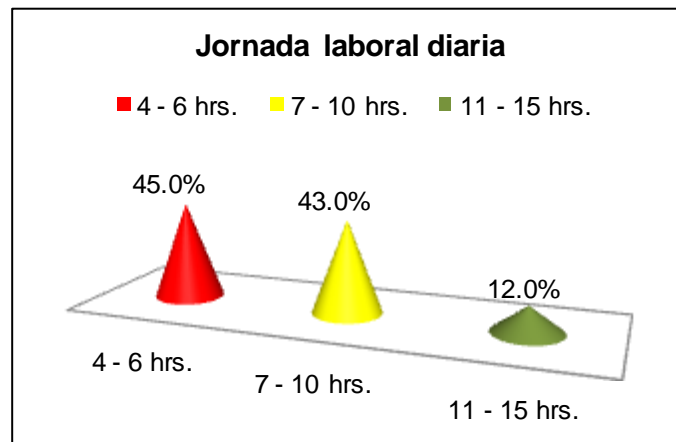


Figura 13. Jornada laboral diaria.

Antigüedad en el puesto actual: El 54% de la población reportó tener una antigüedad menor a un año, el 29.5% de 1 a 3 años, y el 16.5 % de 4 a 20 años. (Figura 14).

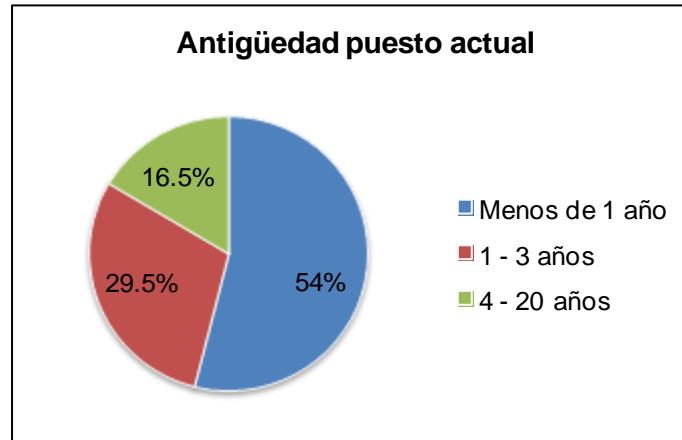


Figura 14. Antigüedad en el puesto actual.

Antigüedad laboral: El 26% de la población reportó una antigüedad laboral que iba de un mes a los 3 años, el 28% de 4 a 7 años, el 21.5% de 8 a 12 años, el 19% de 13 a 25 años y un 5.5% de 26 a 50 años. (Figura 15).

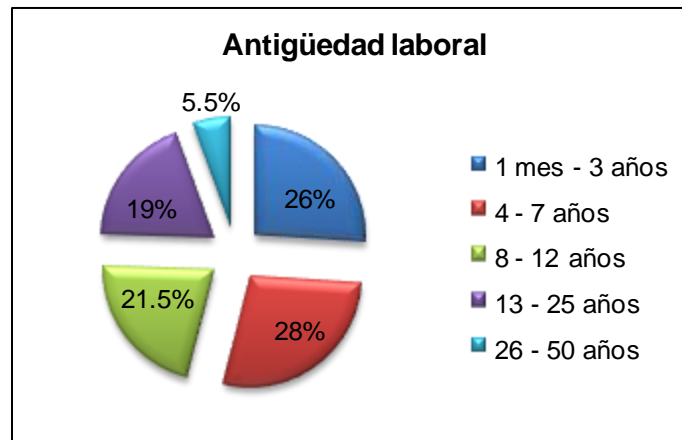


Figura 15. Antigüedad laboral.

Empleos en la vida: El 37.5% de los sujetos reportó haber tenido de 1 a 3 empleos a lo largo de su vida, el 44% indicó de 4 a 6 empleos y el 18.5% de 7 a 16 empleos. (Figura 16).



Figura 16. Empleos en la vida.

Ascensos: El 28% de la población reportó no haber tenido ascensos en su trayectoria laboral, el 17% indicó un ascenso, el 23.5% 2 ascensos, el 15.5% 3 ascensos y el 16% de 4 a 15 ascensos. (Figura 17).

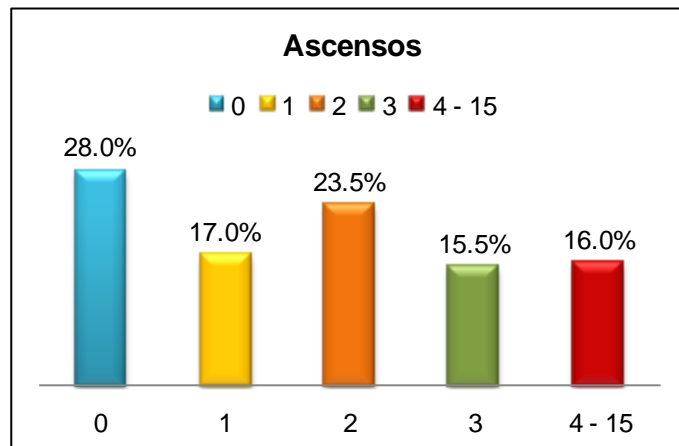


Figura 17. Ascensos.

Ingreso mensual: El 36% de los sujetos reportó tener un ingreso mensual que va desde los \$1000 a \$3500, el 36.5% un ingreso de \$3550 a \$8000, el 16% un ingreso de \$8001 a \$16000, el 8.5% un ingreso de \$16001 a \$35000 y un 3% un ingreso de \$35001 a \$70000. (Figura 18).

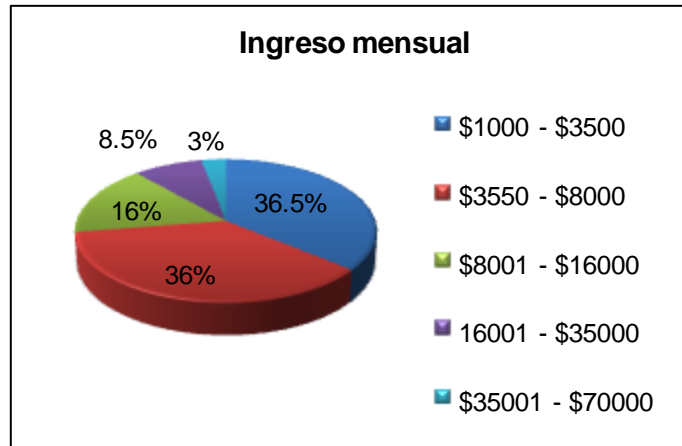


Figura 18. Ingreso mensual.

Tipo de organización: El 100% de la población indicó trabajar en una organización privada. (Figura 19).



Figura 19. Tipo de organización.

Tipo de contrato: El 3% de los sujetos indicó estar laborando bajo un contrato de obra determinada, el 52% por un contrato de tiempo determinado y el 45% mediante un contrato de tiempo definido. (Figura 20).

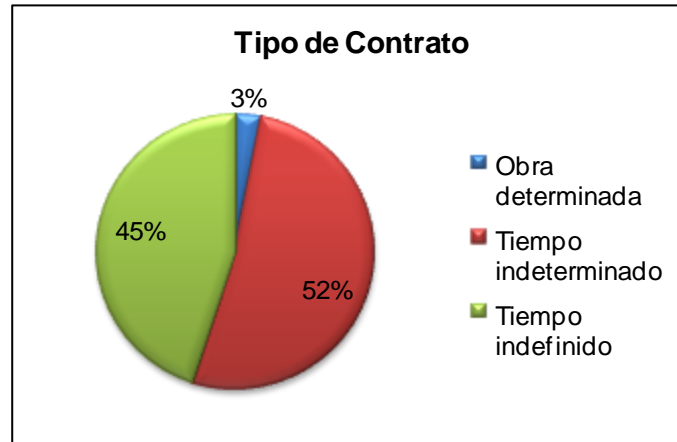


Figura 20. Tipo de contrato.

Personas a cargo: El 75% de la muestra reportó no tener personas a cargo, 25% reportó tener personas a su cargo en su actual puesto de trabajo. (Figura 21).

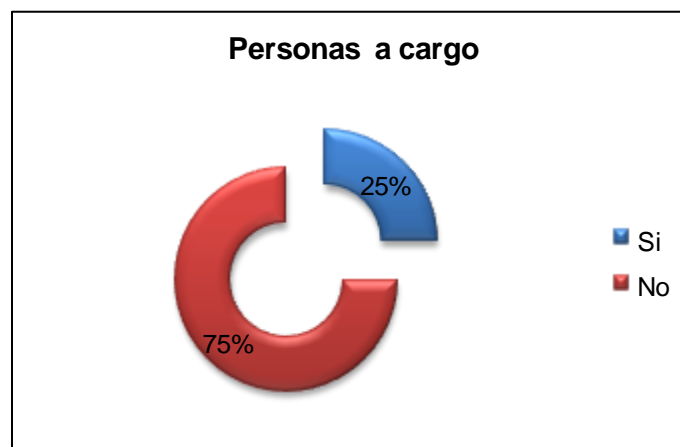


Figura 21. Personas a cargo.

Número de personas a cargo: El 52% de los sujetos reportó tener de 1 a 5 personas a cargo, 32% de 6 a 15 personas, 6% de 16 a 25 personas y 10% manifestó tener a su cargo de 26 a 120 personas. (Figura 22).

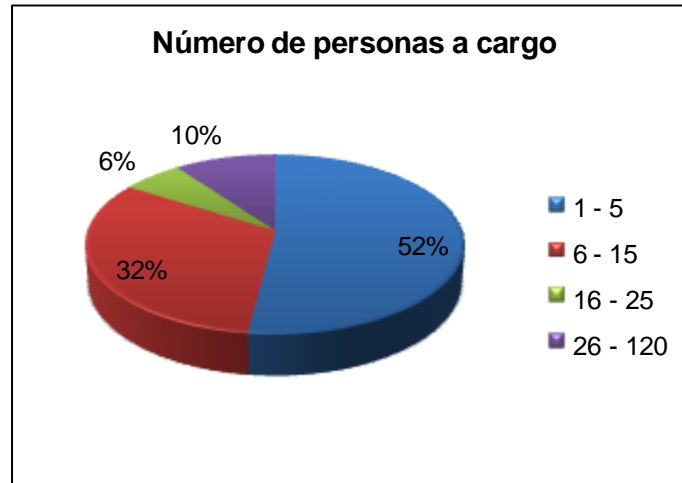


Figura 22. Número de personas a cargo.

5.3 Variables de salud de la muestra

Ingesta de medicamentos: El 86.5% de la muestra reportó no estar tomando ningún medicamento, mientras que el 13.5% reportó estar tomando algún medicamento para padecimientos como: cefalea 2%, circulatorios 2%, respiratorios 1.5%, gastrointestinales 1.5%, dolores musculares y de articulaciones 1.5%, tiroides 1%, multi-vitamínicos 1.5% y otros 3%. (Figura 23).

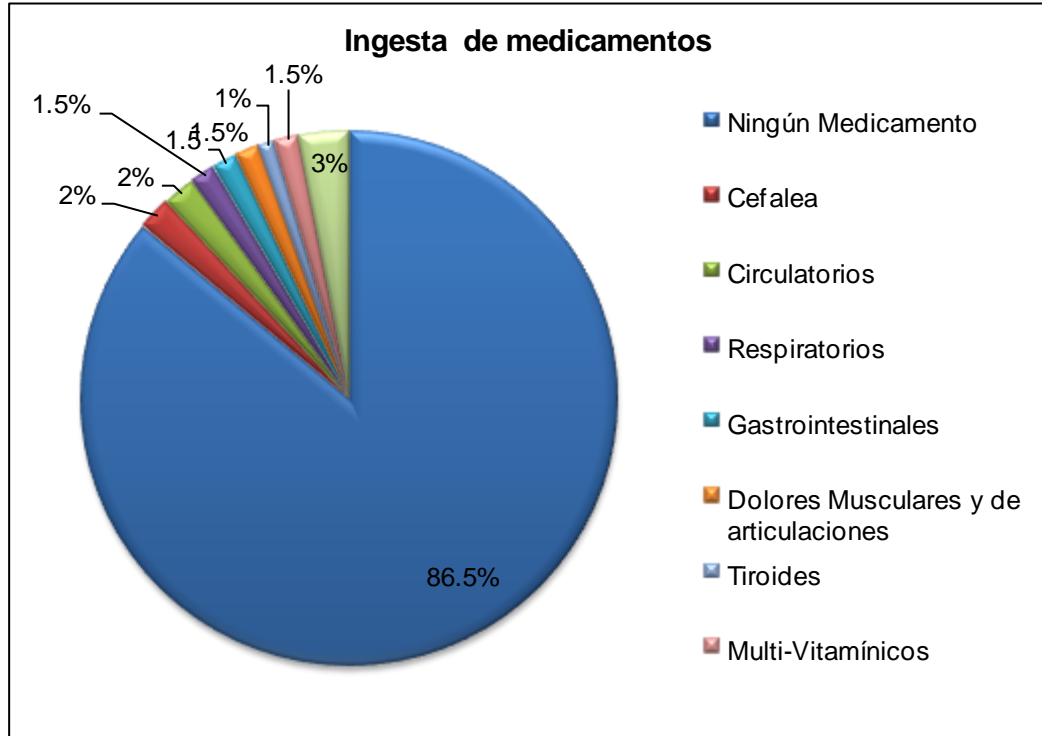


Figura 23. Ingesta de Medicamentos.

Accidentes: El 88.5% reportó no haber tenido accidentes y el 11.5% informó haber tenido al menos un accidente en su vida, en la población que sufrió accidentes se registraron 7.5% en accidentes automovilísticos, 2% reportó fracturas y 2% otro tipo de accidente. (Figura 24).

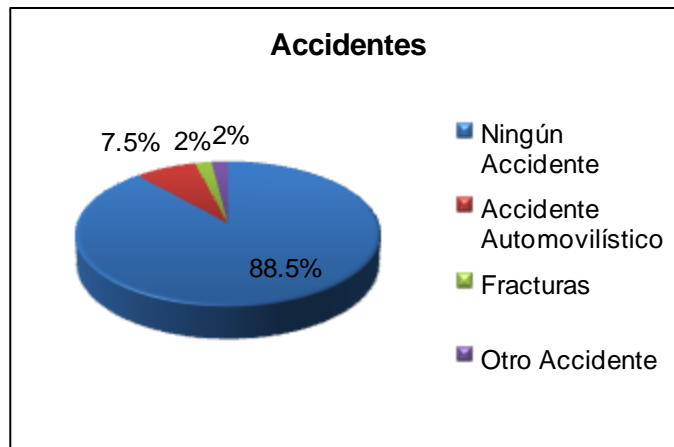


Figura 24. Accidentes.

Intervención quirúrgica: El 74% de la muestra reportó no haber tenido ninguna intervención quirúrgica, mientras que el 26% reportó haber tenido al menos una intervención quirúrgica en su vida, el 8.5% fue por cesárea, 4% por amigdalotomía, 2.5% de Apendicetomía, 2% de colecistectomía y 9% otro tipo de intervención. (Figura 25).

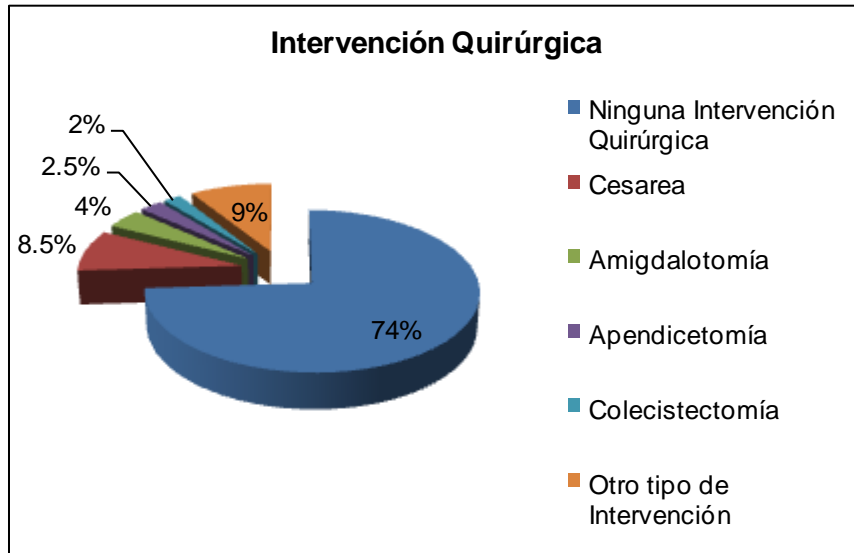


Figura 25. Intervención quirúrgica.

Consumo de cigarros: El 56.5% de la muestra reportó no fumar, mientras que el 43.5% reportó fumar. (Figura 26).

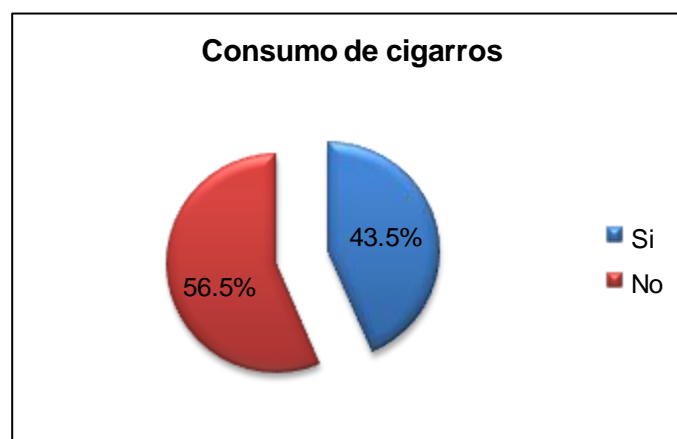


Figura 26. Consumo de cigarros.

Número de cigarrillos por día: De los sujetos que fuman, un 34.5% fuma diariamente un cigarrillo, 33.3 % de 2 a 3 cigarrillos, el 26.4% de 4 a 8 cigarrillos y el 5.7% de 9 a 14 cigarrillos. (Figura 27).



Figura 27. Número de cigarrillos por día.

Consumo de alcohol: El 20.5% de la muestra reportó no consumir alcohol, 11% consume alcohol una vez al año, 18% mencionó consumir 2 veces al año, 36.5% una vez al mes, 13.5% reportó consumir alcohol una vez por semana y .5% consume alcohol diariamente. (Figura 28).

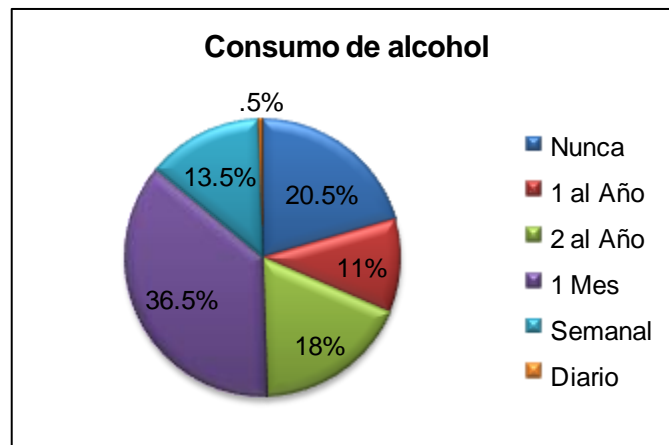


Figura 28. Consumo de alcohol.

Consumo de drogas: El 91.5% de los sujetos reportó no consumir drogas, 4.5% manifestó consumir drogas una vez por año, 1.5% 2 veces al año, 1.5% una vez al mes, .5% de manera semanal y .5% reportó consumir drogas de manera diaria. (Figura 29).

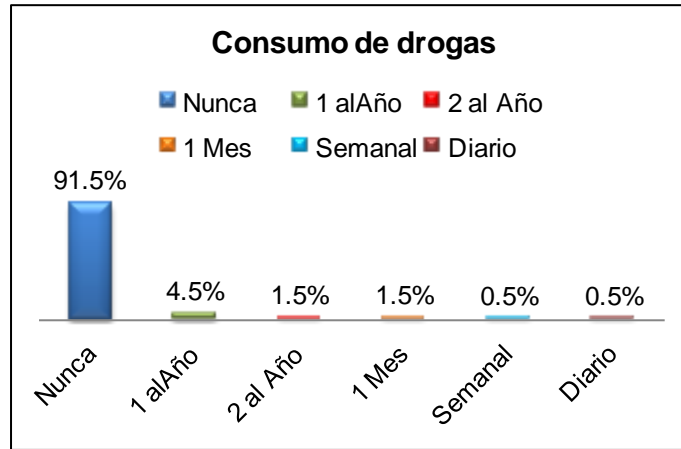


Figura 29. Consumo de drogas.

Horas libres por semana: El 25.5% de la muestra reportó tener de 0 a 6 horas libres por semana, 25.5% de 7 a 15 horas, 21.5% de 16 a 23 horas y el 27.5% restante reportó tener de 24 a 102 horas libres semanales. (Figura 30).

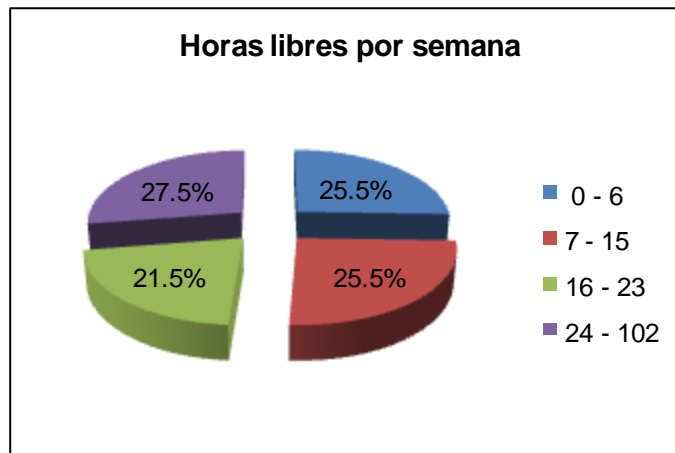


Figura 30. Horas libres por semana.

Hábito de hacer ejercicio: El 58.5% informó realizar ejercicio, mientras que el 41.5% reportó no realizar ejercicio. (Figura 31).

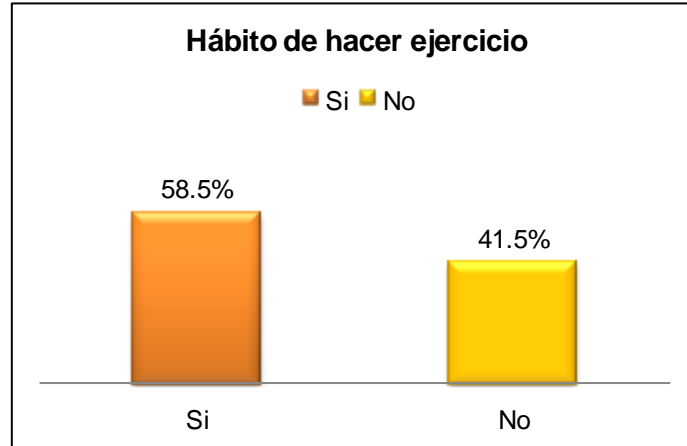


Figura 31. Hábito de hacer ejercicio.

Horas de ejercicio por semana: Los sujetos que indicaron realizar ejercicio se dividieron en 4 grupos dentro de los cuales el 48.7% de los casos reportó realizar ejercicio de media hora a 4 horas por semana, 29.9% de 5 a 7 horas por semana, 12.8% indicaron realizar ejercicio de 8 a 12 horas, el 8.5% restante reportó de 13 a 25 horas de ejercicio semanal. (Figura 32).

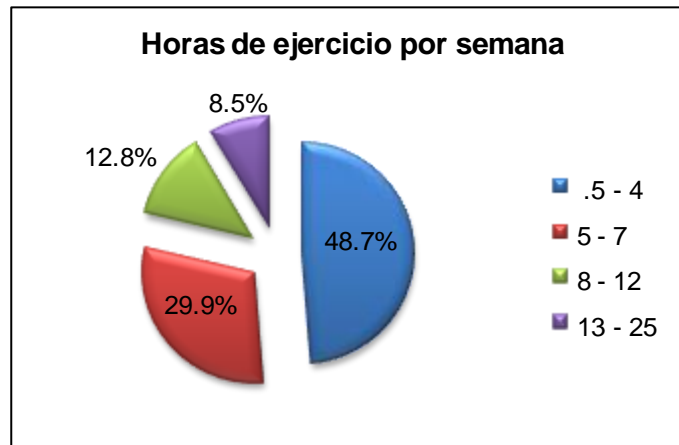


Figura 32. Número de horas de ejercicio por semana.

5.4 Análisis estadístico

Se realizó un análisis de correlación de Pearson, entre los factores del Desgaste Ocupacional (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización y F3 Insatisfacción) y los Factores Psicosomáticos (F4a Sueño, F4b Psicosexuales, F4c Gastrointestinales, F4d

Psiconeuróticos, F4e Dolor, F4f Indicador ansiedad, F4g Indicador depresión, así como un F4 Total psicossomático) (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre los factores del Desgaste Ocupacional y los factores psicossomáticos.

	F1Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
F4A Sueño	.547**	.235**	.315**
F4B Psicosexuales	.277**	0.096	.228**
F4C Gastrointestinales	.389**	0.139	.300**
F4D Psiconeuróticos	.412**	0.138	.240**
F4E Dolor	.463**	.177*	.315**
F4F Indicador ansiedad	.391**	0.056	.340**
F4G Indicador depresivo	.344**	.207**	.354**
F4 Total	.517**	.187**	.402**

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

Los datos recabados muestran que existe una correlación positiva y significativa entre el factor agotamiento y los factores de sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, indicador ansiedad, indicador depresión y el total psicossomático. El factor despersonalización obtuvo una correlación positiva y significativa con relación a los factores de sueño, dolor, indicador depresivo y al total psicossomático. El factor insatisfacción refleja una correlación positiva y significativa entre los factores de sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, indicador ansiedad, indicador depresión y el total psicossomático.

Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre Desgaste Ocupacional y las variables sociodemográficas (edad, sexo, edo. civil, tiempo con pareja, escolaridad, carrera, hijos, número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, tipo de contacto, número de empleos actuales, número de actividades por día, jornada laboral diaria, antigüedad en el puesto actual, antigüedad a lo largo de la vida, número de empleos en la vida, ingreso mensual, tipo de organización, tipo de contrato, personas a cargo, número de personas a cargo, ingesta de medicamentos, tipo de medicamento, accidentes, tipo de accidentes, intervención quirúrgica, tipo de intervención quirúrgica, consumo de cigarrillos, número de cigarrillos por día, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, horas libres por

semana, hábito de realizar ejercicio y horas de ejercicio por semana, dividiéndolas en personales, laborales y de salud.

Los resultados significativos se muestran en la tabla 5 donde se observó una correlación negativa entre el factor agotamiento y las variables sociodemográficas personales: tiempo con pareja, y actividad. En el factor insatisfacción se observa una correlación negativa con las variables, edad, tiempo con pareja y actividad.

Tabla 5. Correlaciones significativas entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas personales

Desgaste Ocupacional/variables sociodemográficas	Edad	Tiempo con pareja	Actividad
F1 Agotamiento		-0.214*	-0.215**
F2 Despersonalización			
F3 Insatisfacción	-0.19 **	-0.314**	-0.165*

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

La tabla número 6 muestra correlaciones positivas entre el factor agotamiento y las variables laborales: jornada laboral diaria y antigüedad en el puesto actual e indica una correlación negativa con la variable actividades diarias. De igual forma muestra correlaciones negativas entre el factor insatisfacción y las variables actividades diarias, antigüedad laboral e ingreso mensual.

Tabla 6. Correlaciones significativas entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas laborales

Desgaste Ocupacional/variables sociodemográficas	Actividades diarias	Jornada laboral diaria	Antigüedad en el puesto actual	Antigüedad laboral	Ingreso mensual
F1 Agotamiento	-0.215**	.210**	.179*		
F2 Despersonalización					
F3 Insatisfacción	-0.165*			-0.286**	-0.148*

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

De igual manera, se llevaron a cabo correlaciones entre los factores psicosomáticos: Sueño, Psicosexuales, Gastrointestinales, Psiconeuróticos, Dolor,

Indicador ansiedad, Indicador depresión, así como un Total psicossomático y las variables sociodemográficas, también divididas en personales, laborales y de salud.

En el factor psicosexual se observa una correlación negativa con la variable escolaridad (Tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones significativas entre factores psicossomáticos y variables sociodemográficas personales

Factores Psicosomáticos/variables sociodemográficas	Escolaridad
F4b Psicosexuales	-.149*

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

En la tabla número 8 se muestran correlaciones positivas para el factor sueño y las variables laborales número de trabajos, jornada laboral diaria y antigüedad en el puesto actual. Para el factor psicosexual revela una correlación negativa con ascensos y número de personas a cargo. Para el factor gastrointestinal se obtuvo una correlación positiva para las variables, número de trabajos, jornada laboral diaria y antigüedad en el puesto actual. El factor psiconeurótico correlacionó positivamente con las variables número de trabajos y jornada laboral diaria. Para el indicador ansiedad, se muestra una correlación negativa para la variable número de personas a cargo. El indicador depresión correlacionó negativamente para la variable actividades diarias.

Tabla 8. Correlaciones significativas entre factores psicosomáticos y variables sociodemográficas laborales

Factores Psicosomáticos/variables sociodemográficas	Número de trabajos	Actividades diarias	Jornada laboral diaria	Antigüedad en el puesto actual	Ascensos	Num. De personas a cargo
F4a Sueño	.172*		.193**	.207**		
F4b Psicosexuales					-.143*	-.158*
F4c Gastrointestinales	.147*		.186**	.178*		
F4d Psiconeuróticos	.139*		.151*			
F4e Dolor						
F4 Ind. Ansiedad						-.142*
F4g Ind. Depresión		-.142*				

$p=^* \leq .05$ $^{**} \leq .01$ $^{***} \leq .001$

En cuanto a correlación entre los factores psicosomáticos y las variables de salud el indicador ansiedad presenta una correlación positiva para horas libres por semana (Tabla 9).

Tabla 9. Correlaciones significativas entre factores psicosomáticos y variables sociodemográficas de salud

Factores Psicosomáticos/variables sociodemográficas	Horas libres
F4 Ind. Ansiedad	.169*

$p=^* \leq .05$ $^{**} \leq .01$ $^{***} \leq .001$

5.6 Análisis de varianza de una vía (ANOVA).

También se realizó un análisis de varianza de una vía entre los factores del desgaste ocupacional, los factores psicosomáticos y las variables sociodemográficas previamente divididas en personales, laborales y de salud.

La tabla 10 arroja una correlación significativa entre el factor insatisfacción y la variable edad, mostrando un incremento en la media desde los 18 hasta los 35 años descendiendo posterior a esta edad, con referencia al factor insatisfacción se observa una

media mayor en el grupo que tiene menos de un año de relación, así mismo se muestra una media superior en la población que no tiene hijos, en el factor insatisfacción.

Tabla 10. Análisis de varianza de una vía entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas personales

Desgaste Ocupacional/variables sociodemográficas	Edad	Tiempo con pareja	Hijos
F1 Agotamiento			
F2 Despersonalización			
	.000***	.010**	
	18-20: 2.3118	Hasta un año: 2.7879	
F3 Insatisfacción	21-25: 2.4849	Mas de un año hasta 3 años: 2.3672	.000***
	26-35: 2.5000	Mas de 3 años y hasta 10 años: 2.1806	Si: 1.9214
	36-65: 1.7381	Mas de 10 años y hasta 20 años: 1.8235	No: 2.5187
		Mas de 20 años y hasta 30 años: 2.0667	

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

La tabla número 11 muestra las correlaciones significativas entre los factores de Desgaste Ocupacional y las variables laborales, para el factor agotamiento y la variable actividades diarias muestra un decremento en la media conforme aumenta el número de actividades diarias, así mismo se observa un incremento en la media entre el número de horas de la jornada laboral diaria, para la variable antigüedad en el puesto actual la media más alta se ubica en el rango de 1 a 3 años, y en las personas que tienen contrato por tiempo indeterminado. Con relación al factor insatisfacción se observa un decremento conforme la antigüedad laboral va aumentando.

Tabla 11. Análisis de varianza de una vía entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas laborales

Desgaste Ocupacional/variables sociodemográficas	Actividades diarias	Jornada laboral	Antigüedad en el puesto actual	Antigüedad laboral	Tipo de contrato
F1 Agotamiento	.014* 1 Act: 3.3041 2 Act: 3.0000 3 Act: 2.6567 4 a 20 Act: 2.6296	.009** 4 a 6: 2.6160 7 a 10: 2.9410 11 a 15: 3.1528	.006** Menos de un año: 2.6440 1 a 3 Años: 3.1205 4 a 20 Años: 2.9899		.001*** Obra deter: 2.8333 Tiempo deter: 2.5962 Tiempo indeter: 3.1259
F2 Despersonalización					
F3 Insatisfacción				.001*** 1 mes a 3 Años: 2.5641 4 a 7 Años: 2.5164 8 a 12 Años: 2.2364 13 a 25 Años: 1.9693 26 a 50 Años: 1.4621	

$p = * < .05$ $** < .01$ $*** < .001$

En la tabla 12 se puede observar que la variable hábito de hacer ejercicio revela que las personas que no se ejercitan regularmente muestran mayor agotamiento y despersonalización, con relación a la variable intervenciones quirúrgicas indica que el nivel de insatisfacción es mayor en las personas que no han tenido intervención.

Tabla 12. Análisis de varianza de una vía entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas de salud

Desgaste Ocupacional/variables sociodemográficas	Intervenciones quirúrgicas	Hábito de hacer ejercicio
F1 Agotamiento		.000*** Si: 2.5651 No: 3.2316
F2 Despersonalización		.019* Si: 2.0389 No: 2.2985
F3 Insatisfacción	.049* Si: 2.0705 No: 2.3896	

$p = * < .05$ $** < .01$ $*** < .001$

La tabla 13 muestra las correlaciones entre los factores psicossomáticos y las variables sociodemográficas personales, en la cual se manifiesta que el género femenino obtiene niveles superiores en los factores psicosexuales, psiconeuróticos y en el total del factor psicossomático, de igual forma se observa que las personas con pareja obtuvieron

mayor puntaje con relación a los trastornos gastrointestinales, en la variable tiempo con pareja se observa una media mayor en las personas con 1 año o menos de relación en el factor sueño, en cuanto al número de hijos, la media más alta se ubica en las personas con 5 hijos en el factor psicosexual.

Tabla 13. Análisis de varianza de una vía entre factores psicosomáticos y variables sociodemográficas personales

Factores psicosomáticos/ variables sociodemográficas	Sexo	Edo. Civil	Tiempo con pareja	Número de hijos
			.043*	
F4a Sueño			Hasta un año: 2.1350 Mas de uno y hasta 3: 1.7301 Mas de 3 y hasta 10: 1.6182 Mas de 10 y hasta 20: 1.9840 Mas de 20 y hasta 30: 1.6000	
F4b Psicosexuales	.000*** Masculino: 1.3067 Femenino: 2.0188			.019* 1: 1.5714 2: 1.6044 3: 1.2857 5: 3.4286
F4c Gastrointestinales		.037* Con pareja: 1.6624 Sin pareja: 1.4337		
F4d Psiconeuróticos	.012* Masculino: 2.0477 Femenino: 2.3912			
F4e Dolor F4f Ind. Ansiedad F4g Ind. Depresión				
F4 Total	.039* Masculino: 1.7976 Femenino: 2.0224			

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

La tabla número 14 indica con relación al factor sueño, una media mayor en las personas con 2 empleos, de igual forma muestra un puntaje superior al resto en las personas con una jornada laboral diaria de 11 a 15 horas y en el grupo con antigüedad de 4 a 20 años en su puesto actual. El factor gastrointestinal muestra medias más elevadas en las personas con dos empleos, en las personas con jornada laboral de 11 a 15 horas y en el grupo de personas con una antigüedad de 1 a 3 años en el puesto actual. En cuanto al número de trabajos la media más alta se observa en las personas con 2

empleos en el factor psiconeurótico, finalmente en cuanto al número de personas a cargo, se observa que el grupo que no tiene personas a cargo, tiene una media mayor en los factores psicosexuales, indicador ansiedad, indicador depresión, y en el factor psicosomático total.

Tabla 14. Análisis de varianza de una vía entre factores psicossomáticos y variables sociodemográficas laborales

Factores psicossomáticos/ variables sociodemográficas	Número de trabajos	Personas a cargo	Jornada laboral diaria	Antigüedad puesto actual
	.002**		.016*	.016*
F4a Sueño	1: 1.7405 2: 2.2382 3: 1.7273		4 a 6 : 1.7020 7 a 10: 1.8309 11 a 15: 2.1591	Menos de un año: 1.6894 1 a 3 años: 1.8952 4 a 20 años: 2.0661
F4b Psicosexuales		.013* Si: 1.3743 No: 1.7162		
F4c Gastrointestinales	.006** 1: 1.4990 2: 1.9828 3: 1.4444		.024* 4 a 6: 1.4463 7 a 10: 1.5969 11 a 15: 1.9167	.019* Menos de un año: 1.4275 1 a 3 años: 1.7345 4 a 20 años: 1.7273
F4d Psiconeuróticos	.006** 1: 1.5182 2: 2.0000 3: 1.4167			
F4f Ind. Ansiedad		.013* Si: 1.9600 No: 2.6067		
F4g Ind. Depresión		.045* Si: 1.7200 No: 2.1667		
F4 Total		.018* Si: 1.6794 No: 1.9735		

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

En la tabla número 15 se muestran las correlaciones de una vía significativas entre los factores psicossomáticos y las variables sociodemográficas de salud. Con relación al

factor sueño se encontró una media superior en las personas que han tenido accidentes, en aquellas que han tenido intervenciones quirúrgicas y en las que no realizan ejercicio. El factor gastrointestinal con respecto a la variable horas de ejercicio por semana, muestra un puntaje mayor en aquellas personas que se ejercitan de 13 a 25 horas por semana. El factor psiconeurótico muestra una media mayor en las personas que no realizan ejercicio. El factor dolor es más elevado en las personas que ingerían medicamentos al momento del estudio, en las personas que reportaron haber tenido accidentes y en aquellas que no realizan ejercicio, el factor psicossomático total muestra puntajes más elevados en las personas que han tenido accidentes y en aquellas que no realizan ejercicio.

Tabla 15. Análisis de varianza de una vía entre factores psicossomáticos y variables sociodemográficas de salud

Factores psicossomáticos/ variables sociodemográficas	Ingesta de medicamentos	Accidentes	Intervenciones quirúrgicas	Hábito de hacer ejercicio	Horas de ejercicio por semana
F4a Sueño		.017* Si: 2.1383 No: 1.7699	.041* Si: 1.9825 No: 1.7525	.003** Si: 1.6892 No: 1.9858	
F4c Gastrointestinales					.022* De .5 a 4: 1.6140 De 5 a 7: 1.2429 De 8 a 12: 1.3333 De 13 a 25: 1.9667
F4d Psiconeuróticos				.006** Si: 1.4615 No: 1.7590	
F4e Dolor	.011* Si: 2.6449 No: 2.1353	.008** Si: 2.7043 No: 2.1390		.000*** Si: 1.9880 No: 2.5084	
F4 Total		.049* Si: 2.1961 No: 1.8614		.008** Si: 1.7797 No: 2.0695	

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

5.7 Desgaste Ocupacional a través del Modelo de Leiter

Con base en la metodología establecida, se analizaron los datos de acuerdo al modelo de Leiter que propone la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) para determinar el nivel de Desgaste Ocupacional.

Las frecuencias muestran un 27.5% en fase 1 “Sano”, 17% en fase 2 “Normal”, 31% en fase 3 “En peligro” y un 24.5% se encuentra en fase 4 “Quemado” (Figura 33).

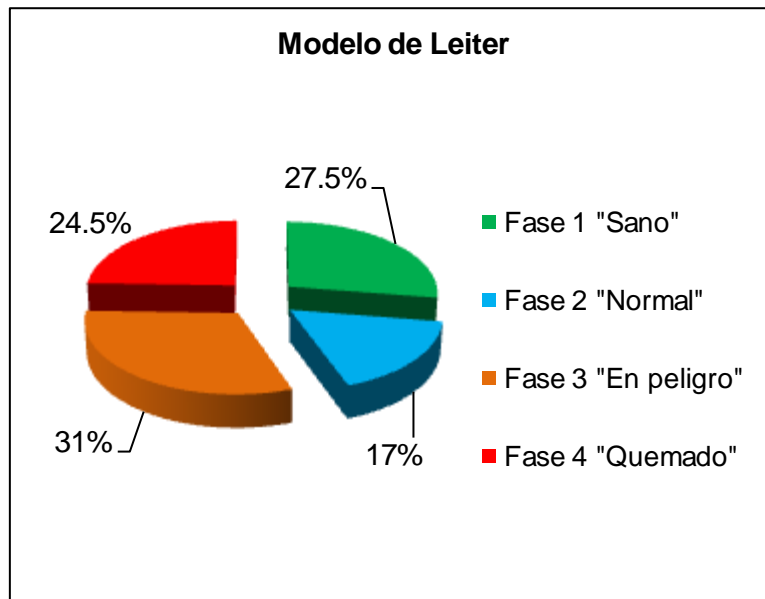


Figura 33. Desgaste Ocupacional a través del modelo de Leiter.

En cuanto al género se obtuvo un porcentaje de 26.37% en fase 1 “Sano”, 18.68% en fase 2 “Normal”, 31.87% en fase 3 “En peligro” y un 23.08% en fase 4 “Quemado” para el género Femenino (Figura 34).

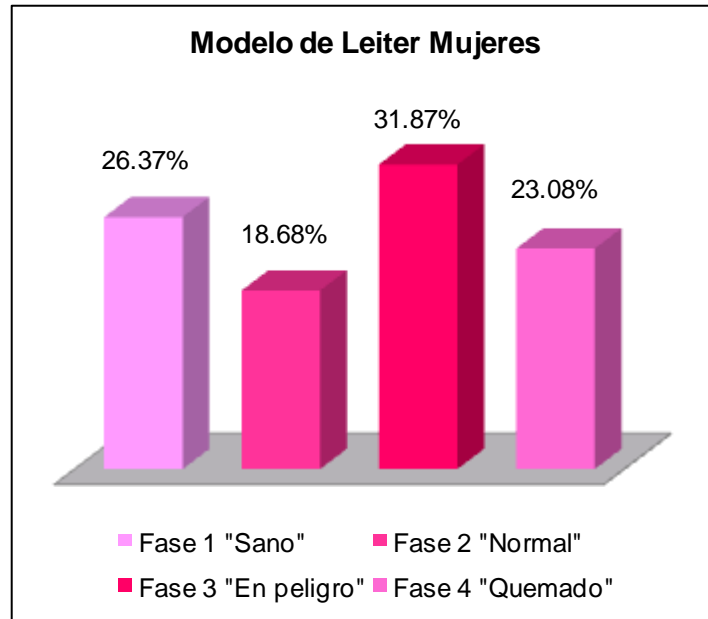


Figura 34. Modelo de Leiter Mujeres.

Con respecto al género masculino se obtuvieron los siguientes porcentajes: 28.44% en fase 1 “Sano”, 15.60% en fase 2 “Normal”, 30.28% en fase 3 “En peligro” y un 25.69% en la fase 4 “Quemado” (Figura 35).

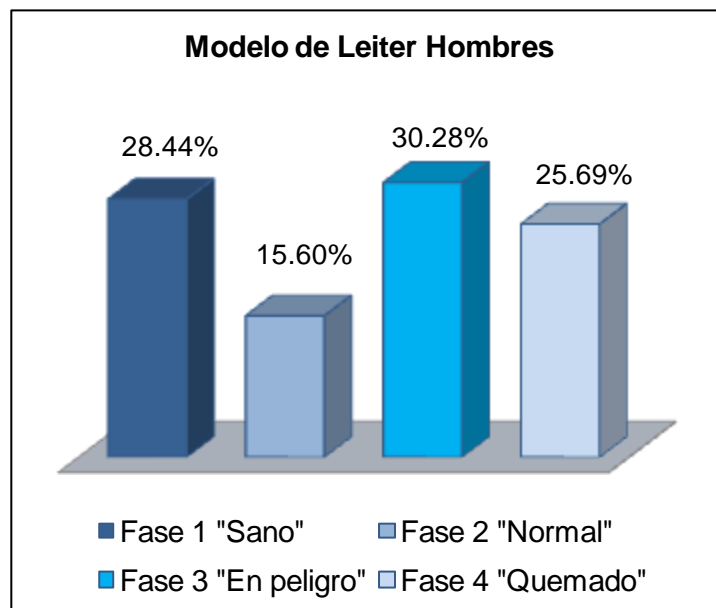


Figura 35. Modelo de Leiter Hombres.

Con relación a los grupos de edad se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo de edad de 18 a 20 años se ubicó al 35.48% en la fase 1 “Sano”, 9.67% en la fase 2 “Normal”, 29.03% en la fase 3 “En peligro” y el 25.8% restante se ubicó en la fase 4 “Quemado” (Figura 36).

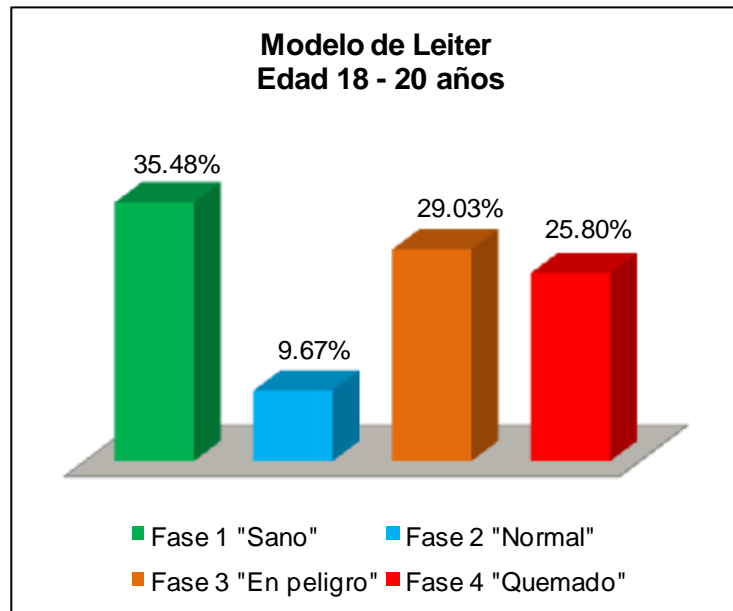


Figura 36. Modelo de Leiter Edad de 18 - 20 años.

Dentro del grupo de edad de 21 a 25 años se situó en un 20% en la fase 1 “Sano”, el 14.66% en la fase 2 “Normal”, 37.33% en la fase 3 “En peligro” y el 28% restante en la fase 4 “Quemado” (Figura 37).

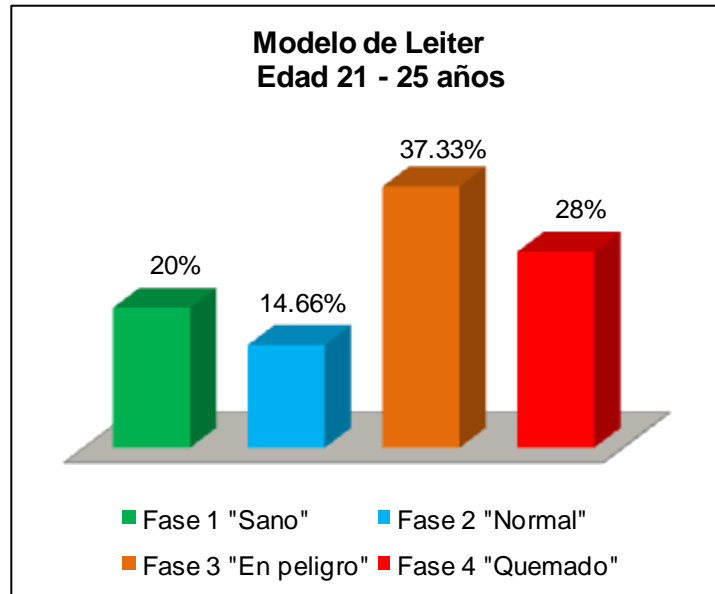


Figura 37. Modelo de Leiter Edad de 21 - 25 años.

El grupo de edad de 26 a 35 años, obtuvo 25% de los sujetos en fase 1 “Sano”, 25% en fase 2 “Normal”, 23.07% en fase 3 “En peligro” y el 26.92% restante se ubicó en la fase 4 “Quemado” (Figura 38).

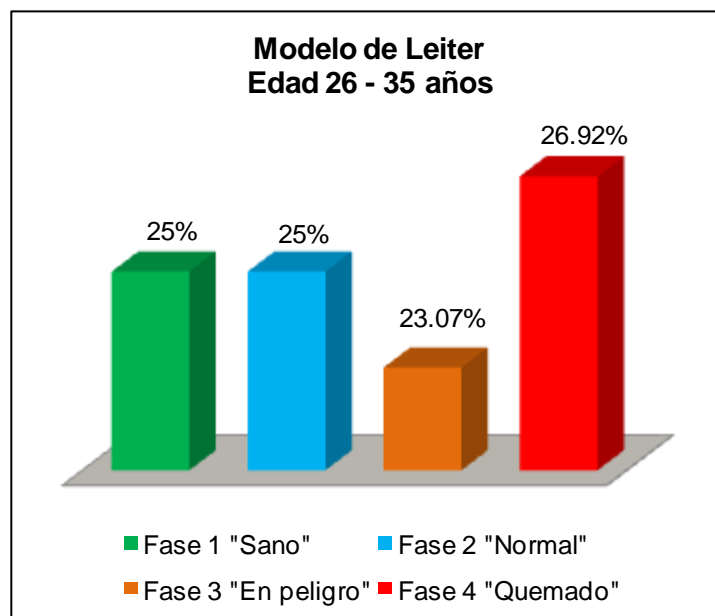


Figura 38. Modelo de Leiter Edad de 26 - 35 años

En el grupo de edad de 36 a 65 años se ubicó al 38.09% dentro de la fase 1 “Sano”, 16.66% en la fase 2 “Normal”, 30.95% en la fase 3 “En peligro” y al 14.28% restante en la fase 4 “Quemado” (Figura 39).

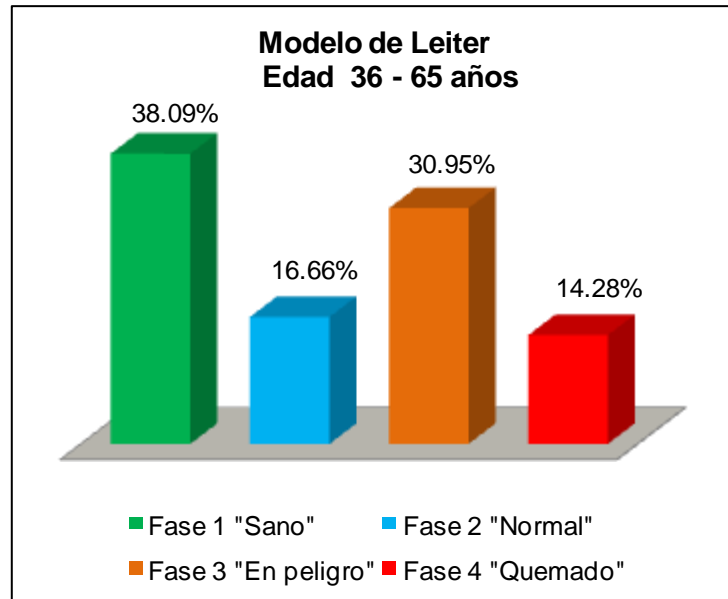


Figura 39. Modelo de Leiter Edad de 36 - 65 años

Análisis de Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)

Se realizó un análisis para determinar la consistencia interna de la prueba EMEDO, para el factor 1 Agotamiento que consta de 9 reactivos, se obtuvo un alfa de 0.780, para el factor 2 Despersonalización que incluye 9 reactivos, el alfa calculada fue de 0.683, en el factor 3 Insatisfacción que consta de 12 reactivos, se obtuvo un alfa de 0.886, lo cual se traduce en un alfa de 0.885 para los factores del Desgaste Ocupacional. (Tabla 16).

Tabla 16. Análisis de confiabilidad interna

Factor	Reactivos	Alfa de Cronbach
F1 Agotamiento	9	0.780
F2 Despersonalización	9	0.683
F3 Insatisfacción	12	0.886
General	30	0.885

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En la presente investigación se identificó el nivel de Desgaste Ocupacional así como la relación con las variables sociodemográficas, se midió si existían diferencias entre el nivel de burnout y las variables sociodemográficas de una muestra de trabajadores del sector privado. Con base en los resultados obtenidos y su análisis posterior se rechaza la hipótesis nula:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Desgaste Ocupacional y los factores psicosomáticos con las variables sociodemográficas.

Se acepta la hipótesis alterna:

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Desgaste Ocupacional y los factores psicosomáticos con las variables sociodemográficas.

El análisis de consistencia interna, alfa de Cronbach mostró una consistencia general de .885 para la prueba EMEDO lo cual indica una gran consistencia interna, refleja confiabilidad, precisión y mide la característica que desea medir.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa un incremento constante en el nivel de insatisfacción en las personas con edades de los 18 a los 35 años, y un decremento posterior a los 35 años, lo cual puede ser atribuido a que en los primeros años de actividad profesional se observa un contraste entre el idealismo y las funciones desempeñadas en el puesto, la inserción a un nuevo estilo de vida y la constante competencia que brinda el mundo laboral, aunado a una baja satisfacción por el ingreso percibido, en el caso de las personas entre 35 y 65 años se observa un menor grado de insatisfacción, el cual puede ser atribuido a que en ese periodo de vida, las personas se encuentran adaptadas al mundo laboral, se obtiene la consolidación gracias a ascensos o mejoras en los ingresos, resultados que coinciden con los datos obtenidos por López-Elizalde (2004).

Con relación al tiempo con pareja se observa un mayor nivel de insatisfacción en las personas con relaciones de un año o menos lo cual puede deberse a que no se han

establecido vínculos emocionales sólidos y estables, lo cual con frecuencia conlleva fallas de comunicación, desgaste en el trabajo y en la relación.

En el mismo orden de ideas, las personas que aún no tienen hijos obtienen puntajes más altos en el nivel de insatisfacción, López–Elizalde (2004) argumenta que las personas con hijos tienden a ser más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.

Con relación al agotamiento se observa que las personas con una sola actividad al día obtienen mayor puntaje que las personas que tienen múltiples actividades, esto puede deberse a que aquellas que realizan una sola actividad tienen jornadas más largas de trabajo, lo que limita sus actividades en otros ámbitos, de igual forma se observa un incremento en el agotamiento con relación a las horas de trabajo diarias siendo las jornadas de 11 a 15 horas las que presentan mayores puntajes. En cuanto a la antigüedad en el puesto, el puntaje más alto se obtuvo en aquellas personas que tienen de 1 a 3 años laborando en su puesto actual, lo que podría deberse a que en este periodo se busca la consolidación laboral y la adecuación al puesto.

El nivel de insatisfacción mostró diferencias en la antigüedad laboral entre las personas con un rango de 1 mes a 7 años, siendo el puntaje de las personas con una antigüedad de 26 a 50 años muy inferior a los antes mencionados. Lo cual posiblemente se debe a que la antigüedad laboral genera experiencia en las tareas del puesto, se obtiene mayor madurez y estabilidad y la consecución de objetivos en el plano laboral.

Las personas que no tienen el hábito de hacer ejercicio obtuvieron mayores puntajes en los factores de agotamiento y despersonalización, probablemente debido a que el ejercicio brinda mejores condiciones de salud, libera estrés y es una fuente de esparcimiento.

Con relación a los factores psicosomáticos, las mujeres muestran los puntajes más elevados en los factores psicosexuales, psiconeuróticos y el total psicosomático, estos resultados pueden atribuirse a que tradicionalmente cumple con doble carga de trabajo; es decir cumplen tareas laborales y del hogar.

En cuanto a las personas que actualmente tienen pareja, se observan niveles superiores en los factores gastrointestinales así como un incremento en los factores del sueño en aquellas que tienen hasta un año de relación, lo cual puede deberse al estrés que conlleva establecer una relación y la adaptación durante el inicio de ésta.

El factor psicosexual muestra un elevado nivel con relación a las personas con 5 hijos, dado que lógicamente, las demandas de una cantidad grande de hijos y la edad de los sujetos, propician una baja calidad en este factor.

En cuanto al número de trabajos se observan trastornos de sueño, gastrointestinales y psiconeuróticos en las personas con 2 empleos, destacando que una parte importante de la muestra para el presente estudio, laboraba medio tiempo (6 horas) para la organización y regularmente tenían otro ingreso, lo cual facilita una baja cantidad de horas de sueño, un horario poco establecido para los alimentos y una constante carga de trabajo que predispone a los trastornos antes mencionados. En concordancia con lo anterior, Mendoza, Arias y López (2012) señalan que es previsible, un incremento en el Síndrome de Burnout en cuanto a la cantidad de empleos.

Los sujetos que manifestaron tener personas a cargo obtuvieron menores índices en los factores psicosexuales, indicador de ansiedad e indicador de depresión además del total psicosomático, esto probablemente se deba a que al tener personas a cargo, regularmente se encuentran más satisfechos en el plano personal, obtienen mayor seguridad y una percepción económica acorde al nivel de responsabilidad del puesto. Lo cual concuerda con Rabking y Struening (1976) quienes observaron que cuando el sueldo y las prestaciones se ajustan a las necesidades, expectativas y aspiraciones del empleado propician que se sienta contento y satisfecho con su trabajo y por lo tanto sufra menor estrés (citado en Gutiérrez, 2012).

El factor sueño y el factor gastrointestinal, mostraron altos puntajes en las personas con una jornada laboral de 11 a 15 horas y en las personas con una antigüedad de 1 a 3 años en el puesto actual, lo cual puede explicarse basándose en que una jornada laboral extensa reduce las horas y la calidad del sueño, así como una alimentación deficiente y sin horarios definidos frecuentemente producen trastornos gastrointestinales

como colitis, gastritis, entre otros, ambos factores se agudizan conforme se repite el patrón al paso de los años.

El factor psicosomático dolor indica que aquellas personas que ingieren medicamentos, han tenido accidentes y que no realizan ejercicio, obtienen puntajes mayores, esto puede ser consecuencia, de que el hecho de tomar medicamentos, se relaciona con la enfermedad subyacente, el tener accidentes puede acarrear secuelas que se manifiesten con dolor y el que la persona no realice ejercicio merme la salud, de igual forma el hecho de que no se realice ejercicio se ligó en este estudio con los factores sueño, psiconeurótico y psicosomático total, dado que, como múltiples estudios muestran, los beneficios que el hacer ejercicio brinda a la salud a nivel físico, emocional y psicológico genera un estado de bienestar y resistencia física, por lo tanto las personas que lo realizan con frecuencia, obtienen puntajes menores en las variables mencionadas.

Como lo indican los resultados, las jornadas de trabajo largas muestran relación con el síndrome, lo cual lejos de incrementar la productividad del empleado, favorecen el desgaste y por lo tanto un desempeño menor al esperado.

Con base en la clasificación de Leiter, 27.5% de la muestra se ubicó en fase 1 “Sano”, 17% en fase 2 “Normal”, 31% se ubicó en la fase 3 “En peligro” y 24.5% en fase 4 “Quemado”, demostrando estos datos que la mayoría ha superado lo que podría considerarse como normal, y casi una cuarta parte de la muestra se encuentra en el nivel más alto de la clasificación.

Se realizó una comparación entre los grupos de edad de acuerdo a la clasificación de Leiter, mostrándose en el grupo de 18 a 20 años los niveles más altos en la fase 1 “Sano”. En el conjunto de edad que abarca de los 21 a los 25 años el puntaje más alto se ubicó en fase 3 “En peligro” resultando un 37.33%. El grupo que abarca el rango de edad de los 26 a los 35 años obtuvo el puntaje más alto en la fase 4 “Quemado” con un 26.92%. Los sujetos de 36 a 65 años obtuvieron el puntaje más elevado en fase 1 “Sano” con un 38.09%. Por lo tanto, se infiere que las personas con un menor rango de edad (18 a 20 años) muestran un nivel de Desgaste bajo, el cual tiende a incrementarse entre los 21 y 25 años, mostrando su punto máximo en una edad de 26 a 35 años y finalmente al

llegar a la “madurez” de la vida laboral (36 a 65 años), tiende a presentar los niveles más bajos de desgaste.

Con base en los resultados del presente estudio y en concordancia con la bibliografía revisada, es evidente la necesidad de implementar estrategias de prevención y tratamiento del Desgaste Ocupacional. Conrad, (1987) señala que los beneficios de la promoción de la salud en el trabajo incluye el aumento en la productividad, el decremento en el ausentismo, el incremento en la moral de los empleados, la reducción de costos y una mejor imagen corporativa (Citado en Gómez, 2007). Lo anterior pone de manifiesto, que al mejorar las condiciones de trabajo de los empleados las organizaciones obtienen beneficios tangibles, medibles y que favorecen un desarrollo sustentable para la empresa y sus trabajadores.

En el mismo orden de ideas, diversos autores han propuesto estrategias de intervención organizacional, social y de afrontamiento individual, técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas, las cuales por su naturaleza implican inversión de tiempo y recursos en las empresas, pero como se ha mencionado, esta inversión puede brindar beneficios en periodos de tiempo relativamente cortos.

Es necesario subrayar que en el actual entorno laboral en México y Latinoamérica el estrés no está considerado como una enfermedad y las personas que lo padecen continuamente son vistas como personas débiles o que no soportan las presiones “normales” del trabajo, sin embargo, la resistencia y la influencia que los agentes estresores tienen sobre el individuo es diversa y obedece a múltiples variables, así mismo, pueden ser facilitadoras y precursoras de muchas otras enfermedades entre las que destacan las de índole gástrica, psicosexual, los trastornos de sueño, etcétera.

En concordancia con el párrafo anterior es adecuado incluir a la par de los avances tecnológicos, sociales y científicos, una cultura laboral que valore al capital humano, procure su salud, se preocupe por su desarrollo armónico y favorezca un clima laboral adecuado, que mida, limite y afronte las condiciones estresantes, lo cual a mediano y largo plazo brindará bienestar tanto a la organizaciones, sus clientes y sus trabajadores.

Debido a la necesidad de observar la prevalencia del Desgaste Ocupacional, se sugiere en futuras investigaciones ahondar en diversas poblaciones, por ejemplo, aquellas que se dedican al transporte, seguridad privada, instituciones gubernamentales que brindan atención al cliente, etcétera, con la intención de ampliar el conocimiento sobre el Desgaste Ocupacional en diversas muestras.

Sugerimos que se profundice en posteriores estudios el proceso de contagio del síndrome de Burnout, dado que dentro de la bibliografía consultada se encontraron pocos estudios al respecto.

Una de las limitantes del estudio fue que algunos de los sujetos mostraron resistencia al contestar la escala, recurriendo a evasivas, ya que percibían que era un cuestionario que les quitaría tiempo y algunos manifestaban temor a represalias si sus resultados no eran los esperados, a pesar de que se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas. De igual manera la mayoría de las empresas que nos dieron la oportunidad de aplicar este instrumento se dedican a las ventas, lo que siempre demanda mucho tiempo para el cumplimiento de los objetivos y presión por alcanzar las metas impuestas por la organización, destacando el hecho de que varias de las organizaciones que participaron para este estudio manejan un esquema de comisiones, lo cual posiblemente incrementa la presión para alcanzar metas que repercutan en beneficios económicos para los empleados.

Otra limitante fue que algunas de las preguntas hechas al género masculino, específicamente del factor psicosexual pudieron arrojar datos cuestionables, ya que socialmente es mal visto o motivo de burla el que un hombre padezca disfunción eréctil o sufra de eyaculación precoz y dado que el espacio brindado para la aplicación fue reducido, se propiciaba que entre sujetos pudieran ver sus respuestas y de esta manera se sintieran intimidados.

Es importante destacar que en organizaciones se dedican a las ventas, la motivación es fundamental para los empleados, ya que es una actividad muy demandante y estresante, es evidente que para la organización representan mejores resultados el hecho de que se les incentive constantemente, se les tome en cuenta en la toma de

decisiones importantes y se brinde una correcta definición de los objetivos del puesto dentro de la empresa.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se encontró la dificultad para conseguir muestras para la aplicación, dado que el tema no es muy conocido en nuestro país, los gerentes y directores de algunas organizaciones muestran resistencia a la aplicación, probablemente debido al temor de que los resultados apunten a una mala gestión de su parte o una inconformidad de los trabajadores en cuanto a las condiciones y el estrés al que son sometidos.

Otra limitación del presente estudio, se encuentra en que el estudio fue transversal, siendo recomendable efectuar estudios longitudinales, que den seguimiento al síndrome, su evolución y así verificar si se relaciona con rotación de personal, conflictos obrero-patronales o daños a la salud de los empleados, lo cual brindaría una visión más completa del desarrollo del síndrome al paso del tiempo.

Nos gustaría concluir resaltando la importancia de una acción desde los diversos actores de la sociedad, para una mejora en el campo del Desgaste Ocupacional, siendo indispensable la intervención legislativa, en cuanto a la inclusión del síndrome como enfermedad, la difusión de sus componentes y las estrategias para combatirlo, desde las organizaciones, para prevenir y afrontar este síndrome, el desarrollo de una cultura organizacional que fomente el trabajo en equipo por encima de una competencia desleal, que tome en cuenta las necesidades, desarrolle y promueva una gestión adecuada del capital humano, la participación activa de los sindicatos y trabajadores en la toma de decisiones e involucramiento con las estrategias organizacionales y de las diversas disciplinas que estudian el Desgaste Ocupacional, entre las que destacan los psicólogos, médicos, sociólogos, antropólogos e investigadores de las ciencias biológicas y sociales, para coadyuvar en la planeación de estrategias de prevención, comunicación y afrontamiento del Desgaste Ocupacional en pro de los individuos, organizaciones y la sociedad en general.

REFERENCIAS

- Alarcón, J., Vaz, F. J. y Guisado, J. A. (2001). Análisis del Síndrome de Burnout: psicopatológica; Estilos de afrontamiento y clima laboral. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina. Barna. 28(6):358-381.*
- American Psychological Association (2006). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association.* 3ª Ed. México: Manual Moderno
- Barajas, S. (2010). *Desgaste Ocupacional (Burnout) en trabajadores mexicanos: comparación de mandos medios y nivel operativo.* Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, México: UNAM.
- Barretto, J., Mombelli, M., Decesaro, M., Pagliarini, W. y Silva, S. (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Salud Mental, 34 (2) 129-138.*
- Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y estrategias de afrontamiento: Un modelo de relaciones Estructurales. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones. 18 (1) 57-74.*
- Calvete, E. y Palmero, F. (2008). *Motivación y Emoción.* España: McGraw Hill.
- Carreño, S., Medina-Mora, M.E., Martínez, N., Juárez, F. y Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental 29(4):63-70.*
- Cetina-Tabares, R., Chan-Canal, A. y Sandoval-Jurado, L. (2006). Nivel de satisfacción Laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 44 (6):535-540.*
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burn- out: Stages of disillusionment in the helping professions.* Nueva York: Human Science Press.
- Florez, L.J. (1994). *El síndrome de estar quemado.* Barcelona. Edika Med.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out, *Journal of Social Issues, 30 (1), 159-165.*
- Gil-Monte, P.R. (2001). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) Aproximaciones Técnicas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Disponible en [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html).

- Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 19 (2) 181-19.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., y Valcárcel, P. (1995). El Síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (Comp.) *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 211-224). Salamanca: Eudema.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 15 (2), 261-268.
- Gómez, I. C. (2007). Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones de trabajo. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 6(1): 105-113.
- Guerrero, E. y Rubio, J.C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del “Burnout” en el ámbito educativo. *Salud Mental* 28(5):27-33.
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farías, F. y Suarez, J. (2006). *Arch Neurocién* 11 (4):305-309.
- Gutiérrez, R. (2012). *Estrés Organizacional*. México: Trillas.
- Kerlinger, N. F. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4 ed. México: Mc. Graw Hill.
- López-Elizalde, C. (2004). Síndrome de Burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 27 (1) 131-133.
- López-León, E., et al. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con Factores sociodemográficos y laborales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 45 (1):13-19.
- López-Lorente, R. (2000). Síndrome de Burnout en el personal sanitario. Instrumento de medida. *Medicina Paliativa*; 7(3):94-100.
- López-Morales, A., González-Velásquez, F., Morales-Guzmán, M. y Espinoza-Martínez, C. (2007). Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales Prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 45(3):233-242.

- Mababu, R. (2012). El constructo de Trabajo Emocional y su relación con el Síndrome del Desgaste Profesional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12 (2):219-244.
- Martínez-López, C. y López-Solache, G. (2005). Características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. 7 (1), 6-9.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mendoza, I., Arias, F. y López, R. (2012). Diferencias por sexo en el perfil de Agotamiento Profesional asociado a variables sociodemográficas de trabajadores de una institución pública de salud en el D.F. En Arias, F. Juárez, A. *Agotamiento profesional y estrés*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Medina, P. (2009). La Batalla contra el estrés en el trabajador español: implicaciones para el empleado y la organización. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)* 8(17): 30-42.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A. y Rodríguez, M. (2007). Relación entre el Burnout o «Síndrome De Quemarse Por El Trabajo», la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema* 19 (2) 388-394
- Montoya, P.A. y Moreno, S. (2012). Relación entre Síndrome de Burnout, Estrategias de Afrontamiento y Engagement. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte* 29(1):205-227.
- Morán, C. (2006). El cansancio emocional en servicios humanos: Asociación con acoso psicológico, personalidad y afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 22(2) 227-239.
- Organización Internacional del Trabajo OIT (1998). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Disponible en:
<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2000). *Las normas Internacionales del trabajo*. México: Alfa-Omega.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Organización Internacional del Trabajo OIT 1ª Edición. Santiago de Chile.

- Perlman, B. y Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4). 283-305.
- Pinelo, C.N. (2002). *Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médicos y paramédicos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Pines, A. y Kafry, D. (1982). Coping with Burnout. En J.W. Jones(Ed.). *The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 139-150). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Preciado, M., Vázquez, J., Pando, M., Gutiérrez, F., Lira, A., Pérez, M. y González, P. (2007). Validez factorial de la “Escala de agotamiento emocional laboral” para médicos de instituciones públicas en Guadalajara, *Investigación en Salud* 9(1) 41-47.
- Quevedo-Aguado, M. P., et al. (1999). Relación entre “despersonalización” (Burnout), trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología* 63-64. 87-110.
- Regalado, M. T. (2008). *“El Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un Hospital General de la Secretaría de Salud del GDF”*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Rodríguez, Y., Rodríguez D., Rueda, Y., Ruiz, Y., Manero, R., Linares, I. y Guevara, H. (2007). Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes ejecutivos y obreros de una empresa manufacturera. *Informe Médico* 9(2): 81-90.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J. y Grau, S. (2000). Desde el “Burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.16 (2): 117-134.
- Salanova, M., Llorens, S., y García-Renedo, M. (2003). ¿Por qué se están ‘quemando’ los profesores?. *Revista de Prevención, Trabajo y Salud*, 28: 16-20.
- Sánchez, S., Guillen, C. y León, J. (2006). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad y estrés* 12(2-3), 495-504.
- Solaberrieta, A. (2006). Reseña evolutiva del concepto “Burnout”. Disponible en: http://www.ancba.org.ar/cont_cien/burnout.doc.
- Tomáis, N. E. (1974). Conferencia del residente del ISSSTE en la Universidad de Harvard. *Periódico ISSSTE*, año1, mes Julio, México D.F.

- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del Síndrome de Burnout*. Buenos Aires. Espacios.
- Uribe-Prado, J.F. (2002). Desarrollo y validación de la escala de los cinco factores mexicanos de personalidad (5 FM): selección de personal y éxito profesional. *Revista de la Universidad Cristóbal Colón*, 15 (5), 105-128.
- Uribe-Prado, J.F. (2008) (editor). *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. México. Facultad de Psicología, UNAM.

ANEXOS

Questionario (F01)

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?@JESÚS FELIPE URIBE PRADO

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una **“X”** el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1): **1. Considero que es importante asistir a fiestas**

	TD					TA
1.		X				

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo Tipo 2): **¿Con qué frecuencia...?**

2. Tienes sangrado por la nariz.

Nunca **Siempre**

2.					X	
-----------	--	--	--	--	---	--

LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus respuestas son confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos
NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!

**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN 30**

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.

- 28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
- 29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
- 30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

- 31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
- 32. Te sientes deprimido (muy triste).
- 33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
- 34. Tienes dolores de cabeza.
- 35. Sientes dificultad para deglutir.
- 36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
- 37. Te has desmayado.
- 38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
- 39. Sientes indiferencia sexual.
- 40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
- 41. Te sientes desesperado (ansioso).
- 42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
- 43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
- 44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
- 45. Sufres vómitos.**
- 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
- 47. Tienes dolores en el abdomen.
- 48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
- 49. Te duele la espalda y el cuello.
- 50. Tienes molestias al orinar.
- 51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
- 52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
- 53. Sientes un nudo en la garganta.
- 54. Llegas a perder la voz.

55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Si estudiaste una carrera, Qué estudiaste?
77. ¿Tienes hijos?
78. ¿Cuántos?
79. En tú trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
80. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
81. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?

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

Hojas de Respuesta (F02)
EMEDO®

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

TD= Total desacuerdo
TA= Total acuerdo

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

H: Sólo hombres
M= Sólo mujeres