



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL EN
PERSONAL DE LA SEMEFO
Y
SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**GABRIELA ALVARADO COLÍN
MARÍA GUADALUPE HERNÁNDEZ GARCÍA**

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. ISaura ELENA LÓPEZ SEGURA

REVISOR:

DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO

SINODALES:

MTRA. MARÍA DEL SOCORRO ESCANDÓN GALLEGOS

MTRO. GABRIEL JARILLO ENRÍQUEZ

LIC. ADRIANA GUADALUPE MARTÍNEZ PÉREZ



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F. 2013



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

Porque el éxito no es llegar a la meta, sino, el trabajo, dedicación, conocimientos y personas que la vida pone en el proceso.

En este caso las personas que han contribuido a la formación y desarrollo personal, como de ésta tesis son:

Mi Madre con su amor incondicional, por la lucha de hacer de mí una persona responsable, trabajadora, honesta y feliz. Por ser ejemplo de dedicación, fuerza y ternura. Por enseñarme que ante los problemas y adversidades, la solución nunca será rendirse.

Mi Padre, protector de mi miedo, maestro, amigo. Porque el tiempo y la muerte no importan y la gente muere cuando se le olvida, tú vives en mi corazón.

Mis hermanos Fabián y Salvador, ejemplos de lo que no se debe de hacer... Por estar cuando los he necesitado, a veces damos por hecho a las personas y no reconocemos lo que hacen por nosotros. Es de gran deleite y aprecio compartir la vida con ustedes, todo lo que soy y lo que lograré se los dedico, fuente de inspiración y orgullo.

A mi amiga Lup, empezamos éste proyecto como compañeras y terminamos en lo que espero sea una amistad sincera y duradera. Pero si la vida nos lleva por caminos diferentes, espero que conserves en tu memoria un grato recuerdo de mí. Porque el triunfo radica en permanecer en el corazón de las personas. Ya que únicamente trasciende aquel que aporta algo a los demás.

A mis amigos, ustedes saben quiénes son, pero para no hacer distinción o que mi memoria me traicione, Gracias por cada palabra, por el tiempo, por las anécdotas. Que la vida los llene.

Por último, pero no menos importante, mi pequeño amigo Nano, sólo aquel que ha tenido un amigo de cuatro patas entenderá el amor y sabiduría que poseen éstos miembros de la familia.

Agradecimientos

Este logro se lo dedico a las personas más especiales e importantes de mi vida; a mi mamá y papá que siempre estuvieron ahí, cuidándome, apoyándome, dándome ánimos para continuar en etapas difíciles, motivándome para llegar cada día más lejos. Y por haberme hecho la persona que soy.

A mis hermanos Rogelio, Lola y Carmen a cada uno de ellos, les agradezco su cariño, su comprensión, su apoyo, y cada uno de los momentos que hemos compartido como travesuras, complicidades y las comidas de chucherías. ¡Los quiero!

Gaby mi compañera de tesis y amiga, por soportarme todo un año caótico, por escucharme, leerme y sobre todo tener la calma, sabiduría para saber que decirme en el momento apropiado. Gracias por tú amistad y hacer de esta etapa agradable.

Y a cada una de las personas importantes que estuvieron conmigo compartiendo cada momento o un instante en mi vida. Les agradezco de corazón que estuvieran siempre apoyándome en todo instante, tanto en las alegrías como tristezas, en la diversión, secretos, exámenes, trabajos finales, estrés. Sin olvidar sus risas en clase, los proyectos, las angustias, y cada una de las experiencias vividas en mi andar en la vida. Aprendí mucho de cada una ustedes.

Les agradezco su amistad, cariño y comprensión.

Gracias a Anderson por su apoyo, el siempre estar ahí dándome una palabra de aliento cada vez que me caía y echándome porras en cada proyecto nuevo al que ingresaba, sobre todo por su ternura, su amor y entrega hacia mí. Gracias por hacer cada día de mi vida más lindo.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	3
1. Salud.....	7
1.1 Salud Ocupacional.....	19
1.2 Psicología de la Salud Ocupacional.....	24
1.3 Objetivos de la Psicología de la Salud Ocupacional.....	26
2. Estrés.....	29
2.1 Definición de Estrés.....	32
2.2 Teorías sobre el Estrés.....	34
2.2.1. Teoría transaccional del estrés.....	35
2.2.2. El modelo procesual del estrés de Sandín.....	36
2.3 Tipos de Estrés.....	38
2.4 Estresores.....	40
2.4.1. Tipos de Estresores.....	41
2.5 Consecuencias del Estrés.....	42
2.6 Estrés Laboral.....	43
2.7 Definición de Estrés Laboral.....	44

2.8 Modelos de Estrés Laboral.....	45
2.9 Tipos de Estrés Laboral.....	45
2.10 Estresores Laborales.....	46
2.10.1. Estresores Individuales.....	46
2.10.2. Estresores Grupales.....	47
2.10.3. Estresores organizacionales.....	48
2.11 Características Personales.....	51
2.12 Consecuencias del Estrés Laboral.....	53
2.13 Diferencias entre Burnout y Estrés.....	54
3. Síndrome de Desgaste Ocupacional o Burnout.....	59
3.1 Definiciones de Burnout.....	64
3.2 Diferenciación entre Burnout y otros Constructos.....	69
3.3 Teorías que explican el Burnout.....	73
3.3.1. La teoría Psicodinámica y Existencialistas.....	74
3.3.2. Teoría del Intercambio Social.....	75
3.3.3. Teoría Organizacional.....	76
3.4 Modelos de Proceso del Burnout.....	76

3.5 Factores que Influyen en la Aparición del Síndrome Desgaste Ocupacional.....	83
3.6 Factores Sociodemográficos Relacionados con Burnout.....	87
3.7 Intervenciones para El síndrome de Burnout.....	93
3.7.1. Estrategias a Nivel Personal.....	93
3.7.2. Estrategias de Intervención Social.....	95
3.7.3. Estrategias de Intervención Organizacional.....	96
4. Historia del Servicio Médico Forense.....	98
Método.....	110
Planteamiento del Problema.....	111
Justificación.....	112
Preguntas de Investigación.....	113
Objetivos de la Investigación.....	114
Hipótesis.....	114
Tipo y Diseño de la Investigación.....	115
Variables.....	115
Instrumento de Medición.....	117
Población y Muestra.....	120

Procedimiento.....	122
Resultados.....	124
Descripción de la muestra.....	125
Variables Personales.....	125
Variables Laborales.....	129
Variables Calidad de Vida.....	138
Descripción del Síndrome de Desgaste Ocupacional.....	145
Correlación (Burnout) y variables (Personales).....	147
Correlación (Burnout) y variables (Laborales).....	148
Correlación (Burnout) y variables (Calidad de vida).....	150
Análisis de Varianza.....	151
Análisis de Fiabilidad.....	159
Discusiones.....	160
Conclusiones.....	168
Limitaciones.....	173
Recomendaciones.....	174
Referencias.....	175
Anexos.....	186

Resumen

El Síndrome de Desgaste ocupacional (Burnout), ha interesado a todo el mundo desde hace mucho tiempo, pero, en la actualidad se ha vuelto un tema de mayor importancia en las organizaciones. La explicación es muy simple, dicho síndrome afecta mayormente a profesionales de organizaciones de servicio, que trabajan en contacto directo con personas.

Esto conlleva a pérdidas económicas en la empresa, debido a una baja productividad. Como puede ser; desempeño laboral pobre, poca atención brindada al paciente, ausentismo del personal, apatía hacia la institución, aislamiento, pobre calidad en el trabajo, actitud cínica y fatiga emocional.

Las consecuencias psicosociales de este síndrome, es que afecta la propia salud del individuo, afecta a la familia, puede enfermar a los compañeros de trabajo y a la organización, debido al binomio Trabajador – organización, que uno afecta a l otro.

La OIT calcula que las pérdidas debidas a indemnizaciones, días de trabajo perdidos, interrupciones de la producción, formación y reconversión profesional y gastos médicos, entre otros aspectos, representan el 4 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial.

Con base en lo anterior, esta investigación tuvo como objetivo determinar la existencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional en el personal del Servicio Médico Forense (SEMEFO) y su relación con las variables sociodemográficas. La muestra constó de 119 personas que contestaron el instrumento EMEDO (Escala

Mexicana de Desgaste Ocupacional), que consta de un total de 110 reactivos. Los resultados obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico de Correlaciones y Análisis de Varianza.

Se concluyó que si existe presencia de Desgaste ocupacional en el personal del SEMEFO. El 50.4% de la muestra presentó Burnout, es decir, las personas se encuentran con un Desgaste ocupacional Alto (En peligro) o Muy alto (Quemado), mientras el 49.5% está en un nivel Bajo (Sano) o Regular (Normal). Los que presentan un puntaje de Desgaste Ocupacional en riesgo son los administrativos conforme a nuestra categorización en la prueba, porque la anova de la variable “tipo de puesto” presento significancia en el puesto ejecutivo con los factores de despersonalización e insatisfacción.

En el análisis estadístico, los factores el Síndrome de Burnout tienen relación con escolaridad, tipo de trabajo, números de trabajos, actividades diarias, horas de trabajo, medicamentos, tipo de accidentes y la frecuencia en el consumo de drogas. Y considerando las medias, los factores se asocian a las variables: Tipo de puesto, escolaridad, tipo de contrato, años laborales.

Introducción

En la sociedad actual, las personas tanto mujeres como hombres pasan gran parte de su tiempo trabajando. Esta actividad no sólo es vista como una remuneración, sino que constituye una parte importante de su identidad, ya sea mediante una profesión o un oficio. Un oficio es una ocupación que requiere esfuerzo físico o habilidad manual y una profesión es una actividad especializada de trabajo dentro de la sociedad (Martínez, 2004).

Dentro de las profesiones se encuentran, las de ayuda, estas son denominadas así porque se trabaja directamente con las personas. Como lo hacen las enfermeras, profesores, médicos, psicólogos, entre otros. Y las actividades que desarrollan comparten un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden.

Estos especialistas tienen riesgos laborales que afectan a su salud, como lo es el estrés laboral, que sí se vuelve crónico y no cuentan con las adecuadas estrategias de afrontamiento pueden desarrollar el Síndrome de Desgaste Ocupacional o Burnout.

Se ha señalado que el Desgaste Ocupacional tiene factores de riesgo situacionales como el entorno laboral, e individuales como ser empático, sensible, humano, con dedicación profesional, idealista, altruista, obsesivos, entre otros.

Además de influir factores sociodemográficos como la edad, experiencia en el puesto, sexo, estado civil, hijos, contacto con usuarios, personalidad, promociones en el trabajo.

Las investigaciones que se han realizado de este síndrome, están enfocadas en médicos y enfermeras, dejando al sector de jurisprudencia médica sin antecedentes o indicios del fenómeno de Burnout, como por ejemplo el SEMEFO (Servicio Médico Forense) del Distrito Federal.

Debido a que su interacción con las personas que reciben el servicio, las condiciones de trabajo y las características individuales son indicadores para generar el síndrome de Desgaste Ocupacional.

El objetivo principal en esta investigación es determinar si existe presencia de Desgaste Ocupacional en el personal que trabaja en el SEMEFO. E identificar cuales factores sociodemográficos se relacionan con el síndrome de Desgaste Ocupacional.

Sin olvidar el objetivo primordial de la psicología, que es la identificación de ambientes de trabajo saludables o la identificación de factores de riesgo potenciales, para prevenir una organización enferma. Los beneficios psicosociales del personal es tener relaciones familiares sanas, contar con apoyo y relaciones agradables con los compañeros de trabajo, lo cual repercute en el ambiente laboral, la calidad y productividad de la organización.

Para llegar a los objetivos de esta investigación, la tesis se compone de 4 capítulos, método, resultados y discusiones, a continuación se explica de que trata cada uno de estos apartados.

El capítulo 1 Comprende una breve reseña de la historia de la salud - enfermedad en la antigüedad. En civilizaciones como: Mesopotamia, Egipcia, China, Griega y Romana. Como se fue formando el concepto de salud, hasta llegar a la establecida por la OMS. Así como fue desarrollándose o dando importancia a la salud en el trabajo y las disciplinas implicadas a que los trabajadores tengan un estado saludable para realizar su trabajo, sin olvidar la psicología de la salud ocupacional.

En el capítulo 2 contiene el tema de estrés, indica desde cuando apareció este término y cuáles fueron sus definiciones dependiendo de las diferentes disciplinas. Aborda las teorías sobre el estrés (Teoría transaccional del estrés y El modelo procesual del estrés de Sandín), los tipos de estrés, entre otras cosa. Y sin dejar a un lado el tema de estrés laboral, los modelos explicativos de estrés laboral, y las diferencias que existen entre Burnout y estrés laboral.

El capítulo 3 tiene el título de síndrome de Desgaste Ocupacional, el cual menciona las definiciones de diversos autores, las teorías que explican este fenómeno, modelos que explican el proceso del Burnout como: Modelo Tridimensional del MBI- HSS, Modelo de Edelwich y Brodsky, Modelo de Price y Murphy. Además de mencionar cuales son los factores sociodemográficos relacionados con la aparición del Burnout.

Capítulo 4 menciona la historia del Servicio Médico Forense (SEMEFO), cuáles fueron los motivos de su creación, cuando empezó a dar servicio la institución, cuáles son sus funciones y su misión para la población del Distrito Federal.

En método contiene el planteamiento del problema de esta tesis, la justificación, los objetivos de la investigación, el diseño de investigación, la población y características de la muestra del personal del SEMEFO.

En el apartado de resultados, son los datos obtenidos de nuestra muestra a la que le aplicamos el instrumento (EMEDO), son resultados de estadística descriptiva y correlacional.

Por último en las discusiones y conclusiones es referente a los resultados obtenidos en la investigación. Donde se muestra que sí existe presencia de Burnout en el personal del SEMEFO y la existencia de variables sociodemográficas relacionadas al desgaste ocupacional en esta población.

Capítulo 1

Salud

Facultad
de Psicología

1. Salud

El hombre hizo de la salud un tema de estudio a partir de la vida en comunidad, gracias a que los efectos de las enfermedades y accidentes originados en la vida cotidiana, mermaban la organización de la colonia. En la prehistoria, el uso de plantas y minerales eran las herramientas para propiciar la salud en los cazadores.

La explicación que dio a la enfermedad tenía como base la creencia de deidades que regían su cultura, influían en el bienestar de las personas.

El principal testimonio de la forma de vida de las civilizaciones mesopotámicas se encuentra en el código de Hammurabi, una recopilación de leyes y normas administrativas recogidas por el rey babilónico Hammurabi, en él se determinan a lo largo de trece artículos, las responsabilidades en que incurren los médicos en el ejercicio de su profesión, así como los castigos dispuestos en caso de mala praxis.

Gracias a este texto y a un conjunto de unas 30 000 tablillas recopiladas por Asurbanipal (669-626 a. C.), procedentes de la biblioteca descubierta en Nínive por Henry Layarde en 1841 ha podido intuirse la concepción de la salud y la enfermedad en este período, así como las técnicas médicas empleadas por sus profesionales sanadores (Lara, 1982).

Del texto original, 800 tablillas están específicamente dedicadas a la medicina, y entre ellas se cuenta la descripción de la primera receta conocida, donde lo más llamativo es la intrincada organización social en torno a tabúes y obligaciones religiosas y morales, que determinaban el destino del individuo. La concepción de

la enfermedad era sobrenatural: lo cual era un castigo divino impuesto por diferentes demonios tras la ruptura de algún tabú (Lara, 1982).

Durante la curación, todos estos dioses podían ser invocados y requeridos a través de oraciones y sacrificios para que retirasen su nociva influencia y permitiesen la curación del hombre enfermo. De entre todo el panteón de dioses Ninazu era conocido como «el señor de la medicina» por su especial relación con la salud (Lara, 1982).

Así la mitología fue una de las principales concepciones de la salud y la vida cotidiana. Conforme se desarrollaron nuevas herramientas y formas de aprendizaje, al concepto de salud se incluyeron nuevos aspectos.

Los egipcios tenían la creencia que nacían con una interacción de fuerzas materiales y espirituales, donde la materia era el Khet (el cuerpo humano, sus órganos y sus instintos) y la fuerza espiritual era el ka (es el equilibrio que permite que el hombre pueda satisfacer sus necesidades, dentro de sus parámetros sociales, siendo consciente de su propia identidad), el Ba (concierno a las reglas para que el sujeto entienda la sociedad y la moralidad) y el Akha. Esta cultura consideraba el binomio salud – enfermedad influido por fuerzas externas. La salud dependía de la interacción de armonía de las fuerzas de la materia y del espíritu. Y la enfermedad es causa de la falta de armonía entre ellas. La enfermedad y la muerte eran provocadas por fuerzas inanimadas como seres vivos o espíritus demoniacos. Creían que “el soplo de la vida entraba por la oreja derecha y el soplo de la muerte por la oreja izquierda” (Vega-Franco, 2002).

Figura 1: Concepto de salud y enfermedad en distintas culturas.

Concepto			
Cultura	Elementos del cosmos	Salud	Enfermedad
China	Madera, agua, fuego, tierra y metal	Armonía	Desequilibrio
India	Éter (vacío), viento, agua, fuego, tierra	Equilibrio de Fuerzas	Desequilibrio
Helénica	Fuego, aire, agua, tierra	Isonomía	Inequidad

Armonía: Del sistema dual del Ying-Yang

Equilibrio de Fuerzas: De los elementos corporales (Viento, agua. Fuego, tierra)

Isonomía: Cuyo significado implica equilibrio, armonía, “democracia”

Inequidad: Entendida por Alcmeón como monarquía o preeminencia de las cualidades de los elementos (Caliente, frío, húmedo, seco).

Fuente: González, 1996.

En China en el siglo VI A.C. según Vega-Franco, referente a la salud, ésta cultura consideraba que deberían tener un balance armónico de estos dos atributos, ya que el equilibrio entre el *yin* y el *yang* va a depender que el hombre goce de salud o padezca alguna enfermedad. Porque el exceso del *yin* conduce a enfermedades agudas, febriles, secas, mientras que el exceso de *yang* da lugar a enfermedades crónicas, frías y húmedas. Estos dos elementos (el ying y el yang) eran

complementarios en el *Tao*: *ying*; femenino, oscuro, pasivo, misterioso, demoniaco y el *yang*; masculino, brillante, activo, claro, benéfico. Además tenían la creencia de que todo en la naturaleza dependía de la interacción de estas dos fuerzas bipolares.

En el siglo VI a. C. Alcmeón de Crotona, médico y filósofo estaba convencido que la salud del cuerpo y del espíritu dependía de la isonomía, entendida como equilibrio, equidad, armonía o, en cierto sentido, la democracia de las fuerzas húmedo-secas, frío-calientes, amargo-dulces y de otras. Las enfermedades surgen a partir de la preeminencia de una sola fuerza. El tratamiento de las enfermedades debe proveer la acción de la fuerza contraria a aquella cuyo exceso, o deficiencia, produce la enfermedad: frío contra calor, sequedad contra humedad (Córdoba-Palacio, 2008).

Empédocles 490-430 A. C. señalaba que los principios elementales del Cosmos eran fuego, aire, agua y tierra, que también son sustancias esenciales del cuerpo humano. Anaximandro había atribuido a estos elementos la cualidad de ser, caliente (fuego), frío (aire), húmedo (agua) y seco (tierra), pensaba que la diferencia era la proporción en que intervienen estos elementos en las plantas, los animales y los hombres, era la característica genérica que los identificaba. Pero con la particularidad de que aun entre ellos mismos hay algunas diferencias en la proporción de las esas sustancias. Este filósofo asigna al amor y al odio un papel importante, debido a que creía que la mezcla que une a los cuatro elementos se daba porque el amor ha dominado al odio. Pensaba que el amor es lo que mantiene

la cohesión y la armonía de las sustancias, pero cuando el odio predomina, la salud se altera por deficiencia de alguna de las sustancias (Vega-Franco, 2002).

Con base a las teorías de Pitágoras, la cultura Griega en el siglo 582-497 A. C., consideraba que el número marcaba el límite, el orden y la armonía del Cosmos. Pensaba que todo es número, todo es *armonía*: los hombres, los órganos y los miembros corporales. La *armonía* del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud. Y la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte (Córdoba-Palacio, 2008).

El esfuerzo de los filósofos para encontrar una explicación natural para cada fenómeno por medio de un método estructurado, se vio concretado por el trabajo de Hipócrates.

En 400 A. C. En el tratado "Sobre las aguas, vientos y lugares". El hombre es visto en su conjunto en el contexto de todas las coordenadas que constituyen el ambiente en que vive: las estaciones y sus cambios e influencias, los vientos típicos en cada región, las aguas características de los lugares y sus propiedades, las posiciones de los lugares y el tipo de vida de los habitantes. El pleno conocimiento de cada caso individual, depende del conocimiento del conjunto de todas esas coordenadas, lo que significa que, para comprender la parte, es preciso comprender el todo al que la parte pertenece. La naturaleza de los lugares y lo que los caracteriza incide sobre la constitución y aspecto de los hombres, y por tanto, sobre la salud y las enfermedades. El médico que quiere curar al enfermo debe conocer esas relaciones (Díaz y Gallego, 2005).

Gracias a lo desarrollado por Alcmeón de Crotona y a la madurez de la razón, *Hipócrates* penetra la Medicina a la era científica, al ver al hombre como una unidad psicofísica en estrecha relación con el medio natural, social y cultural concreto. *Hipócrates* y su escuela, no solo se limitaron a comenzar a dar a la Medicina el estatuto teórico de ciencia, sino también consiguieron con lucidez determinar la estatura ética del médico y la identidad moral que debe caracterizarlo. En su juramento se expresan ideas que podemos resumir así: respeto por sus profesores, discreción, fidelidad a la ética médica, considerar al paciente en toda su dimensión humana como un fin, un valor y ayudarlo en todo momento y nunca causarle daño (Díaz y Gallego, 2005).

Pólibo (a quien se atribuye el libro “De la naturaleza del hombre”, del *Corpus hipocraticum*) incorporó la vieja creencia de la participación de los humores corporales en el proceso de salud-enfermedad. Pensaba que el cuerpo humano contiene sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, estos elementos explican sus dolores y su salud. La salud es, el estado en el cual estas sustancias se encuentran, cada una, en su correcta proporción, en intensidad y cantidad, bien mezcladas. Sin embargo la enfermedad aparece cuando la cantidad de alguna se excede o hay deficiencia en la proporción de ella, o no se encuentra mezclada con las otras por estar separada del cuerpo (Vega-Franco, 2002).

En la Antigua Roma las figuras médicas más importantes fueron Asclepiades de Bitinia (124 o 129 a. C. – 40 a. C.), Celso y Galeno. El primero, abiertamente opuesto a la teoría hipocrática de los humores, desarrolló una nueva escuela de pensamiento médico, la **Escuela metódica**, basada en los trabajos de Demócrito,

y que explica la enfermedad a través de la influencia de los átomos que atraviesan los poros del cuerpo, en un anticipo de la teoría microbiana (Vega-Franco, 2002).

Con el comienzo de la era cristiana se desarrolló otra escuela médica en Roma: la Escuela Pneumática. Si los hipocráticos se referían a los humores líquidos como la causa de la enfermedad y los atomistas acentuaban la influencia de las partículas sólidas denominadas átomos, los pneumáticos veían en el *pneuma* (gas) que penetra en el organismo a través de los pulmones, la causa de los trastornos patológicos padecidos por el ser humano. Fueron seguidores de esta corriente de pensamiento Ateneo de Atalia o Areteo de Capadocia (Vega-Franco, 2002).

En la edad media, el estudio de la salud y enfermedad se interrumpió gracias a la caída de imperios y al surgimiento del catolicismo, resurgiendo el misticismo y prevaleciendo el teocentrismo.

En 1130, llegó a prohibirse a todo clérigo el estudio de cualquier forma de medicina, y en 1215 Inocencio III publica la encíclica *Ecclesia abhorret a sanguine* ("La Iglesia aborrece la sangre"): En ella, la Iglesia católica se reafirma en su firme oposición a todo derramamiento de sangre, incluido el derivado de la actividad quirúrgica (Romero, 2007).

En el siglo XIII Roger Bacon (1214-1294) anticipó en Inglaterra las bases de la experimentación empírica frente a la especulación. Su máxima fue algo así como "duda de todo lo que no puedas demostrar", lo que incluía a las principales fuentes médicas clásicas de información. En el *Tractatus de erroribus medicorum* describe hasta 36 errores fundamentales de las fuentes médicas clásicas. Pero tendrían que

pasar doscientos años, hasta la llegada del Renacimiento, para que sus ideas se pusieran en práctica (Romero, 2007).

Otro personaje sobresaliente de la medicina Andrés Vesalio, autor de uno de los libros más influyentes sobre anatomía humana, *De humani corporis fabrica (Sobre la estructura del cuerpo humano)*. Basó sus estudios anatómicos en la observación directa, rechazando algunos errores anatómicos presentes en la obra de Galeno, por lo que es considerado el fundador de la anatomía moderna. En 1561, encontrándose en Madrid fue juzgado por un tribunal de la Inquisición y condenado a muerte por haber iniciado una observación anatómica interna en un hombre vivo. Felipe II logró que le fuera conmutada la pena por una peregrinación a Jerusalén, pero durante el viaje de regreso su barco naufragó cerca de la isla griega de Zante, a donde le arrastraron las aguas y en la que murió, el 15 de octubre de 1564 (Romero, 2007).

El renacimiento, las guerras y las epidemias junto con la revolución industrial hicieron énfasis en el tratamiento de enfermedades, la conceptualización y globalización de la salud.

Con el renacimiento, se devolvió al razonamiento su estado protagónico, el arte y las ciencias se enfocaron en descubrir la verdad.

La creación de especialidades que fueron moldeándose desde el siglo XVIII debido a las guerras y a la expansión de los imperios europeos en áreas tropicales. Estas especialidades respondieron a las necesidades de los intereses políticos y económicos de las empresas coloniales: en los confines tropicales de esos imperios

se registraba en forma permanente una serie de nuevas enfermedades y formas de contagio desconocidas (Curto, 2008).

Los descubrimientos de Louis Pasteur sobre las bacterias centraron la atención sobre los agentes etiológicos más que en la relación hombre-ambiente. Tendencia que fue reforzada por los descubrimientos de Alexander Fleming sobre los bactericidas, el desarrollo del concepto de “causa específica” como fueron los postulados de Robert Koch para probar la causalidad y el perfeccionamiento de la óptica y la mecánica del microscopio a fines del siglo XIX, sentaron sobre otras bases la explicación del origen y naturaleza de las enfermedades. Así, la visión etiológica comenzó a circunscribirse más y más al microscopio. Estos triunfos de la medicina curativa parecieron dejar obsoleto el estudio de la salud desde el punto de vista del análisis de las interacciones entre el hombre y el ambiente, y así la búsqueda de las causas de las enfermedades se recluyó en los laboratorios (Curto, 2008).

Las definiciones que se han generado a lo largo del tiempo y estudios son utilizados según el contexto y las necesidades del concepto. A continuación presentemos algunas definiciones de Salud:

Bernard al definir la salud, en 1938 como “un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo. Y añadía, “no es, pues, el resultado de la interrelación pasiva entre las sustancias del organismo y los factores que pretenden romper la armonía con el medio externo, sino la respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan para establecer los ajustes para preservar la vida” (Bernard, 2005).

Dubos interpretó el concepto de salud en un sentido ecológico: pensaba que la vida implica la interacción y a la vez la integración de dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo. Por un lado el organismo, cuyas células, fluidos y estructuras tegumentarias están relacionadas entre sí mediante una compleja red de mecanismos de equilibrio, y por el otro, el medio externo está sujeto a cambios que acontecen en ocasiones de manera impredecible; muchos de estos cambios que ocurren en el ambiente externo pueden causar efectos dañinos en el hombre, por lo que en el organismo se generan cambios adaptativos para funcionar de manera eficiente y conservar la vida. Cualquier factor que rompa el equilibrio entre estos dos sistemas ecológicos puede ser causa de enfermedad (Dubos, 1989).

"La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros."...

John De Saint

Algunos han preferido utilizar la definición de salud como la "Ausencia de enfermedad". Gracias a la simplicidad de su definición. Estudiosos del tema indican que esta simplicidad limita al concepto, dejando fuera sus características dinámicas e integrales. Aparte de ser un concepto negativo.

En la búsqueda de dar atención a la necesidad de tener una definición integral y completa de la salud, se han desarrollado instituciones encargadas en buscar dichos objetivos. Ejemplo de ello es La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel

mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948 (Van Der Haar y Goelzer, 2001).

En acuerdo con la OIT (Organización Internacional del Trabajo) la OMS considera que salud debería ser “un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la usencia de enfermedad”. Donde “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, 1994, citado en Uribe, 2008).

La definición de salud propuesta por la OMS se considera la más completa porque engloba los diferentes aspectos del individuo.

Debido a que la salud no ocurre en un vacío; se presenta en un contexto conformado por constelaciones de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales, que involucran aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winnet, King y Altaman, 1989, citado en Uribe, 2008). En concordancia con los autores, uno de los lugares donde se puede tener acceso a la salud es el trabajo, siendo este una herramienta para el acceso de recursos, seguros, entre otros. En contraste, el trabajo también es un catalizador en la disminución de la salud, al contener factores ergonómicos, sociales, biológicos y psicológicos que afectan a los trabajadores, siendo el trabajo un escenario importante en el estudio de la salud.

Con base en lo anterior, en el siguiente apartado se profundizará sobre salud dentro del trabajo.

1.1 Salud Ocupacional

Ya desde Galeno e Hipócrates se tenía interés en el estudio de las enfermedades referentes al trabajo, pero no fue hasta el 4 de Octubre de 1633 nace en Capri, Italia el médico Bernardino Ramazzini quien es considerado como el «Padre de la Medicina del Trabajo» al escribir el libro titulado *De morbis artificum diatriba* (De las enfermedades de los trabajadores) en donde hace referencia en especial a las enfermedades de acuerdo con el tipo de trabajo que desempeñaban los enfermos (Moreno de la Colina, 2009).

Pese a esto, fue hasta el siglo XIX que se pone de manifiesto la relación entre trabajo y enfermedad. Gracias a los cambios políticos, comenzó a existir una mayor preocupación sobre la salud de los trabajadores, que dio como resultado la aparición de varias publicaciones sobre este tema, tales como las de Percival Pott, - primero en describir un cáncer profesional,- y de Charles Turner Thackrah, quien estudio varios tipos de enfermedades ocupacionales. En Inglaterra y Estados Unidos y bajo el liderazgo de pioneros como Alice Hamilton, se desarrollaron actividades verdaderamente preventivas. Se comenzaron a estudiar el ambiente y las practicas de trabajo con el objetivo de modificarlos y así, evitar los riesgos y proteger la salud de los trabajadores (citado en Van Der Haar; Goelzer, 2001).

Otras disciplinas a parte de la medicina empiezan a involucrarse en el tema de la salud ocupacional, ejemplo de ello es Federico Engels y Carlos Marx con sus estudios sociales.

Conforme se desarrolla el concepto de salud, los profesionales de diferentes disciplinas empiezan a especializarse en el tema de la salud ocupacional. Ejemplo de tal inserción es el higienista ocupacional, donde el "paciente" es el local de trabajo. Para "diagnosticar" el estado de salud del ambiente laboral se desarrollaron instrumentos como los equipos para cuantificar exposiciones, el uso de valores límites para la exposición y, lo más importante, la aplicación de estrategias sistemáticas para prevenir y controlar los riesgos.

En el año de 1919, en el marco de las negociaciones del Tratado de Versalles, se forma la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como un organismo especializado de las Naciones Unidas, cuya sede se encuentra en la ciudad de Ginebra, Suiza y se encarga de todas las cuestiones relativas al trabajo y las relaciones laborales (Moreno de la Colina, 2009).

Cuyo objetivo, de acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995, "la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar

el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad" (OIT, 2003, citado en Gómez, 2007).

En acuerdo con los objetivos, los profesionales de diferentes disciplinas han enfocado sus estudios en las prácticas y objetivos de la salud ocupacional, ejemplo de ello son:

Medicina: La medicina del trabajo se encarga de las medidas preventivas específicas en los lugares de trabajo, diagnósticos, vigilar la epidemiológica laboral, rehabilitaciones, reincorporaciones laborales para que no haya secuelas permanentes en los trabajadores, evitar que haya indemnizaciones y pensiones por daños irreversibles a la salud (Sánchez - Román, 2009).

Psicología: Dentro de este campo se encuentran los especialistas en psicología laboral, social y organizacional las cuales se dedican al análisis de la conducta humana dentro del contexto de una empresa y durante el desarrollo del trabajo. También analiza el comportamiento en entidades civiles o gubernamentales que se encargarán de los padecimientos dentro del área no sólo física sino mental (Moreno de la Colina, 2009).

Enfermería: Este equipo profesional hará gran labor como promotor de la salud implementando acciones educativas en esta materia dentro de lo que se conoce como salud pública y ocupacional (Moreno de la Colina, 2009).

La enfermería del trabajo es una especialidad de la enfermería que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del

puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla. Las funciones del Enfermero del trabajo se agrupan en seis ámbitos de actuación donde algunas son estrictamente sanitarias y otras se realizan conjuntamente y de forma coordinada con otros profesionales: 1) Vigilar la salud, 2) asistencia sanitaria y urgencias, 3) Prevención de riesgos laborales, 4) educación y promoción de la salud de los trabajadores, 5) Gestión y planificación de la actividad preventiva y 6) Formación continua e investigación (González, 2011).

Sociología: En este campo estarán los especialistas dedicados a proponer acciones encaminadas a la reducción de los riesgos dentro de los aspectos sociales (Moreno de la Colina, 2009).

Además de investigar las formas de asociación, comunidad, división, las organizaciones, las técnicas del trabajo, de igual forma también sus estructuras sociales y relaciones de poder. Su objetivo es intentar contrarrestar un concepto de trabajo social, estrictamente orientado al hecho de trabajar, o enfocado a aspectos fisiológicos y psicotécnicos, que equipara al trabajador como instrumento de trabajo con otros instrumentos, aparatos o materiales, o equiparar trabajo con sueldo o capital. La sociología del trabajo abarca también la satisfacción o malestar en el trabajo, la movilidad laboral, el paro, la valoración o la desvalorización del trabajo, el status laboral y los conflictos laborales (Vink, 2002).

Ingeniería: los especialistas en higiene industrial, así como de la prevención de riesgos, serán los que adopten las medidas organizacionales y técnicas que sean útiles para la reducción de los riesgos de enfermedades profesionales, como de accidentes del trabajo, de igual forma analiza los factores vinculados a la producción de bienes y servicios. Revisando el diseño, la planeación, el control y la

optimización del proceso industrial, sin descuidar los distintos aspectos técnicos, económicos y sociales (Moreno de la Colina, 2009).

Ergonomía: Esta especialidad estudia las características, necesidades, capacidades y habilidades de los seres humanos, analizando aquellos aspectos que afectan al entorno artificial construido por el hombre relacionado directamente con los actos y gestos involucrados en toda actividad que éste realiza (Moreno de la Colina, 2009).

De una forma más específica se podría definir como un cuerpo de conocimientos acerca de las habilidades humanas, sus limitaciones y características que son relevantes para el diseño de los puestos de trabajo. El diseño ergonómico es la aplicación de estos conocimientos para el diseño de herramientas, máquinas, sistemas, tareas, trabajos y ambientes seguros, confortables y de uso humano efectivo.

Esta disciplina cuenta con dos ramas: una se refiere a la ergonomía industrial, que se concentra en los aspectos físicos del trabajo y capacidades humanas tales como fuerza, postura y repeticiones de movimientos. Y una segunda rama se refiere a los factores humanos orientada a los aspectos psicológicos del trabajo como la carga mental y la toma de decisiones.

Según la definición oficial que el Consejo de la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA, por sus siglas en inglés) adoptó en agosto del 2000 estudia la relación del ser humano con su entorno (Guillén, 2006).

Todas estas áreas de trabajo sirven de gran apoyo para el desarrollo de la salud laboral y existen muchas otras también involucradas como la Economía, el Derecho,

la Educación y muchas más, pues como ya se dijo, «la salud laboral debe ser estudiada desde un campo multidisciplinario» (Moreno de la Colina, 2009).

El desarrollo que tuvo la salud ocupacional cuyo auge fue la revolución industrial y la Segunda Guerra Mundial, ha propiciado que disciplinas como la psicología ocupacional desarrollen más estudios que apoyen a dar prevención, detección y tratamiento a la salud de los trabajadores y sus familias

1.2 Psicología de la Salud Ocupacional (PSO)

Matarazzo (1980) Definió a la psicología de la salud como “el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (citado en Uribe, 2008).

Para el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), la Psicología de la Salud Ocupacional se ocupa de la “aplicación de la Psicología a la mejora de la calidad de vida laboral y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores” (Restrepo, 2006).

Pero es en la década de los 90´ cuando la psicología de la salud ocupacional, emerge como una especialidad de la psicología (Barling & Griffith, 2003, citado en Gómez, 2007).

La Psicología de la Salud Ocupacional utiliza una noción amplia de salud mental ocupacional que no sólo incluye el bienestar afectivo de los empleados, sino

también aspectos cognitivos, motivacionales y conductuales. Y no se centra únicamente en el estudio de los empleados en grandes empresas sino que también aborda el análisis del desempleo y la interferencia trabajo-familia, es decir, que va más allá del estudio de los conceptos clásicos de la gestión de recursos humanos y se adentra en temas emergentes como es la necesidad de vincular la vida laboral con la familiar (Restrepo, 2006).

Por último, la Psicología de la Salud Ocupacional es una disciplina científica pero, también, una profesión con aplicaciones a la gestión del área de recursos humanos, que intenta por una parte, comprender los procesos psicológicos y por otra, busca mejorar la salud ocupacional, la seguridad y el bienestar de los empleados, lo que se verá reflejado en una mayor eficacia organizacional (Restrepo, 2006).

A partir de la psicología de la salud ocupacional surge una nueva psicología de la salud ocupacional llamada positiva, debido que la otra psicología solo se centraba en las enfermedades o tratar de componer una situación mal en las organizaciones. Ahora la psicología de la salud ocupacional positiva se encarga de ver las cosas buenas de los empleados y las organizaciones.

Se puede definir la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva como el estudio y la aplicación de las condiciones y procesos que contribuyen al funcionamiento óptimo en el lugar de trabajo. Promueve la salud en el trabajo y el desarrollo de los trabajadores, y examina cómo los fenómenos positivos como las fortalezas,

virtudes, recursos personales, pueden ser utilizados como protección frente a los riesgos laborales (Bakker, 2012).

En primer lugar, resulta evidente que el funcionamiento normal de las personas en el trabajo no puede ser explicado utilizando marcos de referencias negativos o centrados en los problemas. En segundo lugar, centrarse en cuestiones positivas también puede ayudar a prevenir o disminuir los daños y riesgos en el lugar de trabajo (Bakker, 2012).

En algunas investigaciones se ha demostrado que los recursos laborales no solo promueven el bienestar, sino que también protegen la salud física y psicológica. Por ejemplo, Demerouti y cols. encontraron que los recursos laborales, tales como el apoyo social de los compañeros, una buena relación con el supervisor y una adecuada retroalimentación sobre el desempeño, amortiguan el impacto de las demandas laborales sobre el Burnout (Bakker y Rodríguez, 2012).

1.3 Objetivos de la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO)

La PSO plantea como foco de la intervención primaria, la identificación y desarrollo de ambientes de trabajo saludables y la identificación de factores de riesgo potenciales. En el segundo nivel, las intervenciones se dirigen a los individuos o grupos que están en riesgo; se sugiere el rediseño de ambientes y puestos de trabajo. La intervención terciaria se dirige hacia aquellos casos en que los individuos sufren las consecuencias de los accidentes del trabajo y las enfermedades laborales. En este nivel se busca contribuir a una aproximación multidisciplinaria,

para restaurar la salud del individuo, modificando aquellos factores que dieron lugar al problema de salud (Tetrick & Quick, 2003, citado en Gómez, 2007).

Se hace énfasis en la promoción y prevención de la salud, con el fin de disminuir los costos que se generan por enfermedades e indemnizaciones entre otros. Ya que según datos los costos económicos a nivel empresarial, nacional y global relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo son colosales. La Organización Internacional del Trabajo —OIT— (2005) calcula que las pérdidas debidas a indemnizaciones, días de trabajo perdidos, interrupciones de la producción, formación y reconversión profesional y gastos médicos, entre otros aspectos, representan el 4 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial (1.251.353 millones de dólares estadounidenses). Cada año mueren dos millones de hombres y mujeres por culpa de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. En todo el mundo se producen anualmente 270 millones de accidentes de trabajo y 160 millones de enfermedades profesionales (OIT, 2003, citado en Gómez, 2007).

Con base en los objetivos de la psicología de la salud ocupacional, en los últimos años se ha estudiado el estrés por sus efectos en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona. Con el fin de dar prevención y tratamiento.

Otro que ha ocupado a la Psicología de la Salud Ocupacional es el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), considerado como un fenómeno esencialmente social en el que la principal característica es una respuesta al estrés

crónico en el ámbito laboral (Felton, 1998, citado en García, Gutiérrez y Ruiseñor 2008), cuyas consecuencias afectan al trabajador y a la empresa según al nivel en que se encuentre el desgaste.

En los siguientes capítulos se desarrollaran las definiciones, modelos y vertientes del estrés y del Síndrome de Desgaste Ocupacional considerando los objetivos principales de la Psicología de la salud ocupacional.

Capítulo 2

Estrés

Facultad

de Psicología

2. Estrés

Todo ser humano en la actualidad se ve afectado o sometido a demandas internas o externas en la vida diaria, que reclaman una respuesta a nuestro organismo, dichas demandas se pueden percibirse como amenazantes o nocivas, en las cuales se producen cargas emocionales fuertes, sentimientos y cargas de tensión. Esto es lo que conocemos como estrés.

El tema del estrés ha sido de interés y preocupación por diferentes científicos de la conducta humana, porque sus efectos se presentan tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral, académico de la persona.

Los principales síntomas del estrés son el nerviosismo, la irritabilidad, las contracturas musculares y el agotamiento físico y psicológico (Mañas, I., Justo, C., 2011).

Según Gutiérrez J., (1998, citado en Vega, 2010) el término “stress” es de origen anglosajón. Significa “tensión, presión, coacción”.

Durante lo largo de la historia el concepto estrés sea ido incorporando en diferentes disciplinas como, en el campo de la física y de la ingeniería en el siglo XVII por Robert Hooke, quien intentaba definir las características de resistencia (presión ejercida sobre cualquier unidad que la lleva a su deformación o al rompimiento de los materiales) para la construcción de puentes y otras estructuras (Luna, 2011).

Claude Bernard (1867) sugirió que cambios externos en el medio ambiente podrían alterar al organismo y que para mantener un ajuste apropiado al enfrentar tales cambios, era necesario que el organismo lograra estabilidad de su medio interno. Estudiar las consecuencias que el organismo tiene al ser sometido a presiones externas fue una de la prioridades de Bernard, a dicho fenómeno es al que se refería Selye años más adelante con el estrés (Luna, 2011).

Sin embargo el termino estrés fue incorporado al contexto de las ciencias de la salud por el médico austriaco Hans Selye en el año de 1936 para hacer referencia a la suma de cambios generales y específicos que se producen en el organismo a determinados estímulos externos (1997, citado en Zúñiga, 2008).

En 1939 Cannon adoptó el término estrés, introducido por Selye, para referirse a los factores que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos a los cuales definió como “niveles críticos de estrés” (Sánchez, 2007, citado en Luna, 2011).

En la Segunda Guerra Mundial permitió que la comprensión del estrés en los soldados se amplíe de solo una comprensión neurológica a una comprensión psicológica del fenómeno. Y que fuera aplicable a muchas situaciones de la vida cotidiana. A partir de entonces diversas materias la utilizaron para dar explicación a los fenómenos específicos.

Prueba de eso fue el reconocimiento que Lazarus y Lazarus (2000) señalan que dicha idea propuesta por Robert Hooke tenía también un valor para los psicólogos ya que esta capacidad de los materiales era aplicable y explicativa al

hablar de la capacidad que las personas tienen para soportar el estrés y las situaciones problemáticas (Luna, 2011).

2.1 Definición de Estrés

A partir de que se tuvo un concepto para representar el fenómeno, las diferentes disciplinas y sus áreas empezaron a definir el estrés.

Desde el punto de vista médico el estrés es el proceso en que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa de un organismo, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden situar a las personas en riesgos de enfermedades (Cohen, Kessler y Gordon en Levi, 2003, citado en Espejo y Martínez, 2011).

En biología el estrés es definido como el proceso o mecanismo general con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla.

Selye citado en Gil y López (2004), define el estrés como el precio pagado por el desgaste del organismo, el cual se expresa mediante; cansancio, nerviosismo o malestar. Inicialmente el estrés es un proceso natural, el cual se produce para adaptarse al cambio del entorno.

Hall (1988, citado en Barajas, 2010) define el estrés como respuesta de adaptación a demandas dispares, agradables o desagradables, que pueden tener

efectos patológicos que se expresan en síntomas inespecíficos o en enfermedades psicosomáticas y trastornos psíquicos.

Entre las áreas que tienen al estrés como objeto de investigación, se advierten similitudes metodológicas, pero con diferencias en el orden teórico, conceptual y en los niveles de análisis.

Travens y Cooper (1997) mencionan tres formas de entender el estrés:

- a) Definiciones del estrés basadas en los estímulos: las cuales radican en que el estrés es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- b) Definición basada en la respuesta: es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante el estresor ambiental, en la cual el estresor puede consistir en un evento externo o en una situación, ambos potencialmente dañinos.
- c) Definición basada en el concepto estímulo – respuesta: es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo (Espejo y Martínez, 2011).

En psicología existen diferentes tipos de enfoque que estudian el estrés y cada uno de ellos aunque con rasgos idénticos presentan al estrés de acuerdo a su ideología.

- Enfoque psicosomático: Es derivado del psicoanálisis, alude a la especificidad emocional. En este enfoque conceptualiza al estrés como un conjunto de situaciones que pueden ser percibidas como amenazantes por

arte del individuo, pone la atención en la valoración que el individuo le otorga a tales condiciones amenazantes (Ramírez, 2008).

- Enfoque biopsicosocial: con origen en la investigación fisiológica y que considera al estrés como una perturbación de la homeostasis provocada por los agentes externos e internos, pero que en la práctica pone mayor atención en los efectos biológicos que se supone generan los agentes externos (Ramírez, 2008).
- Enfoque psicosocial y organizacional: de acuerdo a la idea (original) de Selye, se concibe al estrés como la respuesta que da el cuerpo ante estímulos internos o externos en su intento por adaptarse (Ramírez, 2008).

2.2 Teorías Sobre el Estrés

El estrés provoca consecuencias importantes para el ser humano y se ven más vulnerables las mujeres, que los hombres. Los niveles altos de estrés pueden afectar negativamente el bienestar físico y emocional de las personas, desencadenando problemas de ajuste social, familiar, afectivo, de salud y profesional (Cabrera, 2009).

Cuando se afecta el ámbito social existe una tendencia al aislamiento, además de la presencia de conflictos interpersonales. En lo familiar, las reacciones del estrés del individuo pueden comprometer la salud física y mental de todos los miembros de la familia. Y las consecuencias del área profesional, se observa ausentismo, retrasos, desempeño insatisfactorio, baja de la productividad,

problemas en las relaciones interpersonales. Además de tener en cuenta que actualmente el trabajo y el ambiente laboral pueden constituir importantes factores generadores de estrés. Y se considera de gran importancia saber enfrentarlos, para poder volverlo positivo para el bienestar físico y la calidad de vida (Mañas, 2011).

El proceso del 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 individuo 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 (Barreto, 2011).

2.2.1 Teoría transaccional del estrés

En la teoría transaccional, se considera que el estrés no es exclusivamente un evento externo, del cual el sujeto es víctima; por el contrario, el estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él

mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Dentro de la perspectiva transaccional del estrés, la evaluación cognitiva representa un aspecto central en la explicación del estrés; la evaluación es un proceso universal mediante el cual, las personas valoran constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal. La teoría de Lazarus y Folkman distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada transacción (o encuentro) con algún tipo de demanda externa o interna, y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio; esta última no induce reacciones de estrés. La evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación.

La reevaluación implica una retroalimentación y permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores (González y Landero, 2006).

2.2.2 El modelo procesual del estrés de Sandín

Este modelo, en el que se hace énfasis en los síntomas, postula que en presencia de estresores, una persona puede o no percibir estrés, en función de la valoración que hace el individuo de sí mismo (autoestima y autoeficacia), del apoyo social que percibe y de la valoración de la situación (como amenazante, desafiante o de daño o pérdida). Además, en este modelo se considera que las variables sociodemográficas pueden estar asociadas a la percepción de estrés y a los síntomas psicósomáticos. Cuando el sujeto percibe algún grado de estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas (síntomas psicósomáticos, tales como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza

o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión). Asimismo, se plantea la posibilidad de que las respuestas emocionales y conductuales tengan algún efecto sobre los síntomas, ya que estas relaciones se han comprobado en otros estudios (González y Landero, 2006).

En base a lo anterior, Sandín (1995, 1999) propone un modelo procesual de 7 etapas que se resume en la figura 2. El modelo presenta en primer lugar las *demandas psicosociales*, que corresponden a los estresores tanto ambientales como psicosociales, en un segundo momento se considera la *evaluación cognitiva*, que se refiere a la valoración que hace el individuo con respecto a la situación, este componente del modelo de Sandín, corresponde a la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman. Posterior a la evaluación cognitiva se presenta en el modelo la *respuesta de estrés*, que incluye las respuestas tanto fisiológicas como emocionales y conductuales (afrentamiento), producto de la valoración de la situación como estresante o no. Los esfuerzos cognitivos o conductuales que el sujeto hace para hacer frente a las demandas estresantes se refieren a las *estrategias de afrontamiento*, Sandín (1999) indica que es ésta en realidad la última etapa del proceso de estrés; posterior a esta etapa incluye en el modelo procesual del estrés tanto las *variables sociales* como las *disposicionales*, debido a la evidencia reciente de la relación de estas variables con los procesos relacionados al estrés. Y por último, el *estatus de salud*, que es el resultado del proceso de estrés y dependerá de lo que suceda en las etapas anteriores (González y Landero, 2006).

Distrés. Se puede conceptualizar como el estrés desagradable que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga, generalmente va acompañado de un desorden fisiológico (Espejo y Martínez, 2011).

Bensabat (1994, citado en Benítez y Moreno, 2007) menciona que este término se emplea para referirse a las situaciones en las que el organismo no dispone de recursos de dominio psicológico o biológico para enfrentar la amenaza o estímulo aversivo, con lo que se pone en peligro el equilibrio energético del organismo.

Eustrés. Pose (2005, citado en Espejo y Martínez, 2011) define el eustrés como un estado en el cual las respuestas de un individuo ante las demandas externas están adaptadas a las normas fisiológicas del mismo. Es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo y del interno no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse las situaciones, e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello, el eustrés permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso.

Bensabat (1994, citado en Benítez y Moreno, 2007), menciona que la mayoría de las veces, las respuestas del organismo se hacen en armonía, con la mayor naturalidad y sin consecuencias, ya que están adaptadas a las normas fisiológicas de organismo.

Figura 3. La curva de la función humana



Diagrama del American Institute of Stress (AIS s/a, trad. libre). Adaptado de: Nixon, P: Practioner (1979), por Zavala, 2008).

2.4 Estresores

Palmero y cols. (2002, citado en Luna, 2011) señalan que existen diferentes cambios significativos en la vida de las personas, que pueden generar efectos tanto positivos como negativos, estos factores que producen cambios se les puede denominar estresores.

2.4.1 Tipos de estresores

a) Estresores según su fuente

Existen dos fuentes que provocan el estrés, los cuales son; internos y externos.

Los estímulos internos son aquellos que forman parte del individuo, como sus cogniciones y su modo de ver el mundo.

Los externos que son acontecimientos de la vida diaria de la persona. Lo que determina si desarrollas estrés excesivo o no, son las relaciones entre los estímulos internos y los externos, además de las estrategias de enfrentamiento del individuo que se tengan (Naranjo, 2009).

b) Estresores según su naturaleza

Psicosociales; Estos son cambios mayores, se refieren a los cambios altamente drásticos en las condiciones de vida, los cuales afectan a un gran número de personas.

Vitales; sólo afectan a una persona o unas cuantas y que generan diferencias significativas en la vida de los sujetos.

Cotidianos, se refieren a una saturación de molestias o de incomodidades propias de la cotidianidad.

c) Biogénicos

Son estresores que actúan de manera directa y generan así una o varias respuestas de estrés sin que se pueda hacer mucho por mediarlas. Estos estresores no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos (Palermo y col. 2001, citado en Luna, 2011).

d) Laborales

El estrés es un fenómeno común en el trabajo, debido a las exigencias y competencias que exigen los modelos de las empresas y la nueva tecnología.

2.5 Consecuencias del Estrés

Las consecuencias del estrés pueden ser desde mínimas y manifestarse a través del aumento cardiaco, o tan graves que pueden provocar la muerte prematura.

a) Fisiológicas.

Según Pierre en 1986, citado en Vega (2010) el organismo sometido fuertemente al estrés empieza a manifestar síntomas tales como el aumento de la tensión arterial, problemas respiratorios, dolores de cabeza y niveles elevados de colesterol.

b) Psicológicas.

Los síntomas psicológicos anteceden a los fisiológicos. Entre los síntomas que se manifiestan se encuentran la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la fatiga y la insatisfacción en el trabajo (Vega, 2010).

c) Organizacional.

A pesar que el estrés se deba a factores fuera del trabajo, el estrés tiene efectos en la organización, al presentar el individuo irritabilidad, fatiga y altos niveles de ausentismo, que dan como resultado baja productividad produciendo una empresa no sana con mala calidad e insatisfacción para el cliente interno y externo.

En el apartado siguiente se profundiza en los estresores y consecuencias del estrés laboral.

2.6 Estrés Laboral

A lo largo del siglo XX el estrés laboral se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia al trabajo y a la actividad laboral. Así, más de la cuarta parte de los trabajadores de la unión europea presentan estrés laboral (Izquierdo, 2005, citado en Espejo y Martínez, 2011).

Por lo anterior, organizaciones e investigadores de la salud y del trabajo, han trabajado en la definición del estrés laboral y las vertientes de éste.

2.7 Definición de estrés laboral

La Organización Mundial de la Salud define el estrés laboral como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (Gutiérrez, 2006, citado en Espejo y Martínez, 2011).

Peiró, J. M. (2001, citado en Mendoza, 2007) definió el estrés laboral como el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.

Daft y Steer (1992, citado en Hernández, 2003), mencionan que el estrés laboral puede ser definido como la reacción que tienen las personas ante característica del ambiente que los rodea. Y citan que desde el punto de vista gerencial, abarca dos tipos de estrés: 1) la frustración, entendido ésta como la capacidad interna o externa para lograr una conducta orientada hacia una meta; 2) la ansiedad, que es el sentimiento de incapacidad para enfrentar un daño anticipado.

Así como las fisiológicas y psicológicas el estrés laboral es un continuo de las dimensiones del estrés, por lo tanto no es una enfermedad, ninguna de las principales clasificaciones diagnosticas de los trastornos mentales de la OMS y APA, contemplan criterios para diagnosticar una enfermedad llamada estrés laboral (Espejo y Martínez, 2011).

2.8 Modelos de Estrés Laboral

Modelo demanda-control del trabajo DCT (Karasek, 1979).

Tiene un enfoque sociológico que se basa en las características presumiblemente objetivas del trabajo para establecer una tipología de cuatro grupos basada en las dimensiones de control sobre el trabajo y demandas psicológicas del mismo (Ramírez, 2008).

Modelo demanda-control-apoyo del trabajo DCAT (Johnson y Hall, 1988).

Este modelo amplía el anterior al incluir el apoyo social como variable moderadora, tiene como hipótesis, que los empleados que trabajan con altas demandas, bajo control y bajo apoyo en el trabajo experimentan el más bajo bienestar (Ramírez, 2008).

2.9 Tipos de estrés laboral

Según Slipack existen dos tipos de estrés laboral.

Episódico. Es aquel que ocurre momentáneamente, es el estrés que no se posterga por mucho tiempo y luego de que se enfrenta o se resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron.

Crónico. Es aquel que se presenta varias veces o frecuentemente cuando un trabajador se somete a las siguientes situaciones:

- Ambiente laboral inadecuado

- Sobrecarga de Trabajo
- Alteración de ritmos biológicos
- Responsabilidades y decisiones muy importantes

2.10 Estresores Laborales

Un estresor es cualquier agente que la persona percibe como una amenaza o como algo del entorno que supera su capacidad de respuesta. Los estresores descritos más habitualmente en el ámbito laboral están relacionados, entre otras, con las características de la tarea (ritmo de trabajo, repetitividad, sobrecarga de trabajo, etc.), con la estructura de la organización (ambigüedad y conflicto de rol), con las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo (estilo de mando, relaciones con los iguales, etc.)

Estos estresores se categorizan de la siguiente forma:

2.10.1 Estresores Individuales

Están orientados a la percepción del trabajador a:

a) Sobrecarga de trabajo:

La sobrecarga o estrés por sobre estimulación puede ser objetiva o subjetiva, de acuerdo con la valoración y las características de las personas.

Se considera sobrecarga de trabajo el ejercer responsabilidades importantes, es decir responsabilidad por la tarea o las decisiones de otro, que aquellas que solamente se responsabiliza por objetos o por la realización de su tarea.

b) Conflicto de roles:

El conflicto de roles puede ser subjetivo u objetivo. Es objetivo cuando existen dos o más personas dando órdenes contradictorias. Es subjetivo cuando existe una contradicción entre las órdenes formales que reciben los empleados y sus propios valores y metas.

c) Ambigüedad de roles

Se refiere a la falta de claridad sobre el papel que se está desempeñando, los objetivos del trabajo individual o el alcance de las responsabilidades.

d) Discrepancias con las metas de la carrera laboral

Las Discrepancias con las metas de la carrera laboral están dadas por la falta de seguridad laboral, las dudas sobre los ascensos y las legítimas ambiciones frustradas.

2.10.2 Estresores Grupales

Falta de cohesión grupal

Conflictos intragrupal

Conflictos intergrupales

Apoyo inadecuado del grupo

2.10.3 Estresores organizacionales

El estresor esta relacionado a la estructura de la organización

a) Clima de la organización

El concepto de clima organizacional es la cualidad o propiedad del ambiente de la organización que: 1) perciben o experimentan los miembros de la organización y 2) influye en su comportamiento (Chiavenato, 2011).

Pone atención a lo Interno y Externo:

Clima organizacional: coloca énfasis en la uniformidad, la coordinación, la evaluación, la eficiencia interna, la lógica de la organización interna y la estabilidad. La motivación se centra en alcanzar la seguridad y orden mediante el establecimiento y el cumplimiento de las normas.

Clima racional: coloca la atención en la productividad, el desempeño y los avances respecto al logro de objetivos bien definidos. La motivación principal estriba en la competencia y logro de metas.

Por lo tanto el carácter u atmósfera particular de su esquema productivo. El clima condiciona la conducta de los individuos que la integran y viceversa.

b) Estilos gerenciales

Pueden estar determinados por estructuras rígidas e impersonales, por una supervisión o información inadecuada, por la imposibilidad de participar en las decisiones.

c) Tecnología

Es de alto valor estresante la disponibilidad con que la organización dota a sus empleados de los elementos necesarios para el uso de la tecnología respectiva. Los recursos deben ser acordes con los requerimientos y exigencias laborales.

d) Diseño y características de los puestos

Cuando el puesto no está estructurado, la falta de claridad provoca incertidumbre e insatisfacción.

e) Fechas topes no racionales

El impacto que produce el establecimiento de metas inalcanzables en los tiempos prefijados para ello (Mendoza, 2007).

Para Martínez (2004, citado en Barajas, 2010) las seis fuentes típicas de estrés laboral son:

- I. Condiciones físicas del trabajo;* como la temperatura, la pureza del aire, el espacio físico, la luminosidad, el ruido o las derivadas del mobiliario o de las máquinas o instrumentos del trabajo. Las condiciones físicas de trabajos son uno de los aspectos más evidentes a la hora de evaluar las fuentes de estrés.
- II. Distribución temporal del trabajo, y la velocidad a la que se completa;* La exigencia continua de completar tareas en un tiempo limitado o escaso es un importante factor de estrés. Dependiendo del empleo el trabajador

tiene más o menos flexibilidad para ordenar temporalmente los procesos o las tareas que pueden hacer y administrar las pausas.

III. La demanda o carga de trabajo; es una de las fuentes más frecuentes de estrés. Puede tratarse de una demanda excesiva, hablando en términos de cantidad de trabajo o una demanda relacionada con la calidad del mismo. La carga cuantitativa es equiparable al estrés cotidiano (estar fatigado). La sobrecarga de trabajo cualitativa es más difícil de evaluar, está relacionada con las necesidades de formación y habilidades para ejecutar la tarea, el manejo de la información adecuada, las decisiones y sus consecuencias.

IV. Nivel ocupacional; está relacionado con las demandas o exigencias del rol, del cual es su papel en la empresa, de lo que tienen o de lo que no tienen que hacer, o de dónde termina el ámbito de su responsabilidad. La falta de definición de las tareas a realizar lleva a la ambigüedad de rol, de forma que el empleado no sabe que hacer o que se espera de él porque no tiene la información suficiente.

Sloan y Cooper (1987, citado en Martínez, 2004) el estrés derivado del rol se relaciona con la expectativas interpersonales. La ambigüedad o información insuficiente, la falta de claridad o de transparencia en un factor de estrés (González, 2011).

V. Las relaciones sociales en el trabajo; Las relaciones personales son muy importantes, y dentro de ellas destacan los conflictos personales como factor de estrés. El factor social más importante es la falta de comunicación o el apoyo del superior o supervisor. A veces se

manifiesta en la falta de reconocimiento o valoración de las tareas hechas cuando estas exigen esfuerzo especial. En otros casos la fuente de estrés laboral es un excesivo entrometimiento o crítica a la labor del trabajador.

VI. *Clima laboral y estructura de la organización*; determina procesos internos de trabajo y de funcionamiento. Puede influir hasta cierto punto en la satisfacción laboral y en prevenir y aliviar el nivel de estrés de los trabajadores. Algunos factores que influyen son:

- Tamaño de la organización
- Tipo de negocio, actividad
- Estrategia general
- Cultura corporativa
- Historia y antecedentes corporativos de trato al empleado

2.11 Características Personales

Numerosas investigaciones han demostrado que existe una influencia de ciertas características personales en la producción de estrés, haciendo que aumente la vulnerabilidad de estos sujetos ante determinadas situaciones o demandas.

Personalidad tipo A: personalidad característica que se manifiesta en ciertos sujetos con un interés desmesurado por la perfección y por el logro de metas elevadas, implicación muy profunda con su profesión, que lleva el desarrollo de

grandes esfuerzos, a una tensión constante, incapacidad de relajarse y preocupación constante por el tiempo. Estos sujetos son activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes (Espejo y Martínez 2011).

Personalidad tipo B: es exactamente lo opuesto a la personalidad tipo A. Los individuos con esta personalidad “nunca son arrastrados por el deseo de obtener un número interminablemente creciente de cosas o de intervenir en una serie mayor de sucesos en plazos cada vez, más breves” (Espejo y Martínez 2011).

Dependencia: las personas poco autónomas toleran mejor un estilo de mando autoritario y un ambiente laboral muy normalizado y burocrático, tienen más problemas en situaciones que implican tomar decisiones o cualquier tipo de incertidumbre y ambigüedad que las personas independientes.

Ansiedad: las personas ansiosas experimentan mayor nivel de conflicto.

Introversión: los introvertidos reaccionan más intensamente que los extrovertidos, ya que son menos receptivos al apoyo social.

Rigidez: las personas rígidas presentan un mayor nivel de conflicto y requieren mayor esfuerzo adaptativos, que las personas flexibles.

La formación, destreza y conocimientos adquiridos: la experiencia y la capacidad intelectual y física, tienen capital importancia como fuente de estrés.

2.12 Consecuencias del Estrés Laboral

Las consecuencias del estrés se pueden percibir en diferentes niveles; la dimensión personal, la laboral y la social. Las primeras son producto de las situaciones cotidianas y, por lo mismo, pudieran pasarse por alto al considerarlas como «normales». Sin embargo, el estrés laboral puede llegar a aportar otro tipo de manifestaciones que en caso de ser más constantes y recurrentes constituyan por demás un riesgo inminente para la salud.

En lo laboral, la calidad y eficiencia no solo depende de la capacitación, motivación y competencias; puede verse afectada o beneficiada, según sea el caso, con trabajadores enfermos o sanos, es decir, que la salud ocupacional física y psicológica afecte directamente a la productividad mediante la salud mental (OIT, 2000, citado en Uribe y Cols., 2008). En acuerdo con lo anterior, un trabajador con estrés afecta a nivel organizacional, la productividad.

Por último las consecuencias del estrés a nivel social fuera de la organización son: las repercusiones de la vida familiar, problemas conyugales. Mientras que las consecuencias sociales dentro de la organización son: celos profesionales y falta apoyo a sus compañeros de trabajo, jefes y/o subordinados.

En forma de resumen, en la tabla 1 se categorizan los factores que causan estrés laboral.

Tabla 1. Factores causantes del estrés laboral

Factores causantes del estrés laboral		
Causas	Factores influyentes	Consecuencias posibles
Condiciones de Trabajo	Sobrecarga cuantitativa de trabajo. Sobrecarga cualitativa de trabajo. Decisiones comunes. Peligro Físico. Trabajo por turnos.	Fatiga física o mental. Agotamiento del sistema nervioso. Irritabilidad. Tensión nerviosa.
Papel desempeñado	Ambigüedad de los papeles. Sexismo. Hostigamiento sexual.	Ansiedad y tensión nerviosa. Disminución del rendimiento.
Factores interpersonales	Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social. Rivalidades Políticas. Celos profesionales. Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización.	Insatisfacción profesional. Tensión nerviosa. Hipertensión.
Progresión profesional	Avance demasiado lento. Avance demasiado rápido. Seguridad del empleo. Ambiciones frustradas	Baja de la productividad. Pérdida de la confianza en sí mismo.
Estructura orgánica	Estructura rígida e impersonal. Discusiones políticas. Una supervisión o formación inadecuadas. Imposibilidad de participar en la toma de decisiones.	Irritabilidad e ira. Insatisfacción profesional. Pérdida de motivación. Baja productividad.
Relación hogar-trabajo.	Repercusiones de la vida laboral en la familia. Falta de apoyo del cónyuge. Pelear domésticas. Estrés provocado por una doble carrera.	Conflictos psicológicos y fatiga mental. Falta de motivación y disminución de la productividad. Recrudescimiento de las peleas domésticas.

Fuente: Cooper, 1991, citado en Espejo y Martínez, 2011.

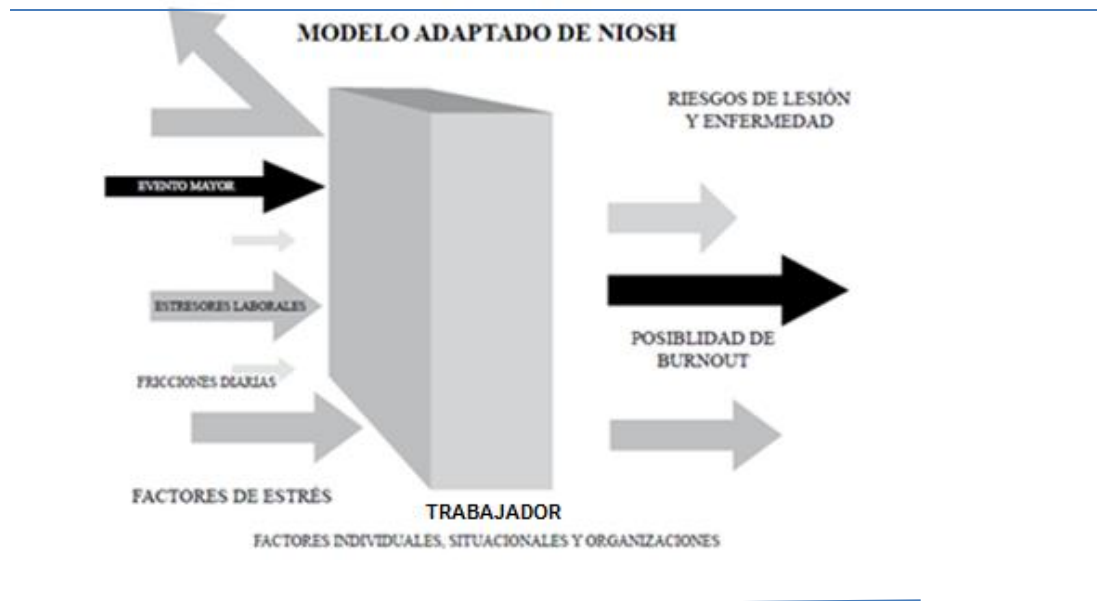
2.13 Diferencias entre Burnout y Estrés

Es muy común que las personas confundan el estrés laboral con el burnout, debido a que son términos que se relacionan y que sus características pueden llegar a confundirse si no se cuenta con la información necesaria, pero son términos diferentes.

De acuerdo con los objetivos de la psicología de la salud ocupacional vistos en el capítulo anterior, las consecuencias para el trabajador y la salud organizacional, es importante tener la clara diferenciación de los que esos dos conceptos, para dar un diagnóstico y tratamiento adecuado a cada término. Y crear programas de prevención dentro y fuera de las empresas.

Cuando el estrés en el trabajo se vuelve de manera recurrente, resulta alarmante ya que no sólo daña al individuo, sino también a la organización. Los principales factores de estrés laboral suelen ser las condiciones físicas, el horario, el puesto de trabajo, las relaciones interpersonales y otros indicadores organizacionales. 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. Sin embargo, son ellas mismas las que debido a una mala organización forman tensiones innecesarias en los trabajadores que pueden llegar a desencadenar el Síndrome de Burnout, ver la figura 4 (Cabrera, 2009).

Figura 4. Modelo adaptado de Niosh sobre estrés laboral.



Adaptada de The National Institute of Organizational Safety and Health (s/a), citado en Zavala, 2008).

Buendía (1998, citado en Barajas, 2010) indica que existe al menos cuatro razones para el progresivo aumento del estrés laboral:

- I. Cambios tecnológicos, han producido trabajos que han incapacitado a los trabajos. Estos trabajos de baja capacitación no requieren mucho uso de las capacidades de los trabajadores que han adquirido por medio de entrenamiento y la educación, de ahí que los trabajadores informan devaluación, insatisfacción y finalmente estrés.
- II. El incremento del nivel educacional de los trabajadores. Los trabajadores nunca habían tenido un mejor nivel educativo aunque desafortunadamente no se han cumplido las expectativas sociales de que la educación supondría el acceso a trabajos de alta capacitación.

- III. La política social, no se han diseñado empleos que permitan niveles razonables de utilización de las capacidades y supongan un reto para un grupo de trabajadores inicialmente motivados y capacitados.
- IV. La reducción de número de intervenciones que tiene como objetivo disminuir los niveles de estrés laboral (Barajas, 2010).

El Síndrome de Burnout, es una respuesta al estrés laboral crónico que se presenta en los trabajadores que por su trato directo con la gente y las altas exigencias a la que son sometidos en el ambiente laboral, desarrollan agotamiento emocional, despersonalización, actitudes hostiles y agresivas con sus compañeros y usuarios del servicio, que concluyen en un sentimiento de pobre realización personal. Este síndrome se caracteriza por una respuesta de inadaptación a un desequilibrio prolongado entre demandas y recursos laborales de más de seis meses (Cabrera, 2009).

La manifestación del *Burnout* en grupos de riesgo aparece cuando el estrés es crónico y los mecanismos de afrontamiento del individuo no son los más adecuados. El *burnout* también puede interpretarse como una capacidad de respuesta no adecuada ante una diversidad de demandas no satisfactorias que pudieran ser desde un trabajo monótono y aburrido, hasta una labor cuyos constantes requerimientos de conocimiento sean excesivos —demasiados conflictos emocionales, situaciones de no valoración laboral y personal e inclusive pobre remuneración— (Zavala, 2008).

Como se ha comentado, estos conceptos están relacionados, lo que da un aliciente para que investigadores busquen las diferencias concretas que puedan mejorar los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento, según el tipo de

organización, la estructura, clima organizacional y sector, así como las características individuales y sociales del trabajador.

En el siguiente capítulo se profundizará en las investigaciones, definiciones, modelos y causantes del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout).

Capítulo 3

Burnout

Facultad

de Psicología

3. Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout)

La psicología organizacional, la psicología social, la medicina del trabajo, la salud en el trabajo, entre otras disciplinas han abordado el estudio del Burnout o Síndrome de Desgaste Ocupacional, junto con otros fenómenos que se han encontrado en el ambiente organizacional, tales como el estrés y el Acoso Laboral.

El Síndrome de Burnout es considerado como un fenómeno esencialmente social en el que la principal característica es una respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral (Felton, 1998, citado en García, Gutiérrez y Ruiseñor 2008).

Freudenberger en 1974, utilizó por primera vez este término, para referirse a los problemas de los servicios sociales (Gándara 1998, citado en Mata, 2010).

En la actualidad se han realizado diversas investigaciones, sobre la salud de los trabajadores, ya que hoy en día el estrés, y las enfermedades psicosomáticas son más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional. En dichas investigaciones se encontró el síndrome de desgaste ocupacional o burnout, que es diferente al estrés, aunque relacionado con él. Éste síndrome demostró ser una problemática en nuestro país, con amplia incidencia en diferentes actividades laborales.

Según Ponce, Bulnes, Aliaga y Huertas (2005), el síndrome de desgaste ocupacional se puede considerar como el mal del siglo XXI, debido a que dos terceras partes de todas las enfermedades se relacionan con este síndrome, y es un factor importante que origina numerosas enfermedades físicas y mentales.

Se ha determinado que el síndrome Burnout tiene factores de riesgos situacionales e individuales que hacen que determinados trabajadores sean propensos a padecerlo (García, Gutiérrez y Ruiseñor 2008).

Algunas de las características de los individuos más propensos son; empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles a identificarse con los demás.

El síndrome está en función, de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales. El entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y de su progreso, pues las diferentes fuentes de estrés afectan de manera diferente a la intensidad y a la frecuencia con la que se desarrolla la sintomatología. (Gil-Montes, 2005).

El término "Burnout" traducido del idioma inglés es quemado, se utiliza en términos clínicos para referirse a un estado avanzado de desgaste ocupacional, o síndrome de cansancio emocional (Gil-Montes, 2005).

El síndrome de Burnout es un concepto multidimensional, está acompañado por síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son; agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Éste síndrome se manifiesta con mayor frecuencia, en el campo de los servicios humanos o en las denominadas profesiones de ayuda, como lo demuestran diversas investigaciones.

Pereda (2009) en su estudio sobre Burnout en médicos y personal paramédico, describe que las cifras de prevalencia del síndrome reportadas por

otros estudios en México en el personal médico van desde el 42.3% y 44% hasta el 50%, y en su investigación son significativamente menores y el factor cansancio emocional es el más afectado. Y las variables que se consideraron como factores de riesgo son estado civil, porque los resultados arrojaron que el estar casado tiene un riesgo mayor para desarrollar el síndrome. Asimismo el trabajar en turno vespertino y ofrecer el servicio de consulta externa también estuvo relacionado con mayor predisposición a padecer el síndrome.

Otra investigación realizada por Uribe y Cols (2008) en cajeros del sector bancario, argumentan que el Desgaste Ocupacional se caracteriza por una pérdida de interés frente a los usuarios del servicio, un distanciamiento psicológico respecto al trabajo y desesperanza por encontrar interés y esfuerzo en el trabajo. De acuerdo con expertos del sector bancario en México, la desmotivación es generada debido a las instituciones financieras en nuestro país han sido manejadas negativamente hacia el sector laboral; es decir, se ha pasado de un modelo protector a un modelo de alta competencia e inseguridad laboral, lo que seguramente ha tenido impactos diversos, tales como disminución de obligaciones patronales y anulación en los hechos de contratos colectivos de trabajo, lo que ha significado que los empleados del sector bancario compitan por los cada vez menos puestos de trabajo, implicando un mayor estrés para el trabajador. Los resultados obtenidos fueron que los cajeros bancarios padecen particularmente cuatro tipos de trastornos psicosomáticos; psicosexuales, dolor, gastrointestinales y psiconeuróticos. Y se corrobora en el estudio que los trastornos de dolor, combinados con trastornos psicosexuales y un gran

sentimiento de tristeza se pueden asegurar el nivel más alto de pronóstico para agotamiento emocional. Los trastornos psiconeuróticos se asociaron a despersonalización. Los resultados del factor insatisfacción de logro se asoció principalmente a trastornos psiconeuróticos, pero también con trastornos gastrointestinales y con el indicador de ansiedad (Uribe, 2008).

Díaz (2010), en el estudio de Burnout en docentes, su objetivo principal fue establecer los factores asociados al síndrome de *Burnout* en docentes de dos instituciones educativas formales privada y pública. Describiendo las dimensiones del síndrome (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización personal) y su relación con los factores organizacionales, el estrés del rol y las características sociodemográficas de los docentes. Los resultados encontrados en el estudio con relación al síndrome de *Burnout fueron que*, en el colegio privado, el 15 % de los docentes presentaba un nivel moderado y el resto se encontraba en nivel normal. Por su parte, en el colegio público, el 22 % de los docentes estaba en nivel moderado y los demás en nivel normal. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de Agotamiento Emocional y los niveles de enseñanza, hallándose que los docentes de bachillerato son más vulnerables a presentar agotamiento. En la dimensión de Despersonalización, el 2 % de los docentes están en nivel moderado y el resto en nivel normal. En relación con la Falta de Realización Personal, 33 % de los docentes con un nivel moderado y los demás en nivel normal. En cuanto a los factores organizacionales, se encontró relación entre el *Burnout* con la Supervisión y las Condiciones Organizacionales; a su vez se halló relación entre el Agotamiento Emocional, la

Supervisión, las Condiciones Organizacionales, y las Preocupaciones Profesionales. Asimismo, el Estrés de Rol se relacionó con el síndrome de *Burnout*, el Agotamiento Emocional y la Falta de Realización Personal.

Aparte de estas investigaciones existen muchos más sobre este fenómeno, la importancia de esto es para crear programas de prevención y tratamiento a los trabajadores, dependiendo del área o sector al que se dediquen, debido a que el papel del trabajador es de vital importancia para la empresa, sin olvidar que si el trabajador se encuentra bien física y psicológicamente tendrá un mejor desempeño en todas las áreas de su vida incluida la parte laboral.

Para tener una mejor comprensión de que es el Burnout, a continuación se presentan las definiciones que han surgido a lo largo de los años en el estudio de este síndrome.

3.1 Definiciones de Burnout

En 1974 el término Burnout fue utilizado por vez primera en el ámbito de la psicología por Herbert Freudenberger. Lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el refuerzo esperado” (Pereda, 2009). Se trata de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para afrontar las excesivas demandas del trabajo con personas, lo cual produce desbalance emocional prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto.

La definición propuesta por Maslach en 1977 ha sido la más aceptada por la comunidad científica, describió el burnout como una respuesta de estrés crónico producida como consecuencia del contacto con los clientes o usuarios, que llevaba a la extenuación y al distanciamiento emocional (citado en Raya, 2010).

Tiempo después, el 1980 Edelwich y Brodsky (citados en Zúñiga, 2008). Definieron el síndrome como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones laborales”.

En el mismo año Cherniss (1980) menciona que el Desgaste Ocupacional es; “un proceso que comprende cambios negativos en las actitudes y la conducta del profesional, que brinda un servicio a seres humanos, en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante” (Lozano, 2008).

Después Maslach y Jackson en 1981, especialistas americanas en Psicología de la Salud, lo definieron como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia (citado en Quintanilla, 2004).

El síndrome de Burnout, también síndrome de “quemarse por el trabajo”, de estar quemado o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y de la realidad de trabajo diario (Quintanilla, 2004).

En 1981 Pines, Arosón y Krafy lo definen como “el estado de agotamiento, físico y emocional causado porque la persona se encuentra implicada durante largos periodos de tiempo a situaciones que lo afectan emocionalmente”. (Apíquian, 2007).

Faber en 1983 explica que “el burnout surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima” (Quiceno, 2007).

Gil-Monte y Peiró (1997) citado en Quiceno 2007 lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta es más frecuente en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas.

En 1999 Maslach lo redefinió como una respuesta prolongada consecuencia de estresores emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo y tendente a la cronificación (Raya, 2010).

Otros consideran que el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, si no a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto (Quiceno, 2007).

Para Moreno 2001 (citado en García, 2011) considera al burnout profesional básicamente como un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la aplicación personal en la tarea que se realiza; supone deterioro, desgaste y una problemática interna causada.

Las diversas definiciones expuestas por estos autores, han tratado de describir este síndrome, todos ellos coinciden que se manifiesta en su mayoría en profesionales de organizaciones de servicio, que trabajan en contacto directo con personas, los cuales muestran tres características o Fases; agotamiento, despersonalización e insatisfacción. Sin olvidar que pueden presentarse en diferente orden, según el autor y pueden denominarse de otra forma. Pero la más aceptada de las definiciones del síndrome es la propuesta por Maslach y Jackson, debido a que se considera la definición más completa y aborda varios aspectos del síndrome.

Maslach a partir de 1981 a 1998 junto con otros colaboradores definieron las tres dimensiones del síndrome.

La falta de realización personal en el trabajo; se caracteriza como una tendencia del trabajador de autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional,

experimentando una declinación en el sentido de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas (Carlotto, 2001).

El agotamiento emocional; se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, entusiasmo y un sentimiento de escases de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión porque se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía para la atención de su cliente o demás personas como tuvo en situaciones pasadas (Carlotto, 2001).

La Despersonalización; o también conocida como deshumanización se caracteriza por tratar a los clientes, a los compañeros y a la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psíquico que prevalece el cinismo o la disminución afectiva, la crítica exarcesaba de todo su ambiente y de todos los demás (Carlotto, 2001).

Estas tres dimensiones se van desarrollando como un proceso continuo, que va surgiendo de una manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados que pueden ser físicos, conductuales y cognitivos afectivos (Ramírez, 2010).

- I. Síntomas Físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, hipertensión y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.
- II. Síntomas conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos de alto riesgo, incapacidad de relajarse.

- III. Síntomas cognitivos afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención.

Estos síntomas afectan las interrelaciones humanas, como se hace mención en cada uno de los apartados (síntomas físicos, conductuales y cognitivos afectivos), sin olvidar que puede producir aislamiento en las personas que estén desarrollando el síndrome.

Hay diversos síntomas que se pueden llegar a confundir con el síndrome, enseguida se explicaran para tener más claro sobre lo que es el Burnout.

3.2 Diferenciación entre Burnout y Otros Constructos

Desde las primeras investigaciones sobre el tema de burnout ha habido dificultades para tener delimitaciones claras con otros conceptos, debido a que pueden llegar a confundirse entre los síntomas de una enfermedad u otra como es el caso del estrés.

Depresión: según Agudelo 2006 (Citado en Caballero, 2009) argumenta que este trastorno es definido como un estado de ánimo transitorio o estable caracterizado por un bajo afecto positivo como tristeza, pérdida de interés o placer, apatía, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, sentimientos de inutilidad durante la mayor parte del día o casi a diario. Mientras que Durup en 1994 concluye que burnout y la depresión son dos constructos relacionados, pero

independientes, porque el burnout está relacionado solo a contextos exclusivamente laborales y la depresión afecta a toda la actividad global de la persona (Izazaga, 2008).

Ansiedad: es un estado de reacción emocional que consiste en sentimiento de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación, evitación, miedo, pánico, inestabilidad, tensión muscular, hipervigilancia y percepción de amenaza o peligro. Además de estar acompañado de activación o descarga del sistema nerviosa autónomo (Buela-Casal, 2006, citado en Caballero, 2009).

Tedio o aburrimiento: Los términos tedio y aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente un análisis según cada autor.

Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso que lleva al trabajador a desarrollar el síndrome (citado en Ramírez, 2010).

Pines en 1993 realiza la distinción entre el termino burnout que es sólo para profesionales que se dedican al área de ayuda como los médicos, enfermeras, profesores, etc. Y tedio o aburrimiento es un concepto para otro tipo de trabajo que no tienen características humanitarias (citado en Pines, 2000).

Maslach y Jackson (1981), concuerdan que el síndrome es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede

resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del trabajador.

Insatisfacción Laboral: Según Maslach y Jackson en 1981 la insatisfacción en el trabajo no necesariamente coexiste con el síndrome de burnout; es decir que los niveles de burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Una persona insatisfecha en el trabajo puede no padecer síndrome de Burnout puntuando bajos niveles en despersonalización y cansancio emocional.

No obstante, es importante matizar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el cansancio emocional y la despersonalización, pero tiene una débil relación con la realización personal.

Fatiga Física: La fatiga física no tarda mucho tiempo en recuperarse y está acompañada de una experiencia positiva, sentimientos de realización personal, logro y éxito. Sin embargo en el burnout conlleva profundos sentimientos de fracaso y es más lenta su recuperación.

Crisis existencial: se describe la neurosis existencial como el sentimiento de que no se tiene nada por lo que vivir, ni nada que esperar. Para la mayoría de los profesionales quemados, el trabajo inicialmente proporcionaría ese sentido, suponiendo que ellos estaban en la tierra para realizar ese trabajo. El burnout se caracteriza por afectar a personas que comenzaron en su trabajo que lo que hacían era importante y que acaban quemándose cuando sienten que han fallado.

Sin embargo el Burnout afecta o se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan (Guillén, 2000).

Estrés general: este constructo es el más relacionado con el burnout y muchas personas llegan a relacionarlos o a confundirlos. El estrés es una reacción del organismo ante las demandas del ambiente, sin olvidar que tiene efectos positivos y negativos. Mientras que el burnout es una respuesta al estrés crónico que se da en un contexto laboral y está asociado a efectos negativos.

Estrés Laboral: En relación al estrés laboral Buunk y Schaufeli 1993, diferencian al síndrome de Burnout en función al proceso de desarrollo; explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo. El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El individuo puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.

Por lo tanto, el síndrome de burnout se le podría considerar como un estado del estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al burnout (Buzzetti, 2005).

Para tener más clara la delimitación del síndrome de burnout de otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, no debemos olvidar que surge como un proceso progresivo dentro del contexto laboral, aunque comparten algunos síntomas o procesos de evolución similares.

3.3 Teorías que explican el Burnout

Existen principalmente dos perspectivas que explican el síndrome, estos son la clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica considera al Burnout como un “estado”, producto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de la personalidad y que tendría un detonante externo que sería el estrés laboral. El modelo de Freudenberger en 1980, plantea que los profesionales excesivamente dedicados, que utilizan su trabajo como sustituto para la vida social y creen que son imprescindibles, podrían ser más propensos a presentar el síndrome. La razón es porque estos trabajadores miden su autoestima basándose en cuan importantes son o se perciben en su trabajo. En situaciones donde los jefes son excesivamente exigentes, donde estos individuos no son capaces de responder a las demandas que se les hace, se detona el síndrome (Burisch, 2002, citado en Buzzetti, 2005).

Grau 1998 (citado en Buzzetti, 2005) en la perspectiva psicosocial considera el Burnout como un “proceso” que se desarrolla por la interacción de

características del entorno laboral y de orden personal, con diferentes síntomas en distintas etapas del proceso.

En la actualidad se conocen cuatro modelos principales para explicar la aparición del Síndrome de Burnout.

3.3.1 La teoría Psicodinámica y Existencialistas.

En esta teoría destaca Pines (2000), su modelo hace referencia a conceptos psicodinámicos y existenciales, que fueron planteados por Víctor Frankl. Este autor señala que las personas sienten una gran necesidad de creer que su vida es significativa, e igual que las cosas que hacen, y por lo tanto ellos mismos serían importantes y significativos. Cuando el trabajo, no le permite al individuo lograr sus metas y el desarrollo máximo de sus habilidades, las personas son muy vulnerables a presentar Burnout.

La teoría psicodinámica se integra en la parte de elección del trabajo o de la carrera debido a los mecanismos inconscientes y conscientes, ya que a excepción de situaciones de esclavitud o escasez las personas eligen por estos determinantes (Buzzetti, 2005).

Los determinantes inconscientes, de cualquier elección vocacional responden a la historia personal y familiar del individuo. La gente elige una ocupación donde puedan replicar experiencias significativas y gratificar necesidades no satisfechas durante la niñez, para lograr o alcanzar las expectativas familiares. El síndrome aparecería, cuando las personas sienten que han fallado en el trabajo y

tenderían a repetir el trauma de la niñez y a su vez el trabajo deja de ser curativo (Pines, 2000).

3.3.2 Teoría del Intercambio Social

Estos modelos consideran que el burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia y en la conservación de recursos ante las demandas del trabajo (Buzzetti, 2005).

Bunnk y Schaufeli 1993 (citado en Gil-Monte, 1999) plantean que el síndrome tendría una doble etiología: uno debido a los procesos de intercambio social que ocurren en la asistencia a personas y por otra, en los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación con los procesos de intercambio social, existen tres fuentes de estrés importantes: 1.-La incertidumbre (falta de claridad sobre lo que se siente y piensa, y sobre cómo debe actuar), 2.-La percepción de equidad (equilibrio percibido entre las personas que dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y 3.-La falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). Con relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, aporta al desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o ser tachado de incompetente y al resultado negativo de la imagen personal ante comparación social, cuando establecen relaciones interpersonales.

En general cuando las personas se comparan con otros, si los llegan a percibir peores que así mismos, entonces les evocarían predominantemente sentimientos

positivos, y si se comparan con los que ellos perciben como mejores a ellos mismos, se sentirían más envidiosos y evocarían sentimientos predominantemente negativos (Buzzetti, 2005).

3.3.3 Teoría Organizacional

Estos modelos comprenden como antecedentes del síndrome, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan por enfatizar el papel de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse o consumirse. Así mismo, los factores organizacionales tienen mayor respaldo en estar asociado al burnout, por sobre otros factores, tales como los de personalidad y demográficos (Buzzetti, 2005).

3.4 Modelos de Proceso Burnout

Desde 1977 cuando Maslach expuso el término de burnout en el congreso de la APA (Asociación Americana de Psicología), algunos teóricos han tratado de describir la evolución del síndrome de desgaste ocupacional por medio de modelos, los cuales asumen el burnout como un proceso que se deriva de la interacción del entorno laboral y personal. Considerando que el síndrome es un estado característico por conductas y sentimientos asociados al estrés.

Tabla 2. Modelos de Burnout

<i>Modelo de Proceso</i>	<i>Representantes</i>	<i>Descripción</i>
Modelo Tridimensional del MBI- HSS	<ul style="list-style-type: none"> - Maslach 1982. - Golembiewski, Munzenrider y Carter 1983. - Leiter y Maslach 1988 - Lee y Asforth 1993 - Gil-Monte 1994 	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).
Modelo de Edelwich y Brodsky	- Edelwich y Brodsky 1980	El burnout es un proceso de desilusión o desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración, 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración).
Modelo Price y Murphy	- Price y Murphy 1984	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda, 6. Equilibrio.
Modelo de Gil-Monte	- Gil- Monte 2005	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT; Perfil 1.- se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2.- constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de

los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

Fuente: Quiceno, 2007.

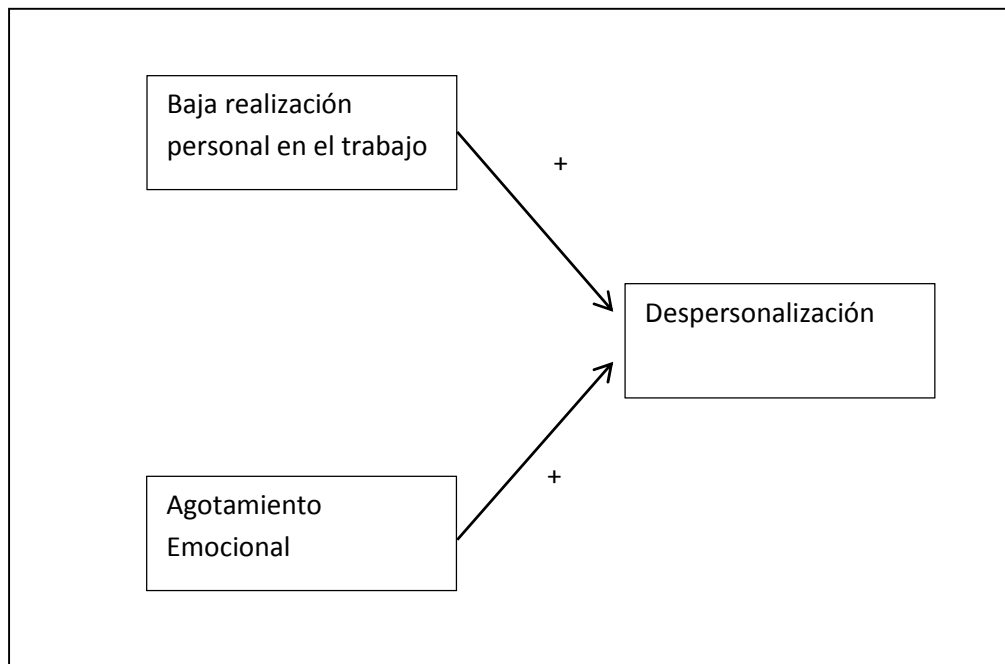
El “Modelo Tridimensional MBI-HSS” es uno de los modelos con mayor impacto científico, el cual propone que el síndrome inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente la despersonalización y por último la baja realización laboral (Caballero, 2009).

Este modelo está basado en el cuestionario MBI - HSS para la evaluación psicométrica del burnout, consta de 22 ítems que se distribuyen en las tres dimensiones que evalúan aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales (Gil-Monte, 2005).

El modelo Gil-Monte de 1994 es definido como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan. Esta respuesta es mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, se inicia con la percepción de baja realización personal, la cual incrementa significativamente el agotamiento emocional y las actitudes de despersonalización que siguen, estas actitudes se consideran una estrategia de afrontamiento, que integran las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. La relación entre baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, se establece con las creencias que los individuos desarrollan sobre sus capacidades afectan a sus procesos afectivos, ver figura 5. La relación entre baja realización

personal y despersonalización puede ser establecida debido a que la percepción de bajo rendimiento y de fracaso profesional genera frustración. Esta frustración se proyecta en forma de una respuesta agresiva que, por lo general, se dirige hacia la fuente de la frustración. La relación entre agotamiento emocional y despersonalización, queda establecida porque el agotamiento emocional es una fuente de tensión relacionada con el estrés causado por los clientes, y la despersonalización una estrategia de afrontamiento para manejarlo (Gil-Monte, 2005).

Figura 5. Proceso del Modelo Gil-Monte

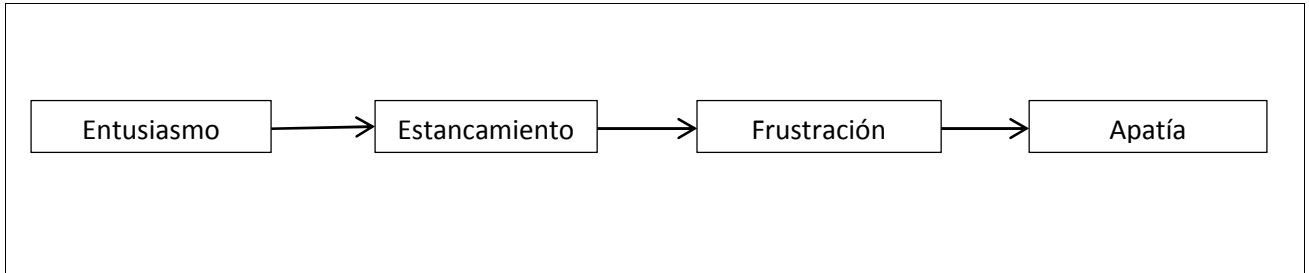


Fuente: Gil-Monte, 1994.

El modelo de Edelwich y Brodsky como se menciona en la figura 6, es un proceso de desencanto o de desilusión hacia la actividad laboral. Y se desarrolla en 4 etapas. 1) La primera llamada entusiasmo donde el trabajador se percibe con alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Hay una supervaloración de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa. 2) Etapa de estancamiento: esta supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita de cambios en su vida laboral. Si se presentan dificultades en superar ese momento, el trabajador pasaría a la siguiente etapa. 3) Frustración: se considera esta el núcleo importante del burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Empieza la evitación al estímulo de la frustración, es decir al cliente, ocurren las faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono a éste o inclusive al de la profesión. 4) etapa de apatía: la persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Lo único que desean es la estabilidad laboral que, al menos, les compense la ausencia de satisfacción laboral (Carlotto, 2001).

Estos representantes del modelo mencionan que este proceso tiene carácter cíclico, de manera que se puede repetir en diferentes momentos en la vida laboral de un sujeto, y en el mismo o diferente trabajo (Carlotto, 2001).

Figura 6. Modelo de Edelwich y Brodsky



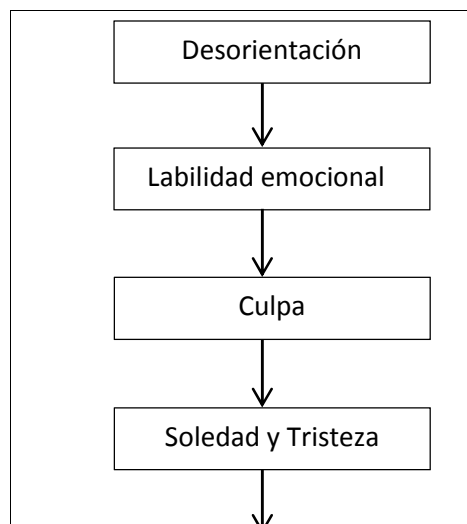
Fuente: Gil-Monte, 2005.

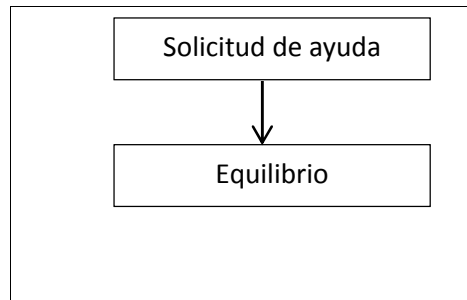
El modelo de Price y Murphy menciona que el síndrome de burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, y sugieren que puede ser explicado de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva pérdidas a nivel personal, en el nivel interpersonal, en el nivel institucional y social.

Estos autores proponen que este proceso se caracteriza por seis fases sintomáticas; 1) La primera fase es de desorientación, en la que el individuo toma consciencia de la realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos con las personas con las que trabaja. Y a veces se puede desarrollar un sentimiento de fallo o fracaso profesional, 2) La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional, que se ve incrementada por la falta de apoyo social emocional por parte de compañeros de trabajo, y por el aislamiento y el distanciamiento emocional que los profesionales de ayuda desarrollan como

estrategia de afrontamiento para no implicarse en los problemas de las personas a las que atienden, aun manteniendo la empatía. El profesional no desahoga sus emociones, y pasa por periodos de labilidad y desgaste emocional. De alguna forma, la falta de habilidad para recibir apoyo emocional conlleva la pérdida de la capacidad para ofrecerlo, 3) En la tercera fase aparecen sentimientos de culpa debido al fracaso profesional. Los profesionales se atribuyen fallos que no están bajo su control y se consideran culpables de la situación. En esta etapa los individuos crean estrategias de afrontamiento poco adaptativas, como disminuir la calidad de los cuidados o adoptar un profesionalismo eficiente pero excesivamente frío y distante, 4) La cuarta fase se orienta hacia la soledad y la tristeza que si el profesional la supera pasa a las siguientes fases, 5) Fase de solicitud de ayuda y 6) Restablecimiento del equilibrio inicial con el que se abordó la profesión, ver figura 7 (Gil-Monte, 2005).

Figura 7. Modelo de Price y Murphy 1984 proceso de Burnout.





Fuente: Gil-Monte, 2005

3.5 Factores que influyen en la aparición del Síndrome de Desgaste Ocupacional

El Burnout es concebido como un proceso de estrés laboral específico de los profesionales que trabajan en el área de ayuda a personas, se produce por medio de una interacción entre las demandas que genera las distintas situaciones (medio ambiente) y los recursos disponibles del trabajador (características personales). Alarcón menciona que todos los autores no establecen una causa única para que se de el burnout, ni siquiera una sola dimensión, sino que se debe a una multicausalidad, tanto de factores externos e internos que propician la aparición del burnout (Alarcón, 2001).

Desde el punto de vista este síndrome puede ser considerado como un trastorno de conducta que tiene un origen biopsicosocial, lo que implica que existe una vulnerabilidad a desarrollarlo motivado por factores biológicos, psicológicos y sociales, que facilitan la aparición o no de las respuestas implicadas al Burnout (Alarcón, 2001).

Algunos de los factores externos son los que se encuentran en el contexto laboral, los cuales son llamados estresores laborales. Peiró (1993) hace una clasificación de cuatro factores.

I. Ambiente físico del trabajo

Se entiende por tal, el nivel de ruido y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia. Investigaciones demuestran que el nivel de ruido está asociado a un aumento en agotamiento emocional.

II. Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera

Un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. El denominado estrés de rol está integrado por dos disfunciones de rol:

- a) Ambigüedad de rol; grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo. Puede estar producido por un déficit de información que impide un desarrollo adecuado al rol.
- b) Conflicto de rol; ocurre cuando no se puede satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. No es un conflicto interpersonal, sino un conflicto entre expectativas (Varela, 2005).

Tanto una como la otra presentan relaciones significativas de signo negativo con los sentimientos de realización personal en el trabajo y relaciones significativas con agotamiento emocional y despersonalización.

Cabe mencionar sobre los efectos que tiene sobre el burnout las relaciones interpersonales con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios. Leiter (1988, citado en Ramírez, 2010), señala que las relaciones interpersonales de naturaleza formal aumentan los sentimientos de agotamiento emocional, mientras las relaciones de naturaleza informal aumentan los sentimientos de realización en el trabajo.

Las relaciones interpersonales son de forma habitual valoradas en términos positivos. Varios teóricos de la motivación han señalado que la afiliación es uno de los motivos básicos de la persona. Los ambientes de trabajo que promueven el contacto con la gente serán, por lo general, más beneficiosos que aquellos que lo impiden o lo dificultan. De hecho, las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Esto no significa que las relaciones interpersonales en el trabajo siempre resulten positivas, con cierta frecuencia se traducen en uno de los desencadenantes más severos e importantes sobre todo cuando son relaciones basadas en desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización (Campos, 2006).

Otro grupo de factores a tener en cuenta es el desarrollo de la carrera y las posibilidades de promoción. Esto plantea que los individuos se estructuran en el logro de bienes y medios para mejorar su estatus y nivel de relaciones.

III. Aspectos relacionados con las nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de las tareas que conlleva un cambio en las habilidades que la persona debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.

La tecnificación en las relaciones interpersonales usuario – profesional favorece en gran medida las actitudes de despersonalización.

Si las exigencias cognitivas del puesto son excesivamente altas con relación al nivel de formación de los profesionistas, pueden provocar una disminución del sentimiento de realización personal y una autovaloración negativa por parte de la persona. Así mismo, problemas de carácter ético asociados con el uso reiterado de instrumentos pueden aumentar las sensaciones de agotamiento emocional (Hernández, 2003).

Por otra parte, aspectos pertenecientes a las dimensiones globales de la organización como son la centralización, la complejidad y la formalización, se manifiestan como elementos determinantes del síndrome. Se presenta como un aspecto muy significativo, el clima organizacional: el grado de participación y la implicación de los individuos en el proceso de toma de decisiones, el grado de autonomía y el sistema de supervisión ejercida, así como el grado de apoyo social (Quiroz, 2003).

IV. Fuentes extraorganizacionales del estrés laboral: relaciones trabajo-Familiares

El ámbito familiar es el que, en términos generales, ocupa el lugar central para las personas en términos de importancia, aunque se dedique con frecuencia o mayor tiempo al trabajo.

Aunque el trabajo y la familia son dos áreas de tal magnitud que siempre se han visto afectadas mutuamente, el reconocimiento de la interacción entre ambas se ha hecho más claro con la incorporación de la mujer al sector laboral. En general, se ha explorado cómo determinados factores del trabajo inciden sobre la calidad o satisfacción marital y cómo determinados resultados familiares influyen sobre el compromiso en el trabajo, la satisfacción o el estrés laboral (Peiró, 1993).

3.6 Factores Sociodemográficos relacionados con el síndrome de Burnout

Entre las causas que influyen en la aparición del síndrome están factores situacionales (demográficos, estado civil, nivel educativo, laborales) como intrapersonales (tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento utilizadas), e interpersonales (relaciones profesionales conflictivas, escaso apoyo social entre otras) (Cano, 2002).

a) La edad del trabajador y su experiencia en la profesión.

La edad aunque no parece influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los

primeros años de la carrera profesional dado que sería el periodo en el que se producen las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son las prometidas ni las esperadas (Barría, 2005).

Investigadores señalan que la relación entre edad y antigüedad no está clara, debido a que los primeros estudios señalaban una relación lineal positiva entre estas dos variables, mientras que otras encontraron una relación curvilínea, que podría decir que los individuos con menos de dos años y de diez años de antigüedad tienen bajos niveles de burnout, tal vez porque los primeros años no han tenido tiempo para quemarse y los segundos porque están bien adaptados. Y en otros estudios no se ha encontrado ninguna relación.

b) Sexo

Barría menciona que las mujeres serían el sexo más vulnerable debido a la doble carga de trabajo, la que conlleva a la práctica profesional y a la del hogar, así como la elección de la profesión que prolongaría el rol de la mujer (Barría, 2005).

Sin embargo algunas investigaciones demuestran que no existe ningún tipo de relación, mientras que otras demuestran que los hombres son más propensos a padecer este síndrome. Y otras muestran lo contrario que las mujeres son más propensas.

c) Estado civil

El matrimonio proporciona apoyo suficiente, capaz de anular la tendencia hacia la implicación excesiva del trabajo y el burnout. La mayoría de los estudios indican que los trabajadores casados tienen niveles bajos de Burnout que los solteros.

El estado civil, aunque se ha asociado al síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, se asocian con un mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que están casados o conviven con parejas estables (Barría, 2005).

d) Presencia de Hijos

Gil- Monte (1997) (citado en Díaz, 2006) argumenta que ésta variable sociodemográfica, en investigaciones con médicos y enfermeras arrojó que el tener hijos disminuye la presencia de burnout.

e) Formación y Promoción Profesional.

La posibilidad de continuar con una formación y tener ascensos disminuye la probabilidad de tener el síndrome de burnout.

f) Estructura y Supervisión

La ausencia de una estructura clara de una organización puede crear una lata ambigüedad de rol y favorecer a la aparición de burnout, si bien una estructura

demasiado rígida puede conducir a una baja autonomía, que a su vez puede determinar un alto nivel de burnout. La percepción de un adecuado clima laboral (toma de decisiones, autonomía y comunicación), se relaciona inversamente con el síndrome (Barría, 2005).

g) Contacto con los Usuarios

Cuanto más tiempo y más intensas sean las relaciones interpersonales mayor es el riesgo de agotamiento emocional y de burnout es decir en cuando más sea la cantidad y el grado de relación con los usuarios.

h) Personalidad

La personalidad del individuo puede influir, no solo en las manifestaciones del burnout sino en la predisposición a este síndrome.

Según Alarcón (2001), la personalidad como factor mediador del burnout ha sido estudiada más ampliamente desde la perspectiva del llamado patrón de conducta de tipo A porque se han encontrado relaciones significativas con el burnout.

Como sea hecho mención del patrón tipo A de la conducta, y lo comenta Gil-Montes (2005), se caracteriza por un comportamiento agresivo, competitivo, hostil, obsesionado por el tiempo, con necesidad de obtener muchos resultados en poco tiempo. El patrón de conducta tipo A está considerado como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares en individuos inicialmente saludables, y por ende están más propensos a padecer burnout no solo por la auto exigencia, y las

prisas, sino también por el grado de implicación personal que los trabajadores con estas características tienen con sus tareas.

Lo que sí está claro es que aquellos individuos más dedicados y entusiastas en relación con el cometido del trabajo y la ejecución al comienzo de su vida profesional tienen mayor probabilidad de desarrollar el burnout (Gil-Montes, 2005).

Además que otros factores de personalidad influyen en la aparición del síndrome como pueden ser:

- I. El deseo de destacar y obtener resultados brillantes
- II. Un alto grado de autoexigencia
- III. Baja tolerancia al fracaso
- IV. Perfeccionismo extremo
- V. Necesitan controlarlo todo en su momento
- VI. Sentimiento de indispensabilidad laboral
- VII. Son muy ambiciosos
- VIII. Dificultad para conocer y demostrar sus emociones
- IX. Impacientes y competitivos por lo que es difícil trabajar en equipo.
- X. Gran implicación en el trabajo.
- XI. Pocos intereses y relaciones personales al margen del trabajo.
- XII. Idealismo
- XIII. Sensibilidad

Todo esto se acentúa si:

- 1) No tiene una preparación adecuada para enfrentar las expectativas organizacionales en relación al trabajo.
- 2) Si tiene dificultades para pedir ayuda a los compañeros o trabajar en equipo.
- 3) Cuando no comparten las ideas, metas o valores del grupo de trabajo o la empresa.
- 4) Experimenta sentimientos de miedo o culpa cuando no han cumplido algo que debería haber hecho.
- 5) No es capaz de compartir sus preocupaciones o miedos sobre su vida laboral con su pareja, familia o amigos.
- 6) No descansa lo suficiente cuando está cansado.
- 7) No encuentra otro empleo cuando quiere cambiarlo.
- 8) Tiene problemas familiares, laborales (Barría, 2005).

i) *Los turnos laborales y el horario de trabajo*

Para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilitan la presencia del síndrome. Las influencias biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, el ciclo sueño-vigilia, los patrones de temperatura corporal y del ritmo de secreción de adrenalina contribuyen al desarrollo de Burnout (Ramos, 2006).

3.7 Intervenciones Para el Síndrome de Burnout

Actualmente, la intervención del síndrome de burnout se basa en un grupo de técnicas y conocimientos para afrontar y manejar el estrés. Por lo general, la mayoría de los programas se centran en el entrenamiento en aspectos específicos (procesos de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización de tiempo, estilos de vida) y concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo para desarrollar el burnout.

Autores (Cherniss, 1990, Burke, 1992, Guerrero, 2003, citados en Guerrero, 2005) han concluido que la forma más eficaz para la prevención y el tratamiento del burnout es orientar la intervención hacia aspectos a nivel personal, social y organizacional.

3.7.1 Estrategias a Nivel Personal

Algunas estrategias pueden promover al individuo a aumentar la capacidad de adaptación, a las situaciones de estrés laboral, ya que estas capacidades están ligadas a múltiples factores personales (Díaz, 2006).

Sandi y Labrador (1995) (citado en Díaz, 2006) propusieron que la tensión y el estrés se puede controlar mediante la modificación de la activación fisiológica, o modificando los efectos de los pensamientos.

Otros autores han tratado de encontrar técnicas para la intervención del burnout en el aspecto personal, entre lo que destacan Gil-Monte y Peiró (1997) quienes señalaron que el empleo de estrategias centradas en el problema

previene el desarrollo del síndrome mientras que las estrategias de evitación-escape propician a su aparición. La clasificación realizada por Guerrero, 2005 agrupa tres técnicas para el aspecto individual o personal las cuales son

a) 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, 2001).

En cuanto a la respiración, cuando se encuentra un individuo en una situación de estrés la respiración es más rápida y superficial, lo que implica un aumento de tensión en el organismo. Las técnicas de respiración consisten en facilitar a la persona una forma apropiada de respirar cuando se encuentra en situaciones de estrés y pueda adecuar su respiración para oxigenar mejor su organismo (Guerrero, 2005).

b) Técnicas Conductuales

El objetivo de estas técnicas, es que el individuo aprenda un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Estas técnicas conductuales serian, el entrenamiento asertivo, habilidades sociales, técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero, 2001).

Otros autores destacan la importancia de tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes, buscar opciones carácter positivo, buscar y disfrutar de las actividades preferidas en los ratos de ocio.

Peiró 1993 (citado en Guerrero, 2005) destaca que una dieta equilibrada, no fumar ni beber el exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos, son factores que mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, al mismo tiempo que modulan el estrés laboral al igual que el ejercicio.

c) Técnica Cognitiva

Ésta técnica busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales. Entre las técnicas cognitivas más empleadas están las; desensibilización sistémica, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés,, la reestructuración cognitiva, el control del pensamiento irracional, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (Guerro, 2001).

3.7.2 Estrategias de Intervención Social

La finalidad de esta estrategia es romper el aislamiento y propiciar los procesos de socialización, para potencializar el apoyo social a través de trabajo cooperativo. En trabajos recientes se ha demostrado que una red de apoyo social amortigua los efectos de las fuentes de estrés en el trabajo. Para García (1991) el trabajo en equipo y los equipos multidisciplinarios contribuyen a disipar las actitudes negativas y a mejorar la comprensión de los problemas (citado en Guerrero, 2005).

3.7.3 Estrategias de Intervención Organizacional

Estas estrategias van dirigidas a las instituciones o empresas según sea el caso, para modificar los aspectos disfuncionales en su estructura organizacional, la comunicación, la formación de los profesionales, los procesos de toma de decisiones, el ambiente físico, los turnos, el reparto de tareas.

Gil-Monte y Peiró (2003) han sugerido como estrategias preventivas la implementación de sistemas de evaluación y retroalimentación adecuados. Y la elaboración de planes de actuación que ayuden a reducir los conflictos dentro de la organización (citado en Guerrero, 2005).

Debido a que las condiciones físicas del trabajo no son lo único que importan, sino también las sociales y psicológicas que forman parte del ambiente laboral. Investigaciones recientes demuestran que para alcanzar calidad y productividad, las personas deben de contar con motivación para que se involucren en su trabajo.

La calidad en el trabajo implica diferentes factores, como satisfacción en el trabajo desempeñado, posibilidades de futuro en la organización, reconocimiento por resultados, salario, prestaciones, relaciones humanas dentro del grupo y la organización, ambiente psicológico y físico del trabajo, libertad para decidir, posibilidad de participar, entre otros (Chiavenato, 2011).

Para prever que el Desgaste Ocupacional se desarrolle en el personal se debe poner en práctica estos puntos y así lograr la calidad en el trabajo. Algunas

técnicas o cambios que se utilizan en las empresas para prevenir el Burnout es la implementación de;

- Liderazgo: el tener el liderazgo adecuado a las necesidades de la organización es fundamental para llevar a la organización hacia el éxito y que el personal se sienta satisfecho en la forma que lo dirigen.
- Trabajo en equipo: el compartir información, fomentar la expresión de opiniones y sentimientos, y la resolución de los conflictos. Ayudan al mejoramiento tanto del personal como del funcionamiento de la organización.
- Plan de vida y carrera: esto hace referencia a que si en la organización en la cual se labora, existe crecimiento. Y si es así las personas se sienten más motivadas para poder ascender.
- Participación de los empleados: como se ha mencionado, las personas necesitan percibirse útiles y no hacen un trabajo monótono. Y siendo de mayor importancia en las empresas donde ellos aporten ideas que sean útiles para su trabajo.

Como se ha mencionado existen estrategias de prevención y tratamiento para el síndrome de Burnout, siendo mejor una intervención de prevención en todas las organizaciones. Pero hay una organización en específico que es nuestro objetivo, el SEMEFO (Servicio Médico Forense) del Distrito Federal, de la cual investigaremos su historia y cuáles son sus actividades de esta institución, para poder determinar si existe Burnout en su personal o no, y poder determinar una intervención para su prevención o tratamiento.

Capítulo 4

Historia del

SEMEFO

Facultad
de Psicología

4. Historia del Servicio Médico Forense (SEMEFO)

El Servicio Médico Forense del Distrito Federal es una institución de apoyo judicial que auxilia la procuración, administración e impartición de justicia en la ciudad de México, ayudando en la resolución judicial de casos principalmente de orden penal, civil, laboral y familiar (Arredondo, 2009). Apoya a la institución no sólo en casos de muerte, sino también en aquellos con implicaciones médico-legales con personas vivas.

México ha contado con organismos encargados de resolver las controversias suscitadas entre sus habitantes, con el paso del tiempo dichos organismos se fueron sofisticando hasta conocerse como tribunales. Es a mediados del siglo XIX que se da el origen del SEMEFO cuándo los jueces podían requerir para algunos asuntos la realización de algunos estudios asignando médicos para cubrir funciones periciales.

Antes de ser construido el primer edificio del SEMEFO, las cuestiones relativas a la identificación de cadáveres: autopsias, necropsias y otros estudios eran llevados a cabo en el departamento de patología del Hospital Juárez de la Ciudad de México.

En los años 50 ocurrió el aumento poblacional en el Distrito Federal y el incremento en los fallecimientos en el país, lo que generó la necesidad de crear una institución que englobara dichas actividades y se especializara en la determinación de causas de muerte como un apoyo a la justicia.

El primer edificio dónde se implementó el SEMEFO se comenzó a construir en el año de 1959 y fue puesto en servicio el día 24 de septiembre de 1960 durante la presidencia del Lic. Adolfo López Mateos (Historia del TSJDF, 2009).

Desde su inicio formó parte del Tribunal Superior de Justicia del Distrito y Territorios Federales, al cual se le denomina actualmente Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal. Al principio, su director era elegido por la misma Junta de Peritos Forenses del propio Servicio, posteriormente, con la reformación de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia en 1983 y la facultad de designación del Director del mismo, la labor es exclusiva del Pleno del Tribunal. Con el surgimiento del Consejo de la Judicatura, es este órgano colegiado el que tiene la potestad de dicha designación (Historia del TSJDF, 2009).

La misión del SEMEFO es principalmente la de emitir diversos dictámenes y certificados de orden médico, psiquiátrico, psicológico, antropológico, odontológico, dactiloscópico y la realización de estudios de laboratorio de tipo químico toxicológico e histopatológico, todo ello encaminado a proporcionar a la autoridad elementos científicos sustentables para el auxilio a la procuración, administración e impartición de justicia.

En diciembre de 2008, el SEMEFO tuvo un cambio de instalaciones. Es un edificio con alta tecnología e innovación que se comenzó a construir un par de años antes, ubicado a tan solo media cuadra del edificio anterior (Yáñez, 2009). Y su nombre en enero del 2013 fue cambiado por Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO).

Por otro lado, cuenta con especialistas en medicina forense, psiquiatría, psicología, odontología, antropología, dactiloscopia, química y patología, entre otras. Los cuales conforman las Unidades Departamentales de medicina, identificación, química y patología.

Cada uno de las especialidades con las que cuenta el SEMEFO tiene un objetivo particular y diferentes tareas que realizan cada una. En seguida se explican algunas áreas periciales de la institución.

A) Patología

Es la ciencia que auxilia a la administración de justicia en la determinación sólida en la causa y circunstancias de la muerte, se vale del estudio histológico de piezas biológicas obtenidas de cadáver, seres vivos y fragmentos, identificando las alteraciones estructurales en los tejidos.

El Laboratorio de Patología del Instituto de Ciencias Forenses, del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, se implementó desde el año de 1966, dando apoyo a las diferentes Procuradurías de Justicia del país, así como técnicas en distintos juzgados, realizando informes médico periciales de manera imparcial. Y funciona como un auxiliar del Perito Médico Forense cuando los aspectos macroscópicos de la autopsia no son claros y requieren de un análisis microscópico para determinar la causa de la muerte. La medicina forense es una práctica exacta que requiere de una comprobación científica en todos los aspectos, no dejando ninguna duda respecto al diagnóstico de la causa de muerte.

B) Antropología Forense

En referencia al concepto de la antropología física forense, ésta se considera como una disciplina derivada de la Antropología Física, que aplicando técnicas y métodos de esta, coadyuva en la administración y procuración de justicia.

Encargándose de establecer la identidad de individuos involucrados en problemas médico-legales, ya sean individuos vivos o cadáveres, con la finalidad de individualizar e identificar a una persona, mediante las características físicas, propias de cada sujeto.

Uno de los aspectos que el antropólogo forense aborda constantemente es la identificación de personas, a través de diversas técnicas que le permiten elaborar un reconocimiento a nivel biológico del individuo, el cual al verse inmerso en una cultura acoge elementos que se reflejan invariablemente en su persona.

El Laboratorio Patología del Instituto de Ciencias Forenses del Distrito Federal, consta de las siguientes áreas:

- Una sala de transferencia y registro de muestras biológicas: Es el sitio en donde se reciben las muestras obtenidas durante la necropsia y que requieren de un análisis microscópico. Esta sala permite seguir con la cadena de custodia de los diversos elementos que pueden servir como prueba en un juicio.
- Una sala de inclusión: Lugar en donde el especialista en Patología Forense, selecciona los tejidos que va analizar. Cuando se reciben piezas

anatómicas completas, el patólogo forense realiza un análisis macroscópico identificando las anomalías y seleccionando fragmentos tisulares, con tamaño aproximado de 3 x 2 cm., para su inclusión con la técnica de parafina.

- Laboratorio de histopatología: Es el lugar en donde se procesan los tejidos seleccionados por el patólogo, para poderlos observar con el microscopio. Se realiza la inclusión con la técnica de parafina, se cuenta con tres técnicos histotécnicos capacitados en las diversas técnicas de tinción.

C) *Dactiloscopia*

La Dactiloscopia es un método de Identificación que se basa en el estudio y clasificación de las crestas presentes en los pulpejos de los dedos de las manos, éste estudio se inicia desde la antigua China en la cual los emperadores realizaban operaciones comerciales o de cualquier índole marcando con la huella dactilar los documentos más importantes. A partir de entonces diversos investigadores realizaron estudios referentes a dichos dibujos desde Marcelo Malpighi, en 1656, el cual al investigar acerca del sentido del tacto descubre la diversidad de formas en dichos dibujos en los dedos, hasta Vúctich el cual realiza estudios para establecer el Sistema que lleva su nombre el cual es utilizado actualmente por muchos países para la clasificación dactilar de diferentes organismos gubernamentales como el ejército, en el ámbito civil y penal.

La dactiloscopia utiliza las huellas dactilares de forma individual, la denominada huella monodactilar, como es el caso de la que aparece impresa en

diferentes documentos como son la credencial de elector ó la cartilla del Servicio Militar Nacional, en nuestro país. O como ocurre en diferentes países en el documento denominado Ficha de Identidad.

D) Fotografía Forense

En la sociedad actual la fotografía desempeña un papel importante como medio de información, como instrumento de la ciencia y la tecnología, como una forma de arte y una afición popular.

En el área forense, los informes periciales en general y en la investigación de cadáveres en particular deben ser comprensibles y fáciles de entender. La fotografía es el mejor elemento de apoyo para el dictamen, las imágenes deben revelar claramente los resultados obtenidos.

Por eso a la Fotografía forense se le llama la “ciencia del pequeño detalle”, ya que una fotografía suple al ojo humano y, por tanto, deben proporcionar la misma visión que se tiene al observar el objeto directamente.

E) Química

El laboratorio químico es la unidad de servicios auxiliares que sirve para establecer con certeza en el momento mismo de la muerte el estado real de intoxicación ya sea con el consumo de alcohol etílico o el consumo de drogas de abuso, es auxiliar muchas de las veces en el establecimiento de la causa misma de la muerte.

F) Psiquiatría Forense

La psiquiatría como parte de la medicina, es una ciencia que estudia el comportamiento normal y anormal del individuo, su tarea es realizar el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del comportamiento y patologías mentales, en las que influyen factores genéticos, físicos, químicos, psicológicos y socio ambientales.

La psiquiatría forense implica nociones médico-legales-psiquiátricas, donde la psiquiatría clínica se transforma en un lenguaje aplicable para colaborar en las diferentes áreas jurídicas: penal, civil, laboral. Respondiendo a los cuestionamientos de las autoridades judiciales, siendo el médico psiquiatra denominado perito quien debe emitir un informe escrito en el cual se establece la capacidad mental de la persona evaluada, lo que la autoridad competente podrá considerar como un elemento en el proceso, para orientar su conducta jurídica.

La intervención del perito muchas veces puede hacerse de forma inmediata, lo que permite que el perito psiquiatra dictamine acerca del estado mental del presunto. En otras ocasiones son indispensables estudios de mayor profundidad para no incurrir en errores que influyeran negativamente en el juicio de la autoridad y que afectaran la situación jurídica de una persona.

G) Entomología Forense

Desde ya hace varios años el SEMEFO del Distrito Federal se ha dado a la tarea de estar a la vanguardia internacional en materia de ciencias forenses es por

ello que como parte de la profesionalización de la institución cuenta actualmente con diversas disciplinas y una de estas es la entomología forense que es el estudio de los insectos encontrados en los cadáveres en estados de descomposición y que es de gran utilidad en las investigaciones forenses.

El Servicio Médico Forense brinda apoyo a diversas instituciones como lo son la UNAM, IPN, PGJDF, PGR SSPF etc. Entre varias más, en materia de investigación criminal, científica y en algunos casos de docencia.

H) Opciones Médicas Técnicas

- Clínica Médico Forense: En esta área se valora a las personas vivas que fueron lesionadas en algún hecho violento y presentaron su denuncia ante la autoridad competente, durante el proceso jurídico son enviadas por los diferentes juzgados penales, de paz penal y de proceso escrito para adolescentes para realizarles la clasificación médico forense respectiva.
- Clasificación definitiva de lesiones: Se realiza a petición de los jueces para determinar si la clasificación médico legal inicial o provisional se mantiene o se modifica, tomando en consideración tres aspectos: gravedad de la lesión, tiempo que tarda en sanar y las consecuencias.

I) Psicología Forense

Una de las áreas periciales más solicitadas por el Tribunal de Justicia, es la de psicología y psiquiatría forense. Debido a que estas ciencias, ayudan al

esclarecimiento de un delito, su objetivo es establecer la interrelación entre el móvil, la víctima, el escenario.

La participación del psicólogo en el ámbito forense, se agrupa de la siguiente forma:

- Derecho Familiar: De manera general, los jueces de este ámbito, solicitan valoración de los padres para determinar su capacidad para ostentar la guarda y custodia de los menores, para establecer el régimen de visitas, adopción y tutela de menores, determinar los efectos de la separación o el divorcio tanto en los menores como en la pareja, en ocasiones, también en los procesos de nulidad, privación y pérdida de la patria potestad, violencia familiar, determinando quién es generador y receptor de la misma.
- Derecho Penal: Esta es un área de especial interés y participación de la psicología forense, pues en el análisis de delitos es necesario determinar los trastornos psicológicos que pueden presentar los involucrados (víctimas/victimarios), efectos del abuso de sustancias en la conducta y en la victimización, agresiones sexuales, especialmente si se trata de delitos violentos y/o seriales, evaluación de la personalidad criminal, personalidades violentas, secuelas psicológicas por victimización y maltrato, la tortura y sus efectos psicoemocionales, secuestros, perfilación criminal, entre otras cosas.
- Menores: En este rubro se valoran tanto casos de menores victimizados como de menores agresores. En el primer caso, la petición más común se relaciona con la credibilidad en el testimonio del niño ya sea como testigo o

como víctima, su estado psicológico, valoración del impacto del maltrato. En el segundo, para determinar la psicopatología que presenta el menor y que pudo provocar su involucramiento en el hecho que se le imputa, detección de los factores que provocan que un niño se convierta en una persona violenta, para decidir el tipo de medida que se aplicará (internamiento o tratamiento externo), para liberación de tratamiento.

J) Enseñanza e investigación

Dentro de los servicios que se prestan en la institución es impartir clases sobre las ciencias forenses, en especial de medicina forense, la totalidad de los profesores son peritos del Instituto y acreditarse como profesores de la Universidad que solicita la atención de sus alumnos. El alumno recibe teoría y práctica durante su estancia.

De igual forma se atiende a médicos que realizan su especialidad para ser capacitados y adiestrados en el área. La Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, durante los dos años que dura la especialidad, reciben conocimientos tanto teóricos como prácticos, los alumnos rotan por las diferentes áreas periciales dentro de las instalaciones del SEMEFO, con el fin de adquirir la mayor experiencia y pericia.

Por otra parte, se atienden a residentes de la especialidad en Medicina Forense de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales rotan durante dos meses en este Instituto con la finalidad de desarrollar habilidades prácticas sobre la especialidad.

Médicos de las diferentes especialidades, en especial los de maxilofacial, otorrinolaringología, ortopedia y traumatología, así como los de las diferentes ramas de la cirugía, realizan trabajos quirúrgicos sobre cadáveres, con el fin de adquirir experiencia y práctica en las técnicas. Estas prácticas son de gran utilidad para que nuestros futuros cirujanos al término de su especialidad puedan aplicarse con más experiencia y conocimiento, para una mejor atención quirúrgica a la población.

Otra de las oportunidades que brinda la institución es la investigación, enfocada a las Ciencias Forenses, aunque actualmente en un margen pequeño han iniciado diferentes proyectos. Y la población científica que presente a la institución un proyecto a través de la Dirección y sea aceptado se le otorga un cubículo en las instalaciones.

Cada último jueves de mes, se realizan conferencias y en especial diversos eventos nacionales e internacionales, relacionadas con las ciencias forenses, en un auditorio para ciento ochenta personas. Además de la implementación de visitas guiadas con la observación de una práctica de necropsia, con el objetivo de que el interesado tenga un panorama general de la labor del Instituto.



Método

Facultad
de Psicología

Método

Planteamiento del Problema

El síndrome de desgaste ocupacional, es una problemática creciente en la sociedad, debido a que trae consigo deterioro en la salud de los individuos que lo padecen y puede llegar a derivar en consecuencias personales y laborales. Es de gran importancia destacar que también se generan problemas dentro de las instituciones, organizaciones o empresas.

Como se ha mencionado en investigaciones descritas en capítulos anteriores, existen más estudios en sectores de profesionales de la salud como; médicos, paramédicos, enfermeras, odontólogos, entre otros. Y en el sector educativo, en profesores de diferentes grados escolares o en investigaciones sobre diferencias entre profesores de escuelas particulares y públicas como la realizada por Díaz (2010).

El conocimiento de este síndrome, tiene como finalidad contar con los métodos adecuados, para tratar este padecimiento y ofrecer una mejor calidad de vida a los individuos, mejores estrategias y alternativas de salud dentro de las organizaciones.

De acuerdo a lo anterior, es necesario contar con nuevas poblaciones para comparar información de este síndrome y lo que se deriva de él.

Siendo el SEMEFO una población con diferentes factores para evaluar el Burnout, ya que su interacción con las personas que reciben el servicio, las condiciones de trabajo y las características individuales son indicadores para

generar el síndrome. Donde el principal objetivo es el diagnosticar y evaluar el problema con la finalidad de determinar su importancia y proponer, de ser necesario, un programa de intervención preventivo y correctivo que proteja la salud del trabajador del Servicio Médico Forense.

Justificación

En la actualidad se ha encontrado que las profesiones que tienen contacto e interacción constante con personas pueden llegar a desarrollar Síndrome de Desgaste Ocupacional o también conocido como Burnout. Debido a que una persona que ayuda a otra, implica cierto grado de estrés psicológico y emocional, al estar expuestos a los problemas físicos, psicológicos y sociales de los clientes, pacientes, alumnos o receptores de servicio, durante varios periodos de tiempo con la responsabilidad de solucionarlos; lo que los obliga a tener una entrega emocional continúa a su trabajo, por largos periodos de tiempo con la responsabilidad de solucionarlos.

El Burnout es un problema psicosocial importante, ya que el deterioro que genera sobre la salud física y mental de los individuos repercute sobre el trabajo que realiza, y esto promueve una baja productividad, baja motivación y el deterioro de la calidad de vida que afecta directamente a sus clientes, pacientes o receptores.

En el sector salud las investigaciones se han enfocado en médicos y enfermeras dejando al sector de jurisprudencia médica sin antecedentes o indicios

del fenómeno de Burnout. Este sector que tiene como ejemplo al SEMEFO (Servicio Médico Forense) del Distrito Federal, institución de apoyo judicial, que con el tiempo se ha convertido no sólo en un pilar auxiliar de la procuración, administración e impartición de justicia en la ciudad, sino en una parte fundamental para la resolución judicial de casos principalmente de orden penal, civil, laboral y familiar. Esto se debe a que no sólo apoya a la institución en casos de muerte, sino que en aquellos casos con implicaciones médico-legales con personas vivas.

Una institución que cuenta con factores para medir el Desgaste Ocupacional es el SEMEFO, debido a que su interacción con sus clientes o pacientes que reciben el servicio, sus diversas condiciones laborales y las características de cada trabajador son indicadores para generar el síndrome. Siendo el objetivo primordial el diagnóstico del síndrome, para determinar su importancia e implementar un programa de intervención que proteja la salud del trabajador del Servicio Médico Forense.

Preguntas de Investigación

¿Existe presencia del síndrome Desgaste Ocupacional (Burnout) en el personal del SEMEFO?

¿Qué factores sociodemográficos influyen en la presencia del Síndrome de Desgaste Ocupacional?

Los objetivos de esta investigación son:

Objetivo General:

- Detectar la presencia y nivel del Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) en personal del SEMEFO.

Objetivo Específico:

- Identificar cuales factores sociodemográficos se relacionan con el síndrome de desgaste ocupacional.

Hipótesis

Hi: Existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) en personal del SEMEFO.

Ho: No existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) en personal del SEMEFO.

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de los factores sociodemográficos y desgaste ocupacional en personal del SEMEFO.

Ho: No existe una relación entre los factores sociodemográficos y el síndrome de desgaste ocupacional en personal del SEMEFO.

Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación que se llevará a cabo es descriptiva, porque a través de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), se conocerá el nivel del Síndrome de Desgaste Ocupacional en el personal del SEMEFO. Además de ser de tipo correlacional porque se quiere saber la relación entre factores sociodemográficos y el Síndrome de Desgaste Ocupacional (Hernández, 2006).

Además de contar con un diseño No experimental, porque según Kerlinger (2002), es una búsqueda empírica y sistemática en la cual no se tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son independientemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin ninguna intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes.

Variables

Variable Dependiente: Desgaste Ocupacional.

Variable Independiente: Factores Sociodemográficos (Uribe Prado, 2008).

Definición Operacional

V. D. Desgaste Ocupacional (Burnout); Puntaje obtenido del EMEDO (Uribe, 2008)

V.I. Factores Sociodemográficos; serán las respuestas proporcionadas por los participantes en el cuestionario sociodemográfico conformado por 40 reactivos, el cual está conformado por datos demográficos, laborales y de calidad de vida.

Definición Conceptual

V.D. Desgaste Ocupacional (Burnout): El Burnout se refiere al estado psicológico caracterizado por agotamiento, despersonalización y disminución de productividad en el trabajo. (Maslach y Jackson, 1981; Perlman y Hartman, 1983, citado en Buendía, 1998).

Fue definido en tres dimensiones: agotamiento, en el que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel físico y afectivo; la despersonalización en donde los trabajadores presentan irritabilidad y actitudes negativas hacia sí mismos (Buendía y Ramos, 2001).

V.I. Factores Sociodemográficos; para esta investigación los factores están divididos en tres categorías personales, laborales y calidad de vida.

Demográficos; son datos en donde se contempla el sexo, edad, estado civil, el tiempo que se tiene con la pareja, si se tiene hijos y cuantos.

Laborales; en este rubro son aspectos relacionados con su trayectoria laboral por ejemplo, cuánto tiempo se tiene en el puesto, el número de trabajos que tiene y haya tenido, años de estar laborando, ascensos que haya logrado, ingreso mensual con el que cuenta y número de personas a cargo.

Calidad de vida; esta categoría se refiere a el estilo de vida que ha llevado cada personas como, si ingiere algún tipo de medicamento, si ha tenido accidentes, si fuma, ingiere bebidas alcohólicas, drogas y con qué frecuencia, horas libres con las que cuenta, si practica algún deporte y religión que profesa.

Instrumento de Medición

Se empleó La escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe y Cols, 2008) ver anexo I.

La EMEDO, fue elaborada mediante lluvia de ideas, grupos focales, los investigadores se dieron a la tarea de construir el instrumento en dos etapas; la primera, de construcción y desarrollo en forma exploratoria, la segunda, de confirmación y validez.

Está formada por reactivos de diferencial semántico en escala tipo Likert, y reactivos situacionales con seis opciones de respuesta, se aplicó a 510 sujetos que habitaban en la ciudad de México obtenidos en un muestreo 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, quedando 98 reactivos, que posteriormente fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales, rotación Varimax y normalización de Kaiser. De los 98 reactivos quedaron 51. Éstos fueron 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 psicossomáticos demográficos, generando un instrumento con un total de 130 reactivos.

Con una nueva población de 532 sujetos, se aplicó la versión de 130 reactivos. De los 50 reactivos teóricos resultaron válidos 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, validez y 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 los tres factores del síndrome:

Este instrumento está cimentado en los constructos de Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal, planteados por Maslach y Jackson (1981) y por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996, citados en Uribe, 2008).

- Agotamiento, consta de 9 reactivos (2, 4, 14, 19, 20, 26, 27).
- Despersonalización, consta de 9 reactivos (3, 7, 9, 16, 18, 21, 22, 23, 29).
- Insatisfacción del 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 una hoja de respuestas (Anexo VIII), donde la persona marcará con una X la respuesta que mejor describa su forma de pensar, sentir y a actuar.

Se encuentran dos tipos de escalas a responder con seis opciones de respuesta. La primera escala va de Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA).

La segunda escala se pide la frecuencia. Con seis opciones a elegir que va de Nunca a Siempre.

Población y Muestra

La muestra constó de 119 participantes de las trece áreas del Servicio Médico Forense.

El muestreo fue no probabilístico, porque la selección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o un grupo de personas que recolectan los datos (Hernández y Cols, 2006).

La población con la que se trabajará es el personal del Servicio Médico Forense. Ésta cuenta con un total de 194 trabajadores, que se encuentran distribuidos en las trece áreas que integran la organización de Servicio Médico Forense.

- Dirección del Instituto de Ciencias Forenses (7),
- Subdirección Pericial (28),
- Anfiteatro (18),
- Servicio Médico Forense "Reclusorio Preventivo Norte", Servicio Médico Forense "Reclusorio Preventivo Oriente", Servicio Médico Forense "Reclusorio Preventivo Sur" (6),

- U. D. de Laboratorio de Química (8),
- U.D. de Laboratorio de Patología (55),
- Subdirección Técnica (3),
- U. D. de Identificación (11),
- U.D. de Relaciones Públicas (18),
- Coordinación Administrativa (15),
- Archivo (11),
- Oficinas Generales (8),
- Fotografía (6).

Cada una de las áreas labora de lunes a domingo los 365 días del año, las 24 horas del día.

Esto comprende 3 turnos:

- Matutino, Vespertino y Nocturno. Los horarios son inespecíficos (M. Susano, comunicación personal, 22 de mayo, 2013).

Procedimiento

Se solicitó permiso al Director de la SEMEFO, el Dr. Felipe Edmundo Takajashi Medina para llevar a cabo la investigación y principalmente la aplicación del instrumento EMEDO en su personal.

Al contar con la autorización, se acordó la forma en que se aplicaría la prueba. De acuerdo a lo estipulado, se entregó los juegos del instrumento necesarios para todos los empleados de la institución. Por orden del director, la distribución y recopilación del instrumento fue a cargo del Subdirector Técnico El Dr. Macario Susano Pompeyo. El instrumento fue distribuido a cada área según el número de empleados y el horario que correspondía.

Se hizo acuse de recibido con instrucción de firmar y entregar el perfil (Estrés Laboral), en un término no mayor a dos días hábiles. El instrumento y la hoja de respuestas, según sus características sencillas en las instrucciones y de acuerdo con la investigación, el proceso fue confidencial y anónimo.

Procedimiento estadístico

Con las pruebas contestadas, se procedió a capturar los datos recabados mediante la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), para someterlos a análisis estadístico en el programa SPSS.

El análisis de estadística descriptiva tiene como objetivo, obtener frecuencias y medidas de tendencia central (media, mediana, moda, varianza y desviación estándar) de las variables sociodemográficas.

Posteriormente se realizó un análisis de varianza (one – way ANOVA) para identificar si existían diferencias entre las calificaciones de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO) y las variables sociodemográficas.

Con el objetivo de determinar la existencia de relación entre las variables sociodemográficas y los factores de Síndrome de Desgaste Ocupacional. Se sometieron a la prueba estadística **Producto- Momento de Pearson**.

Como aporte a la EMEDO se realizó un **análisis de fiabilidad** con el objetivo de observar la capacidad de la escala para medir de forma consistente y precisa, en esta población (Pardo, 2002).

Resultados

Facultad
de Psicología

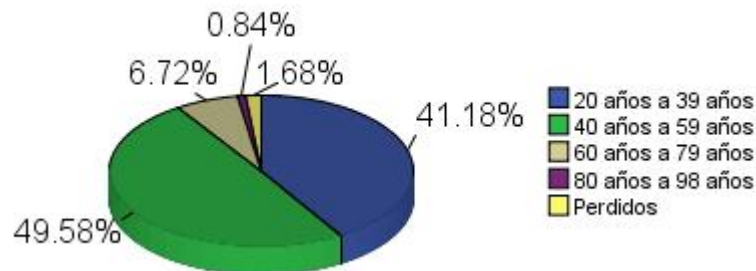
Resultados

En este apartado se analizan los resultados obtenidos del instrumento EMEDO y su cuestionario sociodemográfico para detectar la presencia del Síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) en el personal del Servicio Médico Forense. Las siguientes gráficas muestran las características de la población analizada.

Descripción de la muestra

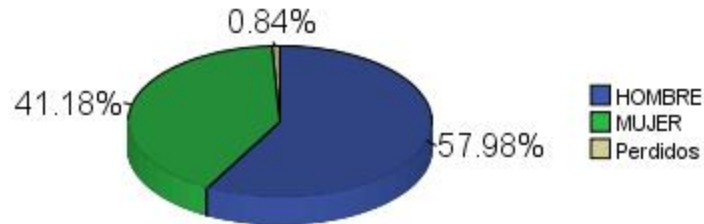
Variables Personales

Gráfica 1. Edad



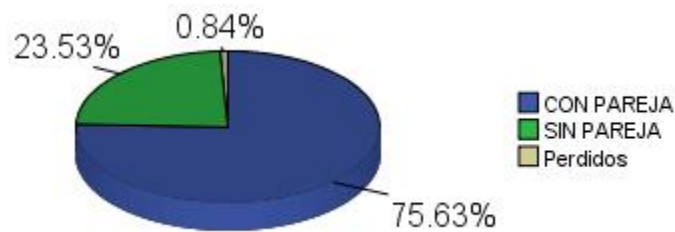
En la gráfica 1 referente a la variable **Edad**. El rango de edad del personal del SEMEFO osciló entre los 20 y los 95 años. El 49.58% (59) se encuentra entre los 40 a 59 años de edad, el 41.18% (49) tiene entre 20 a 39 años, mientras que entre el 1% y 6.72% se encuentran los rangos de 60 a 79 años y el de 80 a 98 años. El 1.68% de la población no dio respuesta para identificar su edad.

Gráfica 2. Sexo.



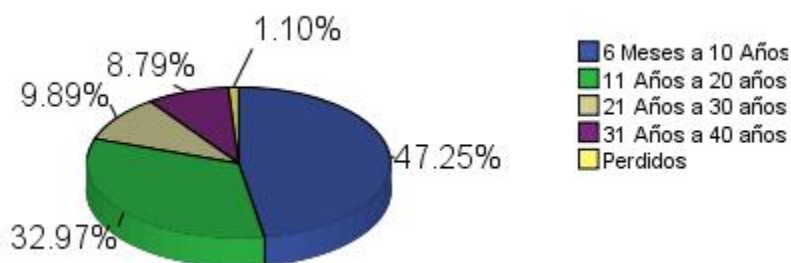
En la gráfica 2 de la variable sociodemográfica **Sexo**, la muestra tiene un porcentaje 57.9% (69) de hombre, mientras que el 41.1% (49) de la muestra esta conformada por mujeres, mientras que el 0.8% (1) de la población no dio respuesta para identificar su sexo.

Gráfica 3. Estado Civil.



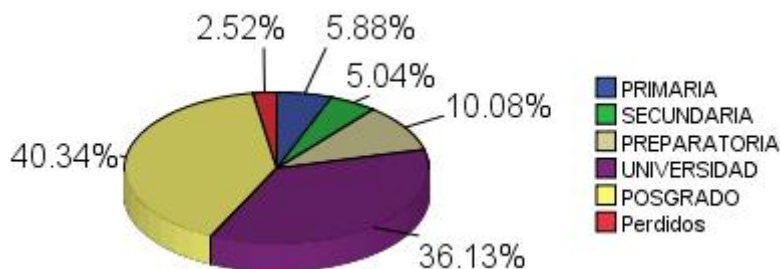
En la gráfica 3 de la variable sociodemográfica **Estado Civil**, el porcentaje de personas con pareja fue del 75.6% (90), mientras que el personal del SEMEFO que se encuentra sin pareja fue del 23.5% (28). El 0.8% (1) no quiso informar su Estado Civil.

Gráfica 4. Tiempo con su Pareja.



En la gráfica 4 de los participantes que afirmaron tener una pareja. El rango de tiempo con su pareja osciló entre los 6 meses y los 40 años. El 47.25% (43) se encuentra entre los 6 meses a 10 años de relación, el 32.9% (30) tiene entre 11 a 20 años con su pareja, los que tienen entre 21 a 30 años de relación forman el 9.8% (9). Mientras que el 8.7% (8) se encuentra el rango de 31 a 40 años. El 1.10% de la población no informó el tiempo de relación.

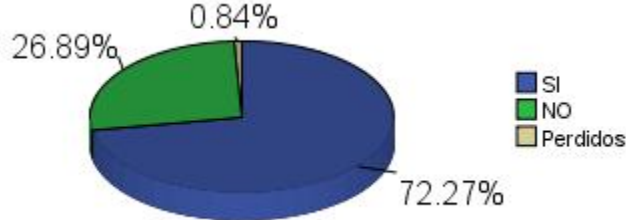
Gráfica 5. Escolaridad.



En la gráfica 5 referente a la variable de **Escolaridad**, muestra que el 40.3% (48) del personal de la SEMEFO tiene grado de estudios de Posgrado, seguido por un 36.1% (43) que cuenta sólo con carrera Universitaria. En menor porcentaje

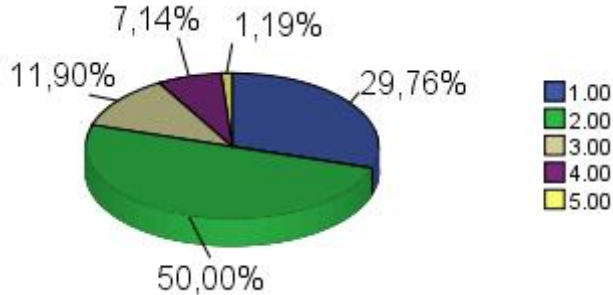
esta el 10.1% (12) de Preparatoria, el 5% (6) de Secundaria y el 5.9% (7) con nivel Primaria.

Gráfica 6. Hijos.



En la gráfica 6 correspondiente a si el personal cuenta con **hijos**. El 72.3% (86) reveló que tiene hijos, mientras que el porcentaje de los que no tienen hijos es de 26.9% (32). El 0.8% (1) de la muestra no quiso contestar la pregunta.

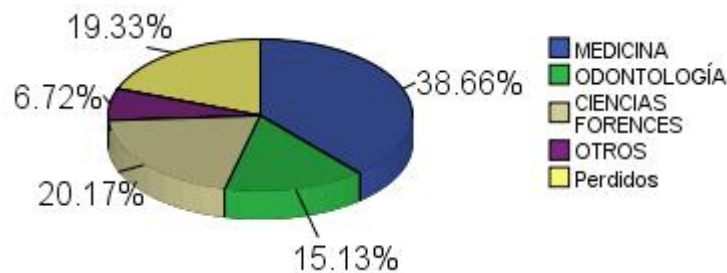
Gráfica 7. Número de Hijos.



En la gráfica 7 se muestra los participantes que confirmaron que tenían hijos. El 50% de la muestra tiene 2 hijos, seguido del 29.76% que tiene 1 hijo. En menor porcentaje se encuentra el 11.90% con 3 hijos, el 7.14% con 4 hijos y el 1.19% con 5 hijos.

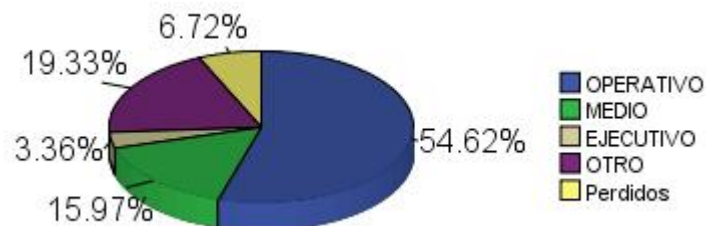
Variables Laborales.

Gráfica 8. Tipo de Estudios



En la gráfica 8 referente al **tipo de estudios**, las disciplinas que se encuentran están relacionadas al área de la salud, constituyendo el 38.7% (46) de la población tiene la carrera de medicina, de las carreras relacionadas a las ciencias forenses como la Psicología, la antropología, entre otras, forman el 20.2% (24) de la población, el 15.1% (18) esta especializada en la odontología y el 6.7% (8) esta formado en otras disciplinas.

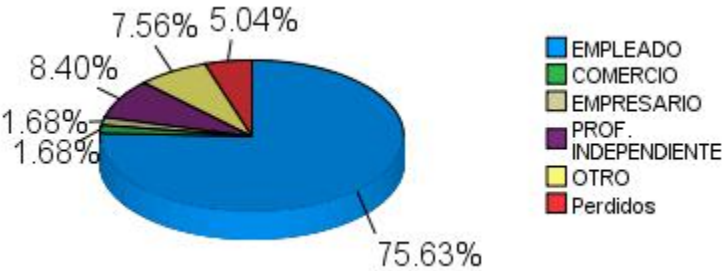
Gráfica 9. Tipo de Puesto.



En la gráfica 9 de la variable **Tipo de Puesto**. De los 119 participantes 54.6% (65) tiene un puesto Operativo, siendo el puesto principal de la muestra. En

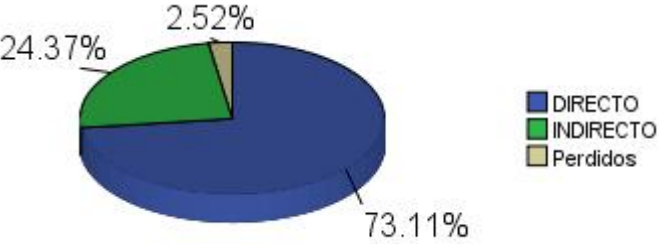
porcentaje más pequeños esta el puesto Medio con el 15.9% (19), el Ejecutivo con el 3.3% (4). El 19.3% (23) señalaron que su puesto pertenecía a otra categoría. El 6.7% (8) no respondió la pregunta.

Gráfica 10. Tipo de Trabajo



En la gráfica 10 referente a la variable **Tipo de Trabajo**. El 75.6% (90) de la muestra indicó que el tipo de trabajo que tenía era conocido como Empleado, mientras que la categoría como comercio y empresario tuvieron un 1.7% respectivamente. El 8.4% (10) indicó que era Prof. Independiente y el 7.6% (9) optó por la opción de Otros para categorizar su trabajo. El 5% (6) no respondió la pregunta.

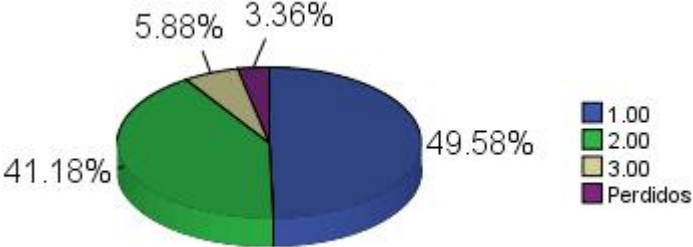
Gráfica 11. Tipo de Contacto.



En la gráfica 11 de la variable referente al **Tipo de Contacto** que tiene con los usuarios. El 73.1% (87) de los participantes indicó que el contacto con los usuarios

era directo, mientras que el 24.4% (29) no tiene contacto directo con los usuarios de su trabajo. El 2.5% (3) no respondió la pregunta.

Gráfica 12. Número de Trabajos.



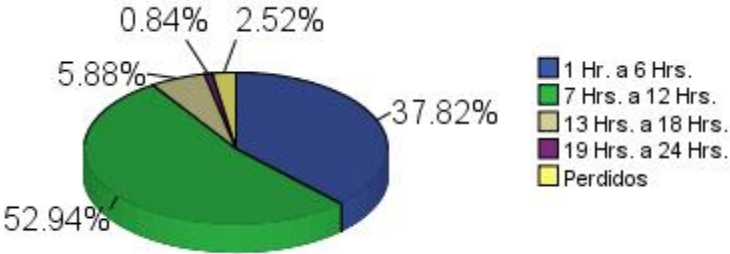
En la gráfica 12 de la variable referente al **Número de Trabajos** que el participante ha tenido. El 49.6% (59) sólo ha tenido 1 trabajo, el 41.2% (49) ha tenido 2 trabajos y el 5.9% (7) ha tenido 3 trabajos. El 3.4% (4) no respondió la pregunta.

Gráfica 13. Actividades Diarias.



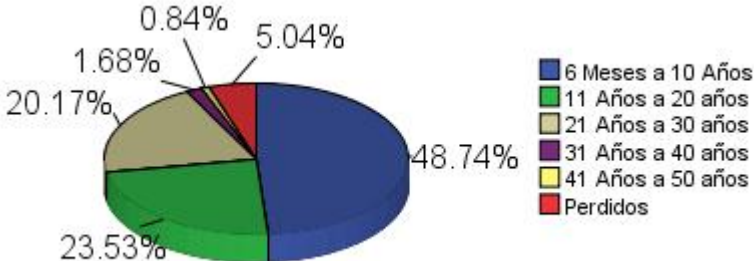
En la gráfica 13 referente a las **Actividades Diarias** Se observa que el 34.55% del personal realiza diariamente 2 actividades, seguido del 30.91% con un número de 3 actividades y un 13.64% con un número de 1 actividad diaria. El número de actividades como 5, 4, 0, 8 ó 13 fluctuaron entre el 0.5% y 9%.

Gráfica 14. Horas de trabajo.



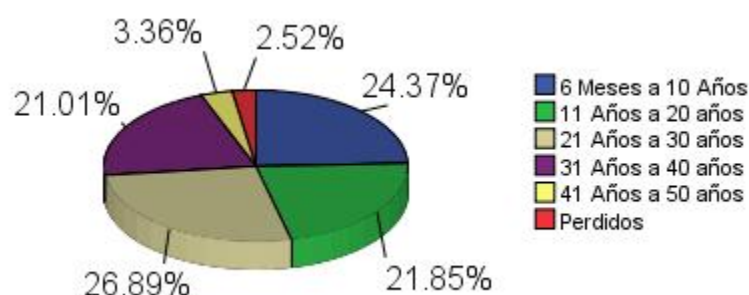
En la gráfica 14, **Horas de Trabajo**. El 52.9% tiene un rango de 7 a 12 horas. de trabajo, seguido por el 37.8% con 1 a 6 horas. El 5.8% tiene una jornada de 13 a 18 horas., mientras que el .8% labora entre 19 a 24hrs. El 2.5% no reveló su horario de trabajo.

Gráfica 15. Antigüedad en el Puesto.



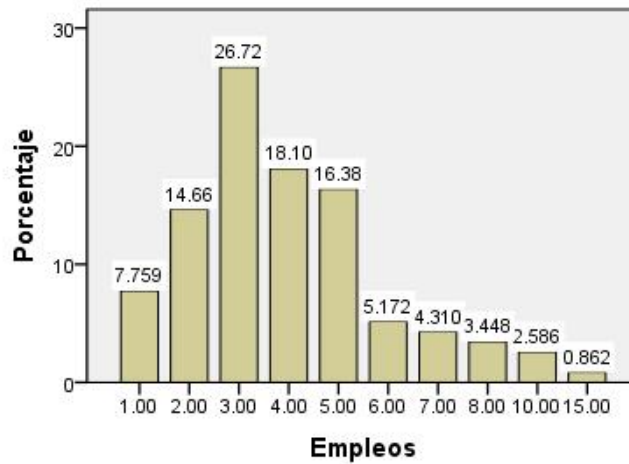
En la gráfica 15 de la variable referente a la **Antigüedad en el puesto**. Muestra que la mayor parte del personal del SEMEFO no tiene mucho tiempo trabajando en éste. Contando el 48.7% (58) con una antigüedad en el puesto de 6 meses a 10 años, el 23.5% (28) tiene un período de 11 a 20 años, mientras que el 20.2% (24) se encuentra en el rango de 21 a 30 años. Sumando el 1.7% (2) y el .8% (1) son los que sobrepasan una antigüedad de 31 años.

Gráfica 16. Años Laborales.



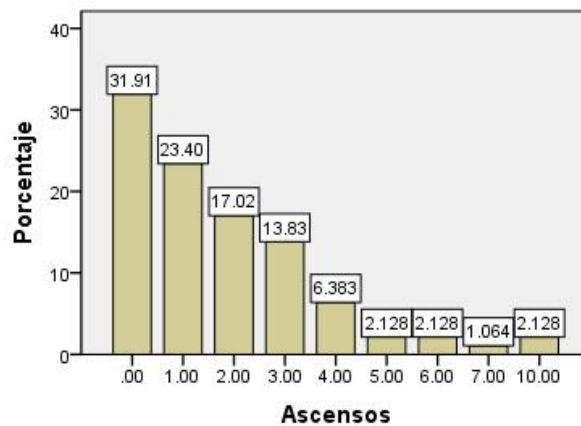
En la gráfica 16 referente a los **Años Laborales**. Muestra que el 26.9% (32) ha laborado entre 21 a 30 años, el 24.4% (29) tiene un período de 6 meses a 10 años, mientras que el 21.8% (26) se encuentra en el rango de 11 a 20 años, el 21% (25) han laborado entre 31 a 40 años. Solo el 3.4% (4) de la población tiene una experiencia laboran superior a los 41 años.

Gráfica 17. Total de Empleos.



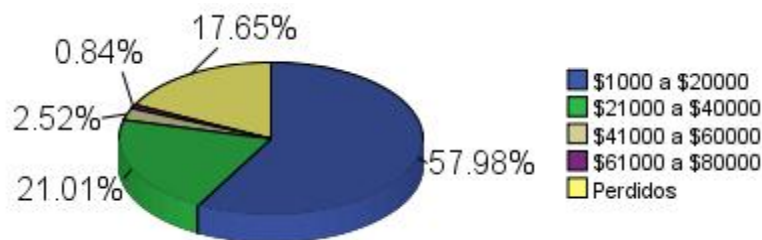
En la gráfica 17 referente al **Total de empleos**. La muestra indicó que 26.72% ha tenido 3 empleos, seguido del 18.10% con un número de 4 empleos, 16.38% con un número de 5 empleos y un 14.6% con un número de 2 empleos. Fluctuaron entre el 5% y 7% números de empleos como 4, 6 y 7. El 2.5% no indicó el número de empleos que ha tenido.

Gráfica 18. Número de Ascensos.



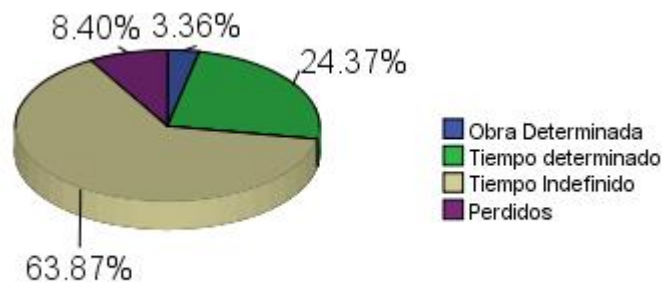
En la gráfica 18 referente al **Número de Ascensos** La muestra indicó que 31.91% no ha tenido ascenso en su trabajo, seguido del 23.40% cuenta con 1 ascenso, 17.02% con un número de 2 ascensos y un 13.83% con un número de 3 Ascensos. Fluctuaron entre el 1% y 6% números de ascensos como 6, 7 ó 4.

Gráfica 19. Ingresos Mensuales.



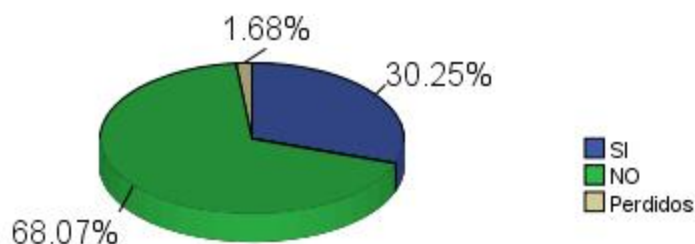
En la gráfica 19 de la variable referente a los **ingresos mensuales** que el personal recibe. El 57.9% (69) de los trabajadores percibe entre \$1000 a \$20000 mensuales, 21.0% (25) tiene un ingreso de \$21000 a \$40000, mientras que el 2.5% (3) gana entre \$41000 a \$60000. Sólo el .8% (1) gana superior a los \$61000 pesos.

Gráfica 20. Tipo de Contrato.



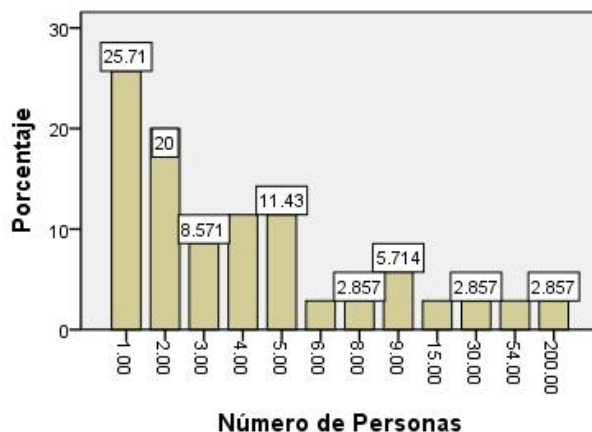
En la gráfica 20, **Tipo de contrato**. Muestra que el 63.8% del personal cuenta con un contrato de tiempo indefinido, con una diferencia considerable el 24.3% cuenta con un contrato por tiempo determinado. Según la investigación la mayoría de éste personal podrá conseguir el contrato por tiempo determinado después de tres prorrogas de 3 meses. El 3.3% esta bajo la condición de obra determinada. El 8.4% no especificó el tipo de contrato que maneja.

Gráfica 21. Personas a cargo.



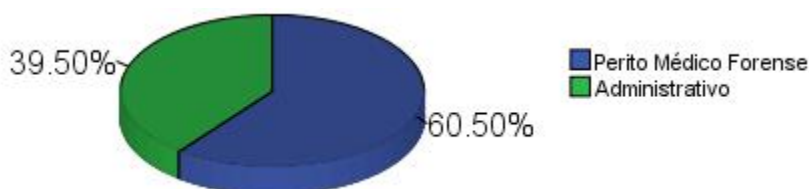
En la gráfica 21, **Personas a cargo**, se aprecia que la sólo el 30.25% del personal tiene gente a su cargo, siendo la mayoría con el 68.07% agentes sin personal bajo su mando. El 1.68% no indicó si tenía personal a su cargo.

Gráfica 22. Número de personas a su cargo.



En la gráfica 22 referente a las **personas que tiene a su cargo**. Del 30.25% que indicó que maneja personal. El 25.7% tiene a su mando una persona, seguida por el 20% que tiene dos personas a su cargo y el 11.435 que tiene entre cuatro y cinco personas a su mando. Por debajo del 8.5% se encuentran los que tienen 3, 15 ó 200 personas.

Gráfica 23. Área.

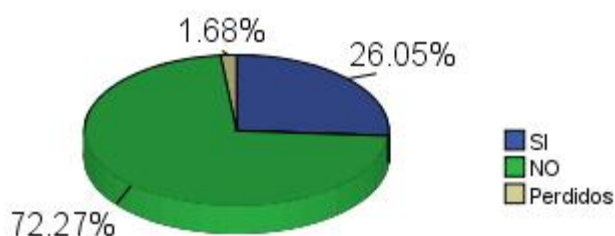


En la gráfica 23 de la variable “**Área**”. De los 119 participantes 60.5% (72) es Perito Médico Forense (Anfiteatro, Servicio Médico Forense en reclusorios "Norte", "Oriente", "Sur", U. D. de Laboratorio de Química, U.D. de Laboratorio de Subdirección Pericial, Patología, U. D. de Identificación, Fotografía), siendo el

puesto principal de la muestra, mientras que el 39.5% (47) están en el área Administrativa (Dirección, Subdirección Técnica, U.D. de Relaciones Públicas, Coordinación Administrativa, Oficinas Generales, Archivo).

Variables Calidad de Vida

Gráfica 24. Consumo de medicamentos

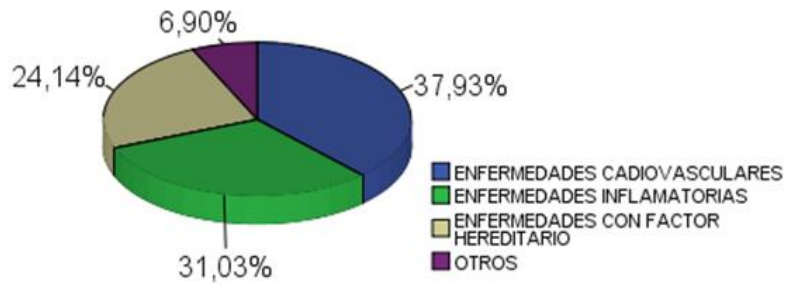


En la gráfica 24 de la variable **Ingesta de Medicamentos**. El 72.2% indicó no consumir algún medicamento, mientras que el 26.05% reportaron el consumo de medicamentos.

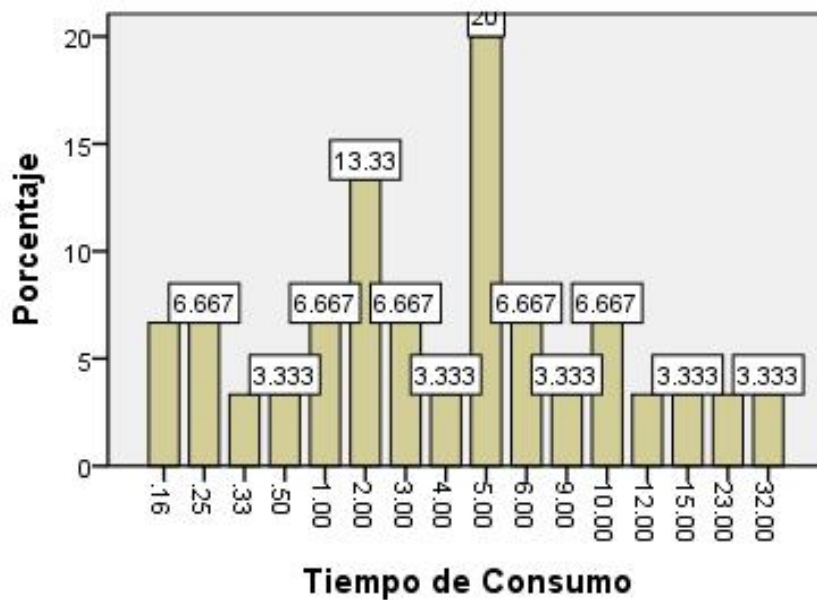
Del 26.05% mencionó consumir medicamentos. El 37.9% (11) toma medicamento para enfermedades cardiovasculares, el 31% para enfermedades inflamatorias y en un 24% para enfermedades hereditarias. Para tratar otro tipo de enfermedades obtuvieron un 6.9%, como ejemplo la depresión. Ver **Gráfica 25.**

Razón de consumo.

Gráfica 25. Razón de consumo.

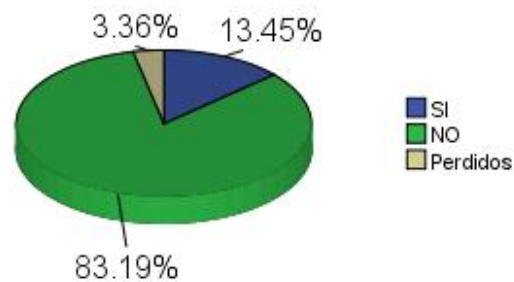


Gráfica 26. Tiempo de consumir el medicamento.



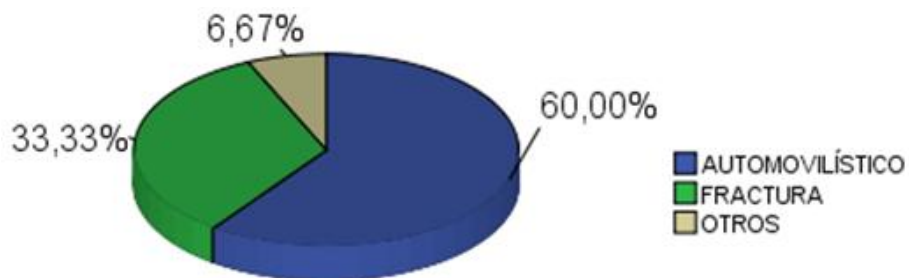
En la gráfica 26 se observa de acuerdo a las dos variables anteriores. **El tiempo de consumo** que reportaron las personas que ingieren un medicamento. El 20% tiene 5 años bajo tratamiento, seguido por 13,35% con 2 años de consumo. Por debajo del 6% se encuentran tiempo de consumo como, 6 meses, 10 años, 23 años, entre otros.

Gráfica 27. Accidentes.



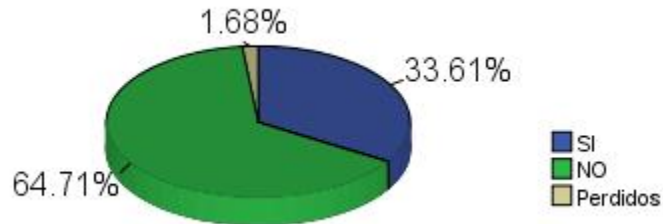
En la gráfica 27 de la variable el 83.19% indica no haber sufrido algún accidente, mientras que el 13.4% ha sufrido por lo menos un accidente. El 3% no especificó si ha tenido accidentes.

Gráfica 28. Tipo de accidente.



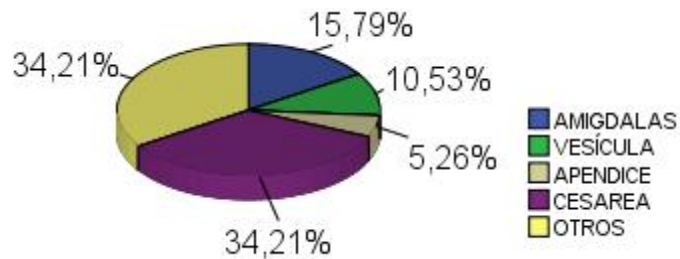
En esta gráfica 28 se especifica el **tipo de accidente** del 13.4% que reporto sufrir un accidente. El 60% reportó haber sufrido accidente automovilístico, el 33.33% fue fractura, mientras que el 6.6% ha sufrido diferentes tipos de accidentes.

Gráfica 29. Cirugía.



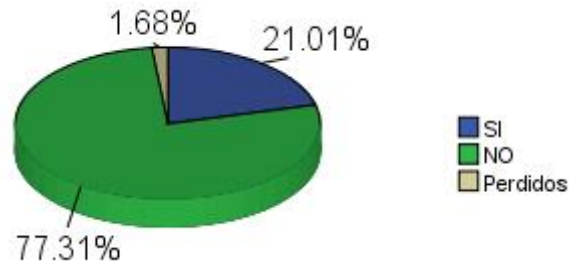
En la gráfica 29 de la variable referente, si la población ha tenido alguna **cirugía**. El 64.7% indicó no haber tenido intervención quirúrgica, mientras que el 33.6% ha tenido alguna cirugía.

Gráfica 30. Tipo de Cirugía.



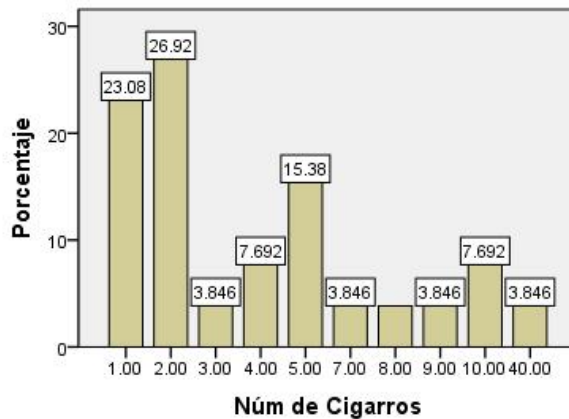
De acuerdo a la gráfica 30, **Tipo de cirugía**. 34.25 ha tenido intervención quirúrgica por cesárea, el 15.7% se intervenido por amígdalas, el 10.5% a causa de la vesícula y un 5.2% a causa del apéndice. Un 34.2% se ha tratado por tras razones, como la cirugía estética.

Gráfica 31. Consumo de tabaco.



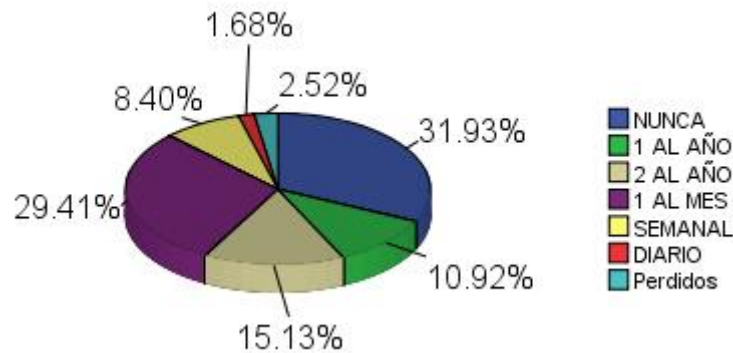
De acuerdo a la gráfica 31. El 77.3% de la muestra no fuma tabaco, mientras que el 21.01% si lo consume. El 1.6% no contestó la pregunta.

Gráfica 32. Número de cigarros al día.



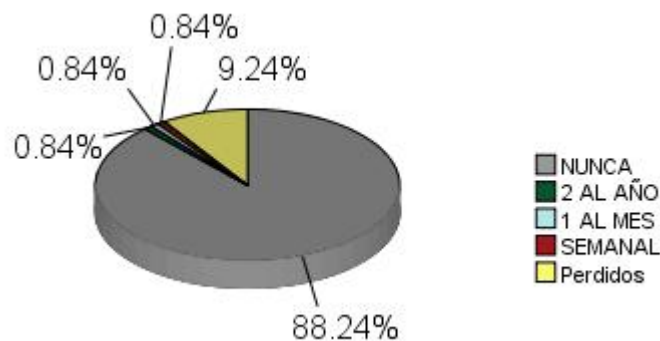
En la gráfica 32 referente a la **cantidad de cigarros diarios** que consume el 20.01% que admitió fumar. El 26.95% de la muestra consume por lo menos dos cigarrillos al día, seguido por el 23.08% que consume un cigarro diario, con el 15.38% se encuentran los que consumen 5 cigarros diarios y por debajo del 7% los que consumen 3, 7, 10 ó 40 cigarros al día.

Gráfica 33. Consumo de bebidas alcohólicas.



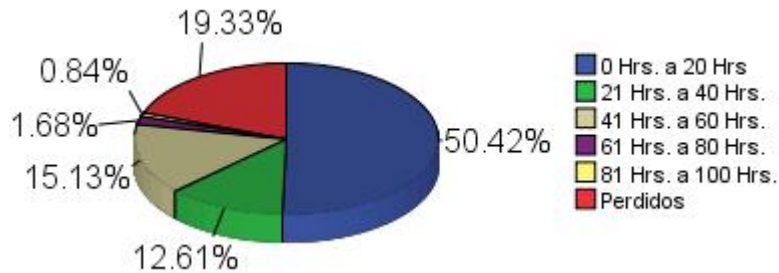
En la gráfica 33 **consumo de bebidas alcohólicas**. 31.9% indica nunca consume bebidas alcohólicas, mientras que el 29.4% reporta consumir alcohol una vez al mes. El 15.1% consume alcohol dos veces al años, mientras que el 10.9% consume una vez al año. El 8.4% lo hace semanal y el 1.6% ingiere bebidas alcohólicas diariamente.

Gráfica 34. Consumo de drogas.



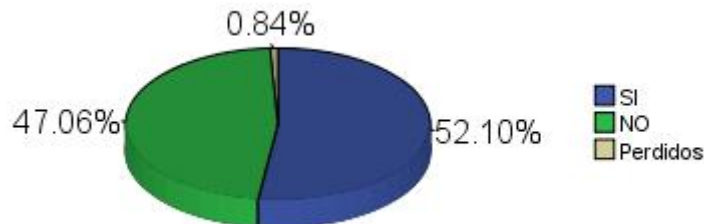
En la gráfica 34 **Consumo de drogas**. El 88.2% indicó nunca consumir drogas, mientras que por debajo del 1% reportaron consumir semanal, una o dos veces al año drogas. El 9.24% no contestó la pregunta.

Gráfica 35. Horas libres a la semana.



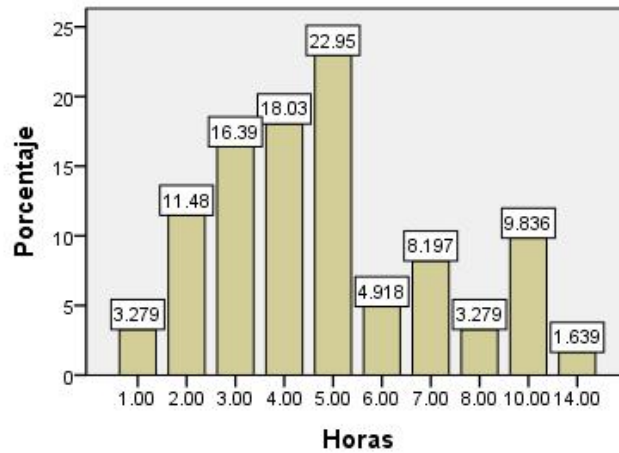
En la gráfica 35 referente al **tiempo de descanso** que tienen los trabajadores semanalmente. El 50.4% indicó tener entre cero a 20 horas libres, el 15.1% tiene entre 41 a 60 horas. libres, el 12.6% tiene de 21 a 40 horas libres. Por debajo del 2% se encuentran los que tienen entre 61 a 100 horas libres a la semana.

Gráfica 36. Ejercicio.



De acuerdo a la gráfica 36 **Ejercicio**. El 52.1% de la muestra se ejercita, mientras que el 47% no hace actividad física.

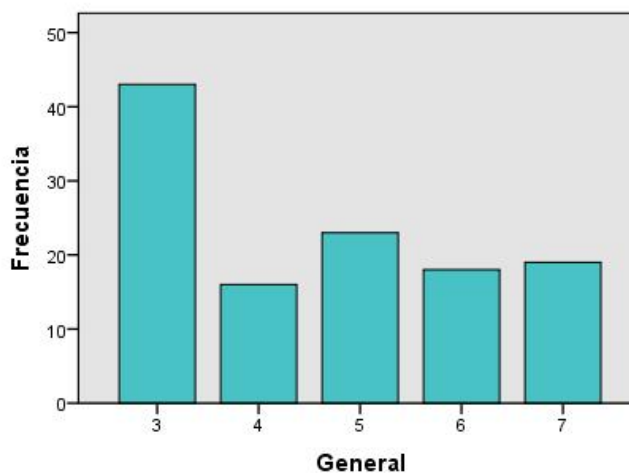
Gráfica 37. Horas de ejercicio semanal.



En la gráfica 37 se observa que de acuerdo al 52.1% que reporto hacer ejercicio. El 22.9% dedica cinco horas a la semana a hacer actividad física. El 18.03% dedica cuatro horas a la semana, el 16.3% dedica tres horas. Por debajo del 11% están los que dedican una hora, 8, 10 ó 14 horas de ejercicio.

Descripción del Síndrome de Desgaste Ocupacional

Gráfica 38. Diagnóstico Modelo Leiter.



Como se muestra en la gráfica 38 **Diagnóstico modelo Leiter**, la calificación con mayor frecuencia (43) en el personal de la SEMEFO es 3, seguido de la frecuencia 23 con calificación 5. Mientras que la de menor frecuencia (16) es la calificación 4. Las calificaciones 6 y 7, cuentan con una frecuencia de 18 y 19.

Tabla 3. Nivel de Desgaste Ocupacional.

<i>Suma</i>	<i>Fase Leiter</i>	<i>Diagnostico Modelo Leiter</i>	<i>Porcentaje</i>
3	Fase 1	Desgaste Ocupacional bajo "sano"	36.13%
4	Fase 2	Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	13.45%
5 o 6	Fase 3	Desgaste Ocupacional Alto "En peligro"	34.4%
7	Fase 4	Desgaste Ocupacional Muy alto "Quemado"	16.0%

Como se muestra en la tabla 3, las fases en que la población del SEMEFO se presenta, con un menor porcentaje es la fase 2 con un 13.45%, seguido de la fase 4 con un 16.0%. Mientras el mayor porcentaje 36.13% corresponde a la fase 1.

Tabla 4. Correlación Producto- Momento de Pearson entre desgaste ocupacional (Burnout) y variables Sociodemográficas (Personales)

		Factor 1 Agotamiento	Factor 2 Despersonalización	Factor 3 Insatisfacción
Edad	Correlación de Pearson	-.190*	-.163	-.018
Sexo	Correlación de Pearson	.107	.037	.067
Edo. Civil	Correlación de Pearson	.025	.065	.085
Años de Relación	Correlación de Pearson	-.211*	-.072	-.034
Escolaridad	Correlación de Pearson	-.097	-.113	-.318**
Hijos	Correlación de Pearson	.155	.038	.021
Número de Hijos	Correlación de Pearson	-.139	-.163	.054
<p>** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).</p> <p>* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).</p>				

En la tabla 4. Se observa una correlación negativa entre el factor 1 “Agotamiento” y la variable de Edad (-.190) a un nivel de significancia de (0.05), como con la variable Años de relación (-.211) con un nivel de significancia de (0.05). El Factor 3 “Insatisfacción” tiene relación negativa con la variable Escolaridad (-.318) referente al nivel de estudios que tienen el personal del SEMEFO con una significancia de (0.01).

Tabla 5. Correlación Producto- Momento de Pearson entre desgaste ocupacional (Burnout) y variables Sociodemográficas (Laborales)

Carrera	Correlación de Pearson	-0.078	0.005	0.086
Tipo de Puesto	Correlación de Pearson	0.153	0.047	.245**
Tipo de Trabajo	Correlación de Pearson	.233*	0.037	0.05
Tipo de Contacto	Correlación de Pearson	-0.081	0.04	-0.092
Número de Trabajos	Correlación de Pearson	-0.022	-0.08	-.224*
Actividades Diarias	Correlación de Pearson	.229*	0.142	0.056
Hrs. de Trabajo	Correlación de Pearson	.243**	0.166	0.141
Antigüedad en el Puesto	Correlación de Pearson	-.253**	-0.129	-0.03
Años Laborales	Correlación de Pearson	-0.169	-0.139	-0.07
Total de Empleos	Correlación de Pearson	0.003	-0.14	-0.053
Ascensos	Correlación de Pearson	-0.012	-0.17	-0.114
Ingresos Mensuales	Correlación de Pearson	-0.137	-0.171	-0.137
Tipo de Organización	Correlación de Pearson	. ^c	. ^c	. ^c
Tipo de Contrato	Correlación de Pearson	-0.093	-0.093	-0.186
Personal a Cargo	Correlación de Pearson	0.029	-0.046	-0.006

		Factor 1 Agotamiento	Factor 2 Despersonalización	Factor 3 Insatisfacción
Número de Personas a Cargo	Correlación de Pearson	-0.206	-0.218	0.142
Área	Correlación de Pearson	.422**	.267**	.402**
<p>** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).</p> <p>* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).</p> <p>C No se puede calcular porque al menos una variable es constante.</p>				

En la tabla 5 se observa que existe una correlación estadísticamente significativa entre el Factor 1 “Agotamiento” y la variable Tipo de trabajo (.233) a un nivel de significancia de (0.05), con las variable Actividades diarias (.229) con un nivel de significancia de (0.05), Horas de trabajo (.243) a un nivel de significancia de (0.01) y de forma negativa con la variable Antigüedad en el puesto (-.253) con un nivel de significancia de (0.01). Para el Factor 3 “Insatisfacción” se aprecia en la tabla que existe correlación con la variable Tipo de puesto (.245) a un nivel de significancia de (0.01) y de forma negativa con la variable Número de trabajos (-.224) con un nivel de significancia de (0.05). La variable Área a la que pertenece el personal tiene una correlación de (.422) con el factor 1, (.267) con el factor 2 y (.402) con el factor 3 a un nivel de significancia de (0.01) con los tres factores.

Tabla 6. Correlación Producto- Momento de Pearson entre desgaste ocupacional (Burnout) y variables Sociodemográficas (Calidad de vida)

		Factor 1 Agotamiento	Factor 2 Despersonalización	Factor 3 Insatisfacción
Medicamentos	Correlación de Pearson	-.050	.057	.007
Cuál	Correlación de Pearson	.141	.213	-.036
Para Qué	Correlación de Pearson	.000	.230	.077
Tiempo de Consumo	Correlación de Pearson	-.244	-.114	.160
Accidentes.	Correlación de Pearson	-.133	-.082	-.038
Tipo de Accidente	Correlación de Pearson	-.264	-.490	-.490
Cirugía	Correlación de Pearson	.162	.162	.101
Tipo de Cirugía	Correlación de Pearson	-.067	.068	-.010
Fumas	Correlación de Pearson	-.116	-.074	-.135
Números de cigarrros diarios.	Correlación de Pearson	.087	.212	-.251
Consumo de Bebidas Alcohólicas	Correlación de Pearson	.004	.049	.119
Consumo de Drogas	Correlación de Pearson	.046	.089	-.022
Hrs. Libres	Correlación de Pearson	-.078	-.064	-.049
Ejercicio	Correlación de Pearson	.077	.008	.075
Hrs. Ejercicio	Correlación de Pearson	-.145	.087	.166

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 6. Se observa que no se encontró correlación producto- momento de Pearson entre desgaste ocupacional (Burnout) y variables Sociodemográficas (Calidad de vida).

Análisis de varianza entre los factores de desgaste ocupacional y la variable sociodemográficas.

A continuación se describe si existen diferencias estadísticas entre las medias de los factores del Desgaste Ocupacional (Burnout) y algunas variables sociodemográficas, puestas a prueba en el ANOVA.

Tabla 7.

<i>Años con su pareja</i>						
Factores	F	Sig.	6 Meses a 10 Años	11 Años a 20 años	21 Años a 30 años	31 Años a 40 años
F1	1.786	.156	1.9767	1.8000	1.2222	1.5000
F2	1.301	.279	1.4419	1.3667	1.1111	1.5000
F3	1.090	.358	1.3953	1.3667	1.1111	1.5000

En la tabla 7 se muestran los resultados estadísticos al relacionar los factores del desgaste ocupacional con las variables sociodemográfica “Tiempo que tienen con su pareja” no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Así como tampoco existe diferencia significativa entre las medias con la Prueba de Tukey en los rangos de tiempo con su pareja. Sin embargo, las personas que se encuentran en el rango de 31 a 40 años con su pareja tienen más

Despersonalización e Insatisfacción, mientras que el rango de 6 meses a 10 años presenta más Agotamiento.

Tabla 8.

<i>Escolaridad</i>							
Factor	F	Sig.	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Posgrado
F1	1.479	.213	1.8571	2.3333	1.5000	1.9767	1.6250
F2	1.799	.134	1.2857	1.5000	1.5833	1.4884	1.2708
F3	4.509	.002	1.5714	1.6667	1.7500	1.3953	1.2083

En la tabla 8 se observa la relación “escolaridad” con los factores de Burnout. Se encontró que el nivel escolar tiene relación (considerando las medias) estadísticamente significativa con el desarrollo de Insatisfacción.

En la Prueba de Tukey, la variable no mostró diferencia significativa entre las medias. Pero las personas que tienen una escolaridad nivel Secundaria tiene más agotamiento, mientras las personas que cuentan estudios medios tienen mayor despersonalización e insatisfacción.

Tabla 9.

<i>Carrera</i>						
Factores	F	Sig.	Medicina	Odontología	Ciencias forenses	Otros
F1	1.248	.297	1.7391	2.1111	1.5833	1.5000
F2	.308	.819	1.3913	1.2778	1.4167	1.3750
F3	1.812	.150	1.3478	1.1667	1.3333	1.6250

En la tabla 9 se muestran los resultados estadísticos de la relación tipo de “carrera” con los factores de Burnout. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Así como tampoco existe diferencia significativa entre las medias con la Prueba de Tukey en el tipo de Carrera.

Aunque las personas que ejercen la Odontología tiene más agotamiento, el personal con carrera relacionada a las ciencias forenses tienen mayor despersonalización, mientras que los que tienen una carrera no asociada a las ciencias forenses tienen mayor insatisfacción.

Tabla 10.

<i>Tipo de Puesto</i>						
Factores	F	Sig.	Operativo	Medio	Ejecutivo	Otro
F1	.872	.458	1.6769	1.8421	2.0000	2.0435
F2	.892	.448	1.3692	1.4737	1.7500	1.3913
F3	2.863	.040	1.2923	1.4737	1.7500	1.5652

En la tabla 10 se muestran los resultados referentes la variable “Tipo de puesto” con los factores de Burnout, se encontró que tiene relación (considerando las medias) estadísticamente significativa con el desarrollo de la Insatisfacción.

En la Prueba de Tukey, la variable no mostró diferencia significativa entre las medias. No obstante las personas que no tienen un tipo de puesto específico tiene más agotamiento, el personal de nivel ejecutivo tienen mayor despersonalización e insatisfacción.

Tabla 11.

<i>Tipo de trabajo</i>							
Factores	F	Sig.	Empleado	Comercio	Empresario	Prof. Ind.	Otro
F1	3.254	.015	1.6444	2.0000	3.0000	2.6000	1.8889
F2	.789	.535	1.4000	1.0000	1.5000	1.6000	1.3333
F3	.117	.976	1.3667	1.5000	1.5000	1.4000	1.4444

En la tabla 11 se muestran los resultados estadísticos de la variable “Tipo de Trabajo” y la relación con los factores de Burnout, se encontró relación (considerando las medias) estadísticamente significativa con el desarrollo del Agotamiento.

En la Prueba de Tukey, la variable no mostró diferencia significativa entre las medias. Aunque las personas que definen su trabajo como Empresario tienen más agotamiento e insatisfacción, el personal con tipo de trabajo Prof. Ind. Tiene mayor despersonalización.

Tabla 12.

<i>Números de trabajos</i>					
Factores	F	Sig.	1	2	3
F1	.076	.927	1.8475	1.7755	1.8571
F2	.381	.684	1.4407	1.3878	1.2857
F3	3.627	.030	1.5085	1.2653	1.2857

En la tabla 12 se muestran los resultados estadísticos en la relación de la variable “Número de Trabajos” con los factores de Burnout sí existe una relación (considerando las medias) estadísticamente significativa con el desarrollo de Insatisfacción.

En la Prueba de Tukey, la variable no mostró diferencia significativa entre las medias. Sin dejar a un lado que las personas que tienen tres trabajos desarrollan más agotamiento, mientras los que tienen sólo un trabajo desarrollan despersonalización e insatisfacción.

Tabla 13.

<i>Años laborales</i>							
Factores	F	Sig.	6 Meses a 10 Años	11 Años a 20 años	21 Años a 30 años	31 Años a 40 años	41 Años a 50 años
F1	1.479	.214	2.1034	1.9231	1.5625	1.6400	2.0000
F2	2.099	.086	1.4828	1.5000	1.3750	1.2000	1.7500
F3	.570	.685	1.4828	1.3462	1.3125	1.3600	1.5000

En la tabla 13 se muestran los resultados estadísticos de la relación entre la variable “Años laborales” con los factores de Burnout. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Así mismo, en la Prueba de Tukey la variable no mostró diferencia significativa entre las medias. Sin embargo, las personas que tienen un rango de años laborales de 6 meses a 10 años tienen más agotamiento, el personal con 41 años a 50 tienen mayor despersonalización e insatisfacción.

Tabla 14.

<i>Tipo de contrato</i>					
Factores	F	Sig.	OBRA DETERMINADA	TIEMPO DETERMINADO	TIEMPO INDEFINIDO
F1	3.224	.044	3.0000	1.6897	1.8158
F2	.980	.379	1.7500	1.4138	1.3947
F3	1.985	.142	1.7500	1.4828	1.3421

En la tabla 14 se muestran los resultados estadísticos en la relación “Tipo de contrato” con los factores de Burnout se encontró que hay relación (considerando las medias) estadísticamente significativa con el desarrollo de Agotamiento.

En la Prueba de Tukey en la variable no mostro diferencia significativa entre las medias. Pero las personas que tienen un contrato por obra determinada muestran un mayor agotamiento, despersonalización e insatisfacción.

Tabla 15.

<i>Razón de consumo de medicamentos</i>						
Factores	F	Sig.	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades inflamatorias	Enfermedades con factor hereditario	Otros
F1	.421	.740	1.7273	2.1111	1.5714	2.0000
F2	1.398	.267	1.2727	1.3333	1.2857	2.0000
F3	1.464	.248	1.1818	1.5556	1.4286	1.0000

En la tabla 15 se muestran los resultados estadísticos de la relación entre la variable “Razón de consumo de medicamentos” con los factores de Burnout. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Así mismo, en la Prueba de Tukey la variable tampoco mostró significancia estadística. Aunque las personas que consumen medicamentos por enfermedad inflamatoria desarrollan más agotamiento e insatisfacción, mientras que el personal que consume medicamentos por otra razón presenta más despersonalización.

Tabla 16.

<i>Tipo de cirugía</i>							
Factores	F	Sig.	Amígdalas	Vesícula	Apéndice	Cesárea	Otros
F1	.451	.771	1.6667	2.0000	1.0000	1.4615	1.6154
F2	1.261	.305	1.1667	1.2500	2.0000	1.3077	1.3077
F3	.923	.463	1.5000	1.0000	1.5000	1.2308	1.3846

En la tabla 16 se muestran los resultados estadísticos entre la variable “Tipo de Cirugía” y la relación con los factores de Burnout. No hubo significancia estadística. Y tampoco existe diferencia significativa entre las medias con la Prueba de Tukey y esta variable. No obstante, las personas que nunca han sido intervenidas quirúrgicamente de la vesícula muestran más agotamiento, el personal que ha sido intervenido del apéndice tiene mayor despersonalización. Mientras que los trabajadores que se han intervenido del apéndice y de las amígdalas muestran mayor insatisfacción.

Tabla 17.

<i>Frecuencia en el consumo de Bebidas alcohólicas</i>								
Factores	F	Sig.	NUNCA	1 AL AÑO	2 AL AÑO	1 AL MES	SEMANAL	DIARIO
F1	1.547	.181	1.9474	1.3077	1.5556	2.0286	1.600	2.000
F2	.570	.723	1.3947	1.2308	1.5000	1.3714	1.500	1.500
F3	.923	.469	1.3158	1.2308	1.5556	1.4286	1.400	1.500

En la tabla 17 se muestran los resultados estadísticos en la relación “Frecuencia en el consumo de Bebidas Alcohólicas” con los factores de Burnout. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Así mismo tampoco existe diferencia significativa entre las medias con la Prueba de Tukey. Por otro lado, las personas que Beben una vez al mes muestran más agotamiento, el personal que bebe diariamente, semanalmente o dos veces al año tiene mayor

despersonalización, mientras que los trabajadores que beben dos veces al año manejan mayor insatisfacción.

Análisis de fiabilidad

Se realizó un análisis de fiabilidad de escala para determinar el grado de consistencia interna del instrumento en esta población.

Tabla 18. Análisis de consistencia interna de Cronbach.

Factor	Reactivos	Alfa
Agotamiento	9	.805
Despersonalización	9	.728
Insatisfacción	12	.847
Total	30	.884

En la tabla 18 se observa que en el factor “Agotamiento” es alto (.805), lo que muestra una gran consistencia interna, al igual que el factor “Insatisfacción” con (.847), mientras que el factor “Despersonalización” tiene un consistencia interna regular (.728). La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional tiene un valor alfa de (.884), lo que indica una gran consistencia interna entre los elementos de la escala.

Discusión



Y

Conclusión

Facultad
de Psicología

Discusiones

En el siglo XIX se comenzó a poner de manifiesto la relación entre trabajo y enfermedad. Gracias a los cambios políticos, comenzó a existir una mayor preocupación sobre la salud de los trabajadores, que dio como resultado la aparición de varias publicaciones sobre este tema. Y se empezaron a desarrollar actividades verdaderamente preventivas, realizando estudios del ambiente y las prácticas de trabajo con el objetivo de modificarlos y así, evitar los riesgos y proteger la salud de los trabajadores (citado en Van Der Haar; Goelzer, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950, manifestó que "la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad" (OIT, 2003, citado en Gómez, 2007).

En esta época una de las enfermedades laborales con más prevalencia dentro del sector salud, es el conocido síndrome de desgaste ocupacional (Burnout).

Existen diversas investigaciones sobre este fenómeno en el sector educativo, en profesores de diferentes grados escolares y sobre todo en sectores de profesionales de la salud como: médicos, enfermeras, odontólogos, entre otros, pero en el sector de jurisprudencia médica no hay antecedentes o indicios de

investigaciones de este fenómeno, por ejemplo el SEMEFO (Servicio Médico Forense) del Distrito Federal.

En la presente investigación se plantearon dos objetivos, detectar la presencia del Síndrome de Burnout en personal del SEMEFO, e identificar cuales factores sociodemográficos se relacionan con el síndrome de desgaste ocupacional.

Los datos obtenidos demostraron que la hipótesis alterna es aceptada, es decir, sí existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de Desgaste Ocupacional en personal del SEMEFO.

La estadística descriptiva mostró junto con el diagnóstico del modelo de Leiter la presencia del síndrome con respecto a las calificaciones generales del personal del SEMEFO, indicando que el personal se encuentra en una fase de Desgaste Ocupacional alto (en peligro) y muy alto (quemado). El porcentaje de los empleados que tienen estas fases son el 50.5%, y el personal que no se encuentra en riesgo es un 49.5%, estando en una fase de Desgaste sano y normal. De acuerdo con el análisis estadístico la variable Área de trabajo, la mayoría (considerando medias) que tiene Burnout en riesgo o alto es el área Administrativa, mientras que el Perito médico forense sólo tiene algunos casos que se encuentran en éste nivel de Desgaste, esto se puede considerar debido a que el Perito médico forense se ha preparado desde la toma de decisión de carrera para realizar este trabajo, en comparación con el personal Administrativo está relacionado, en su mayoría por la oportunidad laboral o las falsas expectativas al introducirse al área de jurisprudencia médica.

Del área Administrativa, el nivel ejecutivo (en base a las ANOVAS) maneja mayor despersonalización e insatisfacción. Según la teoría de los dos factores de Herzberg, la aparición de despersonalización e insatisfacción se debe a los sentimientos relacionados con el crecimiento y desarrollo personal, el reconocimiento profesional, las necesidades de autorrealización, la responsabilidad y dependen de las tareas que el individuo realiza en su trabajo.

El área Administrativa tiene que realizar el trabajo correspondiente al SEMEFO y atender las órdenes del Tribunal Superior de Justicia (TSJDF) por medio de petición de Jueces y profesionales de derecho involucrados en los delitos o casos que maneja la SEMEFO y el TSJDF.

Por lo que los factores de higiene (las buenas condiciones de trabajo) son profilácticos y preventivos que evitan la insatisfacción, pero no provocan satisfacción.

Tanto como las correlaciones y las Anovas realizados en el estudio, sostienen que existe relación estadísticamente significativa, es decir, el tipo de puesto es un desencadenante para desarrollar el síndrome de Burnout.

De acuerdo a las correlaciones Producto-Momento de Pearson que se elaboraron la segunda hipótesis nula que plantea esta investigación fue rechazada, es decir se acepta la hipótesis alterna, determinando que sí existe una relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y desgaste ocupacional en personal del SEMEFO.

Algunos autores como Cano (2006), señalan que existen diversas causas que influyen en la aparición del síndrome, los cuales se encuentran los factores situacionales (demográficos, estado civil, nivel educativo, laborales) como

intrapersonales (tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento utilizadas), e interpersonales (relaciones profesionales conflictivas, escaso apoyo social entre otras).

Por tal motivo las correlaciones entre factores del Burnout y las características sociodemográficas éstas se dividieron en tres áreas: personales, laborales y calidad de vida.

Como se observa en la Tabla 4 de variables sociodemográficas personales, se presentan correlaciones negativas en la variable Edad (-.190*) y la variable Años de relación (-.211*) con el factor agotamiento. El Factor Insatisfacción tiene relación negativa con la variable Escolaridad (-.318**).

Las variables correspondientes a la personalidad o al rubro personal pueden estar asociadas a diferentes factores que propician la presencia del síndrome de Burnout. Según Alarcón (2001), la personalidad como factor mediador del Burnout ha sido estudiada más ampliamente desde la perspectiva del llamado patrón de conducta tipo A porque se han encontrado relaciones significativas con el Burnout.

El patrón tipo A de conducta menciona Gil-Montes (2005), se caracteriza por un comportamiento agresivo, competitivo, hostil, obsesionado por el tiempo, con necesidad de obtener muchos resultados en poco tiempo. El patrón de conducta tipo A está considerado como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares en individuos inicialmente saludables, y por ende están más propensos a padecer Burnout no sólo por la auto exigencia, y las prisas, sino también por el grado de implicación personal que los trabajadores con estas características tienen con sus tareas.

En la Tabla 5 de variables sociodemográficas laborales. Se presentaron 7 variables que correlacionaron con los factores de Desgaste Ocupacional, como son la variable tipo de puesto y el factor 3 Insatisfacción (.245**), tipo de trabajo correlaciona con Agotamiento (.233*), actividades diarias (.229*) y horas de trabajo (.243**) también se correlacionaron con Agotamiento y de forma negativa con la variable Antigüedad en el puesto (-.253**). Y la variable número de trabajos existe una correlación negativa con el factor insatisfacción (-.224*). Y la variable área correlacionó con agotamiento (.422**), Despersonalización (.267**) e insatisfacción (.402**).

Como indica Ramos (2006), que el trabajo por turnos, el nocturno, las horas que se laboran, el tipo de trabajo que se desempeña, influye en la aparición del síndrome de desgaste ocupacional. Por las influencias biológicas y emocionales que alteran los ritmos cardiacos, el ciclo sueño-vigilia, los patrones de temperatura corporal y del ritmo de secreción de adrenalina.

Las variables Sociodemográficas referente a calidad de vida (tabla 6), no hubo ninguna correlación. Atribuimos esto a la posible percepción del personal de tener una buena calidad de vida, de bienestar y satisfacción.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos, y es subjetivo propio de cada individuo, que está influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que se vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus

inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está relacionado de modo complejo con la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Gómez, 2007).

Se realizaron Anovas de una vía para hacer comparaciones entre grupos, entre todas las variables sociodemográficas y los factores de Burnout. Algunas variables, tuvieron significancia estadística. Como la variable escolaridad se encontró que las personas que tienen una escolaridad secundaria tiene más agotamiento (2.3333), las personas que cuentan estudios medios tienen mayor despersonalización (1.5833) y de insatisfacción (1.7500). Mientras que los de posgrado no presentan tendencias a algún factor del síndrome y se argumenta que esto se debe a la posibilidad de continuar con una formación y el tener ascensos disminuye la probabilidad de tener Burnout (Tabla 8).

En la relación de la variable Tipo de puesto con los factores de Burnout, se encontró que tiene relación estadísticamente significativa con el desarrollo Insatisfacción. El personal que no tiene un tipo de puesto específico tiene más agotamiento (2.0435), el personal de nivel ejecutivo tiene mayor despersonalización (1.7500) e insatisfacción (1.7500). (Tabla 10).

La variable Tipo de Trabajo con los factores de Burnout, se mostró que existe relación estadísticamente significativa con el desarrollo Agotamiento. Las personas que definen su trabajo como Empresario tienen más agotamiento (3.0000) e insatisfacción (1.5000), y los que definen su tipo de trabajo como empleado, en comparación de las medias presentan los valores más bajos. (Tabla 11).

Número de Trabajos con los factores de Burnout (Tabla 12) tiene relación estadísticamente significativa con el desarrollo Insatisfacción. En la Prueba de Tukey, las personas que tienen tres trabajos desarrollan más agotamiento (1.8571), y los que tienen sólo un trabajo desarrollan despersonalización (1.4407) e insatisfacción (1.5085).

En relación a la variable Tipo de contrato se encontró que propicia el desarrollo de Agotamiento. Además se muestra que las personas que tienen un contrato por obra determinada muestran un mayor agotamiento (4.0325), despersonalización (2.3325) e insatisfacción (2.2475). Mientras que el tipo de contrato tiempo indefinido muestra las medias más bajas, esto es porque hay una mayor estabilidad en el trabajo (ver Tabla 14).

De igual forma se realizó un análisis de fiabilidad de la Escala de Desgaste Ocupacional que se utilizó para la población del SEMEFO. Para determinar consistencia interna, que es la capacidad para medir de forma consistente, precisa y sin error la característica que se desea medir (Burnout) y que sea la misma medición en dos situaciones diferentes a los mismos sujetos.

Los resultados obtenidos de esta prueba (Tabla 18) en el factor Agotamiento (.805), en el factor Insatisfacción (.847), y el factor Despersonalización (.728) y la consistencia interna global (.884) de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional es de .884 lo cual representa una consistencia interna muy buena.

En comparación con la consistencia interna que muestra el manual del instrumento EMEDO en agotamiento (.7894), despersonalización (.7748) e

insatisfacción (.8620) y la consistencia total del instrumento es de .8910, que es una consistencia interna muy buena.

Como se observa los resultados obtenidos son similares de las dos pruebas de consistencia interna, difiriendo por muy poco. Esto nos indica que el instrumento mide lo que tienen que medir, es decir sus elementos cuentan con las mismas propiedades.

El objetivo de realizar la confiabilidad del instrumento es de asegurarse que los resultados obtenidos en este estudio estén fundamentados en bases sólidas o confiables. Y la consistencia interna obtenida para la población del SEMEFO es de .884.

Conclusiones

Como se ha mencionado a lo largo de la investigación el Burnout es un estrés crónico que afecta negativamente al trabajador como a su familia, al usuario del servicio y a la empresa. Las máximas representantes de este síndrome son Maslach y Jackson, que en 1982 lo definieron como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son; un agotamiento físico o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que debe realizar (Gil-Monte, 2005).

La realización del estudio en el personal del SEMEFO, fue para aportar más datos sobre el síndrome de Desgaste Ocupacional en otro sector donde no se habían llevado investigaciones, como en el área de jurisprudencia. Debido a que

la institución no sólo apoya en casos de muerte, sino también en aquellos casos con implicaciones médico-legales con personas vivas.

En los resultados obtenidos de la institución, se demuestra que sí existe presencia del síndrome de Desgaste Ocupacional. Esto rechaza nuestra hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, H_1 : Existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) en personal del SEMEFO.

Las condiciones laborales de los empleados del SEMEFO son las siguientes.

- El personal cuenta con un horario establecido que se respeta.
- Existen horarios laborales (matutinos, vespertinos, nocturnos, de fines de semana).
- Vacaciones cada 6 meses.
- Sueldos bien remunerados.
- Delimitación clara de las actividades de cada puesto.
- Material necesario para realizar sus actividades.
- Inducción al puesto.
- Tipo de contrato indeterminado.
- Dependiendo del nivel escolar, se les dan cursos o un 50% para la realización de algún diplomado.
- Promociones cumpliendo la descripción del puesto.
- Promueven las relaciones interpersonales (formales e informales).

La literatura menciona que uno de los factores que propician la presencia del síndrome de Desgaste Ocupacional son, las condiciones laborales precarias de los trabajadores.

Ellos pueden percibir que no cuentan con los recursos necesarios para su trabajo, y que no son vistos por sus jefes como personas, sino como simple mano de obra para llevar a cabo la actividad. El no contar con un buen clima organizacional, y comunicación de calidad con jefes y buen trato, hacen que los empleados no se sientan cómodos realizando sus actividades, no llevando a cabo sus labores con calidad y esto produzca estrés y ellos empiecen a evitar ir a trabajar. Algunos generadores de estrés en el área de trabajo poder ser:

- El mal ambiente físico del trabajo, como la poca luz, no tener el material necesario para realizar sus labores, poco espacio.
- El desempeño ambiguo de los roles, el no tener claro cuáles son las actividades que se deben realizar y el cómo se deben hacer producen inseguridad y estrés en el trabajo. Al igual que no saber dónde empiezan tus labores y donde terminan.
- Relaciones interpersonales formales. Se ha comprobado que el tener relaciones interpersonales disminuye la tensión y estrés en el trabajo, pero hay empresas donde las prohíben por el hecho de que pierden tiempo para realizar su trabajo.
- Nulo crecimiento de la carrera, entre otros. Las personas siempre buscan el superarse, tener más ingresos e ir creciendo

profesionalmente. Cuando en alguna empresa no se les permite creer, los empleados perciben un estancamiento y no tener un objetivo o una meta por el cual esforzarse.

Con esta comparación de condiciones laborales, se observa que la Institución brinda a su personal condiciones de trabajo buenas o atractivas para su desempeño, donde cuidan de su integridad como trabajadores, su salud y bienestar físico y emocional.

Se puede concluir que estas fueron las causas de que no se presentarán correlaciones con respecto a calidad de vida, debido a que ellos sienten tener un buen trabajo el cual les proporciona cumplir con sus demandas de alimentación, vestido y cubrir algunas otras necesidades que ellos necesitan.

El argumento para explicar porque se puede presentar el síndrome con estas condiciones, se basa en la teoría de los factores de Herzberg que afirma que la existencia de estos factores de higiene no causa satisfacción, pero la ausencia es detonante de insatisfacción. Y que estas variables no son las únicas detonantes del Desgaste Ocupacional. Existen otras variables en el mismo rubro de condiciones laborales como son el tipo de puesto, horas laborales, tipo de trabajo, actividades diarias y número de trabajos que se puede deducir que tienen un mayor peso en la predisposición del síndrome y que en el estudio salieron significativas. Como la variable área donde los tres factores salieron significativos, esta variable se refiere en donde realizan sus actividades laborales, es decir áreas de peritos o administrativos.

Se considera esta variable importante debido a que como se ha mencionado la mitad de la población del SEMEFO tiene un desgaste ocupacional muy alto, y la otra mitad un desgaste ocupacional normal. La mayoría que tiene Burnout en riesgo o alto es el área Administrativa, mientras que el Perito médico forense sólo tiene casos que se encuentran en éste nivel de Desgaste.

Esto se debe pese a las buenas condiciones laborales que reportaron el personal y que de acuerdo con las investigaciones que aseguran que las características organizacionales son factores desencadenantes del Burnout, se debe considerar la percepción de apoyo social, motivación y objetivos de vida de cada uno de los trabajadores. Ya que éstos son fuentes reguladoras para el desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Otra de las variables que se consideran importantes en la investigación del Burnout en el SEMEFO y cualquier empresa, son las variables referentes a las personales o de personalidad. Esto enfocado al patrón de conducta tipo A, que puede afectar en gran medida a la presencia del síndrome.

Se considera esto porque el trabajador puede tener las mejores condiciones laborales, una calidad de vida buena, pero para él su desempeño es insuficiente, se exige más cada vez y nunca podrá alcanzar sus expectativas que tiene hacia su trabajo, lo cual podría provocar agotamiento físico, emocional y empezara el proceso de Burnout.

Conforme a los resultados de las correlaciones escolaridad, tipo de puesto, podemos deducir que la presencia del Desgaste Ocupacional en el SEMEFO es debido a que las personas con una escolaridad universitaria tratan de prepararse y estudiar siempre más, es decir conseguir un posgrado y obtener un

mejor puesto, lo cual puede ser característico del tipo de personalidad A. Aunado a esto, existe en todo ambiente laboral la competencia y podría ser un factor que también interviene.

Tomando en cuenta que una de las condiciones laborales que brinda el SEMEFO son las promociones, que pueden aumentar la competitividad. Sin dejar a un lado las actividades del día en su puesto de trabajo, y sus condiciones de calidad de vida (fumar, hacer ejercicio, familia, pareja, hijos, beber, entre otros).

Así que todas estas variables, laborales, personales, sin olvidar la de calidad de vida pudieron afectar para que el síndrome de Burnout apareciera en este tipo de institución.

Limitaciones

Durante el desarrollo de la investigación se tuvieron algunos obstáculos como la idiosincrasia de las personas, de negarse a responder el instrumento u otras no contestar el apartado de enfermedades.

Otra situación que perjudicó al estudio, fue que algunos empleados habían tomado vacaciones o estaban de incapacidad.

Esto afectó al estudio porque la mayoría de los trabajadores que faltaron en contestar era médicos del anfiteatro y algunas otras áreas referentes a las actividades esenciales del SEMEFO. La cual era la población meta que interesaba estudiar.

Algunas recomendaciones para futuras investigaciones es que la aplicación del instrumento sea llevado a cabo por personal que pueda explicar las dudas que tengan sobre la prueba.

Además de dar una introducción sobre el estudio que se está realizando, para que el personal tenga una mayor disposición para responder el instrumento.

Una propuesta para tener más certeza en las causas del Desgaste Ocupacional en el SEMEFO, sería la aplicación de una prueba de personalidad. La cual nos daría como resultado si efectivamente, el patrón de conducta tipo A, se asocia en los empleados con puestos medios y ejecutivos.

Recomendaciones

Se recomienda llevar a cabo con un especialista, un programa de intervención para el personal que tiene desgaste Ocupacional en un nivel alto y muy alto, que se oriente hacia tres aspectos, como dice la literatura y recomiendan autores como Cherniss, 1990, Burke, 1992, citados en Guerrero, 2005. En aspectos a nivel personal, social y organizacional.

Y específicamente en procesos de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización de tiempo, estilos de vida y sobre todo concientizar a los empleados de la importancia de prevenir los factores de riesgo para evitar desarrollar el Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Referencias

Facultad
de Psicología

Referencias

- Apiquian, A. (2007). *El síndrome de Burnout en las empresas*. Tercer congreso de escuelas de Psicología de las Universidades red Anáhuac. Mérida Yucatán.
- Alarcón, J. (2001). *Análisis del síndrome de Burnout; psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social*. Revista de psiquiatría de la facultad de medicina Barcelona, 29 (1), 8-17.
- Arias, L. (1999). *Administración de Recursos Humanos*. Ed. Trillas: México.
- Arredondo, P. (2009). *Datos Históricos*. Recuperado 17 de septiembre 2013, <http://www.consejomexicanodemedicinalegal.com.mx/consejo/m1.htm>
- Barría, M. (2005). *Síndrome de Burnout en asistenciales*. Ed. Salas: Chile.
- Bakker, A. (2012). *Introducción a la psicología de la salud ocupacional positiva*. *Psicothema*, 24 (1), 62-65.
- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A. (2012). *La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva*. *Psicothema*, 24 (1), 66-72.
- Barreto da Costa, J., Augusta Mombelli, M., das Neves Decesaro., M., Pagliarini Waidman, M. A., & Silva Marcon, S. (2011). *Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario*. *Revista Salud Mental*, 129-138.

- Barajas Gonzáles S. (2010). *Desgaste ocupacional (Burnout) en trabajadores mexicanos: comparación de mandos medios t nivel operativo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Benítez Alabarrán N. & Moreno Molina A. (2007). *Estilos de afrontamiento ante el estrés en estudiantes de la carrera de psicología de la UNAM "un estudio comparativo"*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Bernard, C. (2005). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Universidad Nacional Autónoma de México: México, 197-201.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Chile.
- Buunk, B. y Shaufeli, W. (1993). *Burnout: A perspectiva from Social Comparison Theory Professional*. C. Lanch y T. Marek. 53-69.
- Caballero, C. (2009). *El Burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición*. Revista Latinoamericana de Psicología, 42 (1), 131-146.
- Cabrera, C., Ruiz, L., Gonzalez, G. (2009). *Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad*. Salud Mental, 32(2), 215-221.

- Campos, M. (2006). *Causas y efectos del estrés laboral*. San Salvador: Universidad del Salvador.
- Cano, A. (2002). *La naturaleza del estrés*.
- Carlotto, M. (2001). *Desempleo y Síndrome de Burnout*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 10 (1), 131-139.
- Córdoba – Palacios, S. (2008). *Génesis y Esencia de la Medicina*. Persona y Bioética, 2 (31), 108-117.
- Curto, S. I. (2008). *De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud*. Revista Geográfica, 14 (3), 9-28.
- Chiavenato, I. (2011). *Administración de Recursos Humanos*. McGraw-Hill: México.
- Díaz, F. (2010). *Factores asociados al síndrome de Burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia*. Univ. Psychol., 1(11), 217-227.
- Díaz, J. Gallego, B. R. (2005). *Hipócrates y la medicina científica*. Revista de salud pública, 20 (3).
- Díaz, M. (2006). *Factores Demográficos y Síndrome de Burnout en Practicantes de Enfermería y Psicología*. Revista de Psicología, Anual, 29-39.
- Dubos, R. (1989). *El hombre en adaptación*. Fondo de Cultura Económica: México, 303-306.

- Espejo, M. (2011). *Consecuencias del estrés laboral en trabajadores de la industria de la imprenta*. Tesina de Licenciatura en enfermería.
- García, E., González, E. (2011). *Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) en trabajadores de una empresa de giro de servicio- entretenimiento y sus características Demográficas y Psicosomáticas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- García Saisó, S., Gutiérrez, J. P., Ruiseñor Escudero, H., & Familiar López, I. (2008). *Síndrome de Burnout e Implicaciones Económicas de la Salud Mental en el Contexto Laboral Mexicano*. México: dgapa.
- Gil, J. y López, F. (2004). *Estrés y Salud*. Psicología de la salud. Aproximación Histórica, conceptual y aplicaciones. España: Pirámide.
- Gil-Montes, P.R. (1999). *Perspectivas teoricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Revista Anales de Psicología, 15 (2), 261-268.
- Gil-Montes, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. España: Pirámide.
- Gómez, I. C. (2007). *Salud Laboral: Una Revisión a la Luz de las Nuevas Condiciones del Trabajo*. Universidad Psicología de Bogota, 6(1), 105-113.
- González, J. (1996). *El Ethos, destino del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica.

- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2006). *Síntomas psicossomáticos y teoría transaccional del estrés*. Revista Ansiedad y Estrés, 45-61.
- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2008). *Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos mediante ecuaciones estructurales*. Rev Panam Salud Pública, 7-18.
- González, J. (2011). *Especialistas en Enfermería del trabajo*. Publicado en Enfermería Clínica, 21 (6).
- Granda, E. (2006). *La insatisfacción laboral como factor de bajo rendimiento en el trabajo*. Revista Anales de Psicología, 12 (2), 107-122.
- Guerrero, E. (2001). *Abordaje del Burnout en profesionales del campo de la discapacidad*. Aplicaciones de intervención psicopedagógica. Madrid: Pirámides.
- Guerrero, E. (2005). *Estrategias de Prevención e Intervención del Burnout en el ámbito Educativo*. Revista Salud Mental, 28 (5), 17-33.
- Guillén, C. (2000). *Psicología del Trabajo para las relaciones laborales*. España: Mc Graw Hill.
- Guillén, M. (2006). *Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud Ocupacional*. Revista Cubana Enfermería, 22(4).

- Hernández, R. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud*. Revista cubana de salud pública, 2 (29), 103-110.
- Hernández, S. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Historia del TSJDF. (2009). Recuperado el 17 de septiembre del 2013, de <http://www.tsjdf.gob.mx/institucion/historia/index.htm>
- Izazaga, A. (2008). *Validación de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Relación entre aspectos Psicósomáticos y Burnout*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Lara, F. (1982). *Código de Hammurabi*. Editora Nacional: Madrid.
- Lozano, M. (2008). *Relación entre el Síndrome de Desgaste ocupacional (Burnout) y Trastornos Psicósomáticos en una muestra de trabajadores mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Luna, M.C. (2011). *Desgaste ocupacional y su relación con el estrés en trabajadores de gas nieta en Uruapan Michoacán*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UMSNH, Michoacán.
- Mañas, I., Justo, C. (2011). *Reducción de los Niveles de Estrés Docente y los Días de Baja Laboral por Enfermedad en Profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un Programa de Entrenamiento en Mindfulness*. Clínica y Salud, 22 (2), 121-137.

- Martínez, J. (2004). *Estrés Laboral: guía para Empresarios y Empleados*. España: Prentice Hall.
- Maslach, C. y Jackson, E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: California. Consulting Psychologist Press.
- Mata, C. (2010). *Desgaste Ocupacional y características demográficas en médicos y enfermeros de hospitales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Mendoza, F. (2007). *Propuesta de un programa para identificar, controlar y reducir el estrés laboral*. Tesina de licenciatura en enfermería.
- Moreno de la Colina, H. (2009). *Salud laboral: Orígenes, evolución e importancia en el trabajo*. HOSPITALIDAD-ESDA, 91-107.
- Naranjo, M. (2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. Revista Educación, 33 (2), 171-190.
- Pardo, A. (2002). *SPSS 11: Guía para el Análisis de datos*. México: McGraw-Hill.
- Peña Hernández O. D. & Mendoza Elizarraras P. (2003). *Estrés Gerencial*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Pereda, L. (2009). *Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico*. Salud Mental, 32 (5), 399-404.
- Pines, A. (2000). *Treating Career Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective*. JLC/ session: Psychotherapy in Practice, 56 (5), 633-642.

- Ponce, A. R., Bulnes, A.S., Aliaga, J.R., Atalaya, M.C., y Huertas, R. E. (2005). *El síndrome del “quemado” del estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios*. Revista de investigación en psicología, 8 (2), 87-112.
- Quiceno, J., Vinaccia, S. (2007). *Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SDT)*. Acta Colombiana de psicología, 10(2), 117-125.
- Quintanilla, M. (2004). *Prevalencia del síndrome de burnout en las enfermeras de la unidad de paciente crítico del Hospital del trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención*. Revista Chilena de Medicina Interna, 19 (1), 33-38.
- Quiroz, R. (2003). *Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras*. Revista SITUA. 55-70.
- Ramírez, J. (2008). *Una mirada antropológica sobre el estudio del estrés laboral desde diferentes áreas temáticas y tendencias analíticas*. En J. Uribe Prado, *Psicología de la salud ocupacional en México* (págs. 325-354). México: PAPII.
- Ramírez, S. (2010). *Relación entre factores sociodemográficos y laborales con la presencia de Burnout en personal de enfermería*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UMSNH, Michoacán.
- Ramos, M. (2006). *Prevalencia de Burnout y variables asociadas en médicos de atención primaria de Burgos*. Revista de atención primaria, 38(1), 56-69.

- Raya, A., Moriano, J.A., Herruzo, J. (2010). *Relación entre síndrome Burnout y conducta de tipo A en profesores*. Revista ansiedad y Estrés, 16 (1), 61-70.
- Restrepo, A. (2006). *Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín*. Revista de salud pública, 8 (1), 63- 73.
- Romero, R., Vesalius, A. (2007). *Fundador de la Anatomía Humana moderna*. *Int. J. Morphol*, 25 (4).
- Sánchez-Román, F., (2009). *Enseñanza de la medicina del trabajo en el pregrado de las escuelas de medicina*. Salud Pública de México, 51(2), 97-103.
- Tribunal de Justicia. (2010). *INCIFO*. Recuperado el 17 de septiembre 2013. <http://www.semefo.gob.mx/swb/INCIFO/home>.
- Uribe Prado, J. F. (2008). *Desgaste Ocupacional: Construcción, Desarrollo y Validación de un Instrumento Mexicano para medir "Burnout", la escala EMEDO*. En J. F. Uribe Prado, *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. dgapa: México, 121-156.
- Uribe Prado, J.F. (2008). *Perfil Psicosomático y de Desgaste Ocupacional en Cajeros del Sector Bancario con Escala EMEDO*. Ciencia y Trabajo, 10 (30), 143-150.
- Varela, L. (2005). *Desgaste Profesional entre Profesionales Sanitarios*. Revista de atención primaria, 35 (6), 85-98.

- Van der Haar, R., & Goelzer, B. (2001). *La Higiene Ocupacional en América Latina: Una Guía para su Desarrollo*. WASHINGTON: Organización Panamericana de la Salud.
- Vega-Franco, L. (2002). *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica*. Salud Pública México, 44 (3), 258-265.
- Vega, S. (2010). *Desgaste ocupacional y estrés en odontólogos de la ciudad de México*. Tesis en Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Vink, D., Segresting, D. (2002) .*Sociología industrial e instrumentación de la acción colectiva: informe del trabajo realizado en el Centre de Recherche sur*. Revista Colombiana de sociología, 7(2), 69-99.
- Yañez, I. (2009). *La Crónica de hoy*. Recuperado el 17 de septiembre 2013, de http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=459519
- Zavala, J. (2008). *Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos*. Revista Educación, 67-86.
- Zúñiga, A. (2008). *Relación entre el Síndrome de Burnout y Variables sociodemográficas en odontólogos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.

A stylized, light gray logo of a hand holding a pen, positioned behind the word 'Anexos'.

Anexos

Facultad
de Psicología

Anexo I. ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO)



Cuestionario (F01)



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 la **HOJA DE RESPUESTAS (F02)** anexa, 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 repuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos**

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!**

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple con esta condición

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho 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 que actúo únicamente por lo que me pagan.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

¿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. ej., 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. ej., 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** son sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** son sólo para **MUJERES**.
65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
 66. Tienes problemas de erección.
 67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo 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 tu trabajo ¿Qué tipo de puesto ocupas?
80. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
81. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
82. ¿Cuántos trabajos tienes?
83. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (p. ej., 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?

Nota: Este cuestionario está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Anexo II. HOJA DE RESPUESTAS DEL EMEDO

Hoja de respuestas (F02) EDO

Llene el espacio o marque con una "X"



Todos los derechos reservados.
 Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
 almacenada en un sistema de recuperación,
 distribuida, ni en forma física ni electrónica,
 sin permiso previo por escrito de la EDO.

Manual moderno
 D.E. © 2010 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Suroeste 256, Col. Hipólito B. Martínez, 06100, México, D.F.

71.	<input type="checkbox"/> AÑOS
72.	Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
73.	Con pareja <input type="radio"/> Sin pareja <input type="radio"/>
74.	<input type="checkbox"/> Años
75.	Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Universidad <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>
76.	Qué estudiaste _____
77.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
78.	Hijos _____
79.	Operativo <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Ejecutivo <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
80.	Empleado <input type="radio"/> Comercio <input type="radio"/> Empresario <input type="radio"/> Prof. indepd. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
81.	Directo <input type="radio"/> Indirecto <input type="radio"/>
82.	Trabajos _____
83.	Actividades _____
84.	Horas _____
85.	Tiempo(años) _____
86.	Años _____
87.	Empleos _____
88.	Ascensos _____
89.	\$ _____ Mensuales
90.	Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>
91.	Obra deter. <input type="radio"/> Tiempo deter. <input type="radio"/> Tiempo indefinido <input type="radio"/>
92.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
93.	Personas _____
94.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
95.	Cuál _____
	Para qué _____
96.	Tiempo _____
97.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Tipo _____
98.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Tipo _____
99.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
100.	Cigarros _____
101.	Nunca <input type="radio"/> 1 al año <input type="radio"/> 2 al año <input type="radio"/> 1 mes <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> diario <input type="radio"/>
102.	Nunca <input type="radio"/> 1 al año <input type="radio"/> 2 al año <input type="radio"/> 1 mes <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> diario <input type="radio"/>
103.	Horas por semana _____
104.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
105.	Horas por semana _____

Nombre:	Depto.
Institución:	Núm. Empleado
Observaciones:	Fecha:

Hoja de respuestas (F02)
EDO



	TD	TA
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.		

	Nunca	Siempre
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

TD = Total Desacuerdo
TA = Total Acuerdo

H = sólo hombres
M = sólo mujeres