



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA  
SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. CARLOS  
CANSECO" (TAMPICO, TAMAULIPAS, MÉXICO).**

**TESIS DOCTORAL  
D. Víctor Manuel Joffre Velázquez**

**DIRECTOR  
Dr. D. José M<sup>a</sup> Peinado Herreros**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Víctor Manuel Joffre Velázquez  
D.L.: GR. 3950-2009  
ISBN: 978-84-692-7839-8

## INDICE

INDICE .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
MARCO TEORICO.....	16
JUSTIFICACIÓN .....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	
OBJETIVO GENERAL .....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
HIPÓTESIS .....	26
HIPÓTESIS NULA.....	27
CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO.....	28
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
GRUPOS DE ESTUDIO.....	
CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS .....	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	31
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	31
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	32
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	33
RESULTADOS .....	34
PERSONAL MEDICO .....	34
PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	
DISCUSIÓN .....	55
CONCLUSIONES.....	78
CONTRASTACIÓN .....	
ANÁLISIS FACTORIAL PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	
CALCULO DE ÍNDICE DE RIESGO PARA MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA. UTILIZANDO REGRESIÓN LOGÍSTICA .....	
BIBLIOGRAFÍA .....	79

## INTRODUCCIÓN

Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "La respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior". El término, proveniente del idioma inglés, fue incorporado rápidamente a todos los idiomas.

Esta conclusión categórica devino de sus observaciones en los enfermos a quienes estudiaba. El autor se dio cuenta que además de que los pacientes manifestaban la patología motivo de consulta, presentaban síntomas comunes y generales como cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención de Selye, quien denominó a este conjunto de alteraciones como el *Síndrome de estar enfermo*.

Finalmente consideró que varias enfermedades a veces con causas desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales, no eran sino el resultado de cambios fisiológicos producto de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados, y que podrían estar predeterminados genética o constitucionalmente.

El estrés laboral se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador, y que son consecuencia de la presencia de agentes estresantes nocivos derivados directamente de la actividad laboral. El estrés laboral, es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y

presiones que no se ajustan a sus conocimientos y que ponen a prueba su capacidad para afrontar situaciones.

Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el individuo percibe que no recibe suficiente apoyo de sus superiores y compañeros de trabajo y cuando considera que el control sobre sus tareas es limitado y fragmentado.

Los estímulos psicosociales que están presentes en el ámbito de trabajo son, para el trabajador, habitualmente un conjunto de percepciones y experiencias muy diversas, siendo algunas de ellas de carácter general, pero otras son inherentes a las expectativas muy personales de cada individuo, como por ejemplo, las de tipo económico, las referentes al desarrollo personal, y las que tienen que ver con las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

Estas consideraciones son relevantes, ya que el enfoque más común para abordar la interacción entre el medio psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través de la presencia o ausencia de estrés. Se ha observado que en los países en desarrollo y en las comunidades industrializadas el ambiente de trabajo en su conjunto y la relación de éste con el estilo de vida personal, pueden provocar la aparición de variables psicológicas y sociales adversas.

Por ello es importante su estudio desde el punto de vista profesional. Estos estudios deben incluir no solamente los aspectos fisiológicos y psicológicos, sino también los efectos de las relaciones laborales.

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

Al respecto, los principales factores generadores de estrés presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración y sistemas de trabajo y desde luego la calidad de las relaciones humanas. Por ello, el clima organizacional de una empresa se vincula no solamente a su estructura y a las condiciones de vida de la colectividad, sino también a su contexto histórico con todo y su conjunto de problemas demográficos, económicos y sociales.

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

En la actualidad se producen acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción que afectan consecuentemente a los trabajadores en sus

rutinas de trabajo, modificando su entorno laboral y aumentando la aparición o el desarrollo de enfermedades crónicas por estrés.

Algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de estrés laboral son:

**Desempeño profesional:**

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

**Dirección:**

- Liderazgo inadecuado
- Mala utilización de las habilidades del trabajador
- Mala delegación de responsabilidades
- Relaciones laborales ambivalentes
- Manipulación o coacción hacia el trabajador
- Motivación deficiente
- Falta de capacitación y desarrollo del personal

- Carencia de reconocimiento
- Ausencia de incentivos
- Remuneración no equitativa
- Promociones laborales aleatorias

**Organización y Función:**

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

**Tareas y Actividades:**

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

**Medio Ambiente de Trabajo:**

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

**Jornada Laboral:**

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

Las exigencias que existen en el ámbito laboral inevitablemente generan tensión, sin embargo, cierto nivel de presión sobre los trabajadores puede ser aceptable si con esto se logra mantener un desempeño con motivación, interés y estructura, lo que se retroalimenta al conseguir secundariamente logros y estímulos.

Para los expertos, el estrés en el trabajo es el resultado de exigencias, tensiones y nulo apoyo, pero también es resultado de la interacción de estas variables con las características de cada individuo lo cual depende de factores

familiares, sociales y sobre todo del desarrollo personal que se genera desde los primeros años de vida y que por ende es único e individual.

Cuando el nivel de tolerancia al estrés es deficiente o bien las tensiones externas son demasiadas, el individuo puede manifestar múltiples trastornos no solo en el aspecto mental o conductual, sino también en el físico. En términos generales, un trabajo saludable será aquél en que la presión sobre el trabajador se corresponde con sus capacidades y habilidades, y el grado de control que logra ejercer sobre sus actividades.

Tomando en cuenta que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social como fue señalado por la Organización Mundial de la Salud hace varios años y no solamente un estado en que hay ausencia de enfermedad, podríamos señalar que un entorno laboral saludable no solamente es aquél en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino aquél en donde se fomentan factores que promueven la salud del individuo.

En este sentido, se debe establecer que una favorable promoción de la salud debe incluir estrategias como la evaluación y minimización constante de los riesgos laborales, la información y capacitación adecuada en materia de salud y las prácticas institucionales de apoyo entre otras cosas.

Cuando el estrés laboral es constante el individuo puede:

- Estar cada vez más angustiado e irritable
- Ser incapaz de concentrarse o relajarse
- Tener dificultades para pensar con lógica y tomar decisiones
- Disfrutar cada vez menos su trabajo
- Sentirse cansado, deprimido e intranquilo
- Tener dificultades para dormir
- Sufrir problemas físicos graves como:
  1. Cardiopatías
  2. Trastornos digestivos
  3. Aumento de la tensión arterial
  4. Trastornos músculo-esqueléticos
  5. Cefaleas o migrañas
  6. Problemas para dormir

Es importante señalar, sin embargo, que no solamente las situaciones laborales son fuente de estrés, si bien es cierto que son relevantes para el desarrollo de esta circunstancia.

Actualmente se ha logrado identificar otro tipo de situaciones que generan presión en un individuo. A estos agentes de estrés podemos dividirlos en diversas categorías según su origen:

- **Ambientales:** Como el ruido, tráfico intenso, largas distancias recorridas, inadecuadas condiciones físicas en los lugares de trabajo y/o escuela, la inseguridad pública y los desastres naturales, entre otros.
- **Familiares:** Los problemas de los hijos y/o de los padres, los conflictos conyugales, enfermedades o muerte de algún familiar.
- **Personales:** La insatisfacción en el cumplimiento de metas, o bien el planteamiento de metas muy altas que no se logran cumplir y un pensamiento negativo.
- **Impersonales:** Se refieren a la mala comunicación, llegar tarde a una cita o ser "plantado" en una cita, o interactuar con desconocidos.

Las situaciones de estrés en general pueden cumplir con las siguientes características:

- Se genera un cambio en la vida del individuo
- Suele faltar información sobre este tema
- Producen incertidumbre
- Generan ambigüedad
- La inminencia del cambio puede generar todavía más estrés
- Se deben buscar nuevas habilidades para afrontar las nuevas situaciones

- Se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo, que obligan a trabajar más intensamente para volver al estado de equilibrio
- A mayor duración de la situación de estrés, más complicaciones en el estado de salud

En su evolución, el estrés se desarrolla a través de las siguientes fases de respuesta:

**Fase de reacción de alarma:** Ante un estímulo estresante el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta y la acción, tanto para luchar como para escapar de ese estímulo. Se genera una activación del sistema nervioso con las típicas manifestaciones de sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina.

**Fase de resistencia:** Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa en una hiperactividad funcional para hacer frente a la situación, pero que finalmente genera reducción de las capacidades de respuesta endocrinas

**Fase de agotamiento:** Como la energía de adaptación finalmente es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad puede llegar a superar las capacidades de resistencia, y por ende el organismo entrará en una fase precisamente de agotamiento. Esto traerá como consecuencia la aparición de alteraciones psicosomáticas diversas.

Una de las complicaciones derivadas de un estado de estrés crónico sin lugar a dudas es el denominado **Síndrome de Burnout**, término acuñado en la década de 1970 por Herbert J. Freudenberger, psicoanalista residente de Nueva York.

El autor había percibido en sí mismo que a pesar de ser reconocido por su trabajo, no podía evitar la presencia de sentimientos de fatiga y frustración. Sin embargo se dio cuenta también que muchos de sus amigos médicos al igual que él se tornaban depresivos y frustrados, pero además manifestaban una actitud de cinismo y apatía con respecto a sus actividades laborales y se comportaban distantes e irritables con sus pacientes.

El autor inició sus observaciones en forma más detallada, y se dio cuenta que fuera de su contexto profesional también se presentaba este fenómeno en profesionales de otras ramas.

Observó cómo los portadores de las características citadas presentaban además disturbios del sueño, dificultades para concentrarse y francas actitudes de

aflicción acompañado todo esto de dolores de espalda y problemas digestivos diversos.

Freudenberger definió a este estado con el término de **Síndrome de Burnout**, y lo catalogó como un estado de fatiga física y mental ocasionado por la intensa vida profesional en algunos individuos.

Para algunos expertos este síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

1. En primer término se genera una pérdida de balance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial
2. Se produce un estado de tensión psicofísica.
3. Se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

Este trastorno se desarrolla en forma insidiosa y poco perceptible, aunque durante su evolución las manifestaciones pueden oscilar en diversos grados de intensidad.

El problema se tiende a negar, y habitualmente los compañeros de trabajo son quienes primero lo notan. Existe una fase irreversible que siempre será conveniente tratar de evitar y puede darse hasta en el 5-10% de los casos, lo que es grave ya que favorece el abandono de las actividades laborales.

Al mismo tiempo, el síndrome se puede manifestar en cuatro niveles de alteraciones:

- Falta de ganas de ir a trabajar, dolores corporales diversos e inespecíficos.
- Empieza a generar malestar la interacción con otros, inicia con sentimientos de persecución o de que todos están en contra, se incrementa el ausentismo laboral, los cambios de áreas de trabajo o de turnos laborales.
- Disminución notable en la capacidad laboral, aparecen enfermedades psicosomáticas, inicia la tendencia a la automedicación o al consumo de bebidas alcohólicas.
- Finalmente se genera una etapa de alcoholismo franco, farmacodependencia, intentos de suicidio, accidentes y se abandona definitivamente el trabajo.

Por el momento no hay mayores detalles descriptivos y epidemiológicos o estadísticos para esta entidad, toda vez que aún no tiene su propia clasificación en taxonomías tan importantes como la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión IV-TR, avalado por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV TR por sus siglas en inglés).

De hecho, aún se encuentra integrado en la categoría de Trastorno Somatoforme Indiferenciado dentro de esta misma taxonomía.

Los expertos esperan que cuando se edite la quinta edición del mencionado manual, este síndrome cuente con su propia descripción, lo cual sería deseable tomando en cuenta que empieza a considerarse un problema de salud pública y laboral.

## MARCO TEORICO

El Síndrome de Burnout, o de desgaste profesional, es un término anglosajón cuya traducción más aproximada es la de “estar quemado por el trabajo” desgastado y exhausto. (1)

Fue originalmente descrito por Freudenberger en 1974. Dos años después, la psicóloga Cristina Maslach empleó públicamente este concepto por primera vez para referirse a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de la salud, que por la naturaleza de su trabajo tenían la necesidad de mantener un contacto directo con el público.

Sin embargo, al igual que Freudenberger, observó que aún cuando los trabajadores pudieran ser exitosos o aparentemente estar satisfechos profesionalmente, con el paso del tiempo algunos de ellos terminaban “quemándose” o “agotándose” profesionalmente después de meses o años de trabajo y dedicación, lo que se complicaba con una mala calidad en la atención a los pacientes.

El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado.

El estrés es el origen del 50% de bajas laborales en la Unión Europea y anualmente llega a afectar hasta 40 millones de trabajadores, con un costo económico de más de 20 millones de euros (2), sin contar los costos en rendimiento y salud.

En 1981, Maslach y Jackson consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional derivado de un estrés crónico y cuyos rasgos más sobresalientes son el cansancio físico/psicológico junto con la sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización), y un sentimiento de inadecuación al puesto de trabajo y a las tareas que se desempeñan, acompañado de la percepción de que se han logrado pocos o nulos éxitos personales y profesionales (ausencia de realización profesional).

Desde una perspectiva psicosocial, el síndrome no debe entenderse como un estrés psicológico, sino como el resultado de la exposición crónica a diversas fuentes de estrés que surgen de la relación con usuarios de servicios asistenciales (pacientes, alumnos, clientes), y los profesionales que los atienden (médicos, maestros, policías, abogados etc.) (3).

Este síndrome comprende una serie de alteraciones conductuales, emocionales y físicas que también están en relación con las características individuales, laborales y sociales propias de cada individuo (4).

Ha llamado mucho la atención la cada vez más abundante evidencia de la presencia de este síndrome en el sector educativo (5,6), por lo que es común encontrar en la literatura trabajos encaminados hacia la atención y prevención de este trastorno.

Se destacan estudios de investigación en relación con este síndrome en atletas de alto rendimiento (7), en sujetos encargados de la atención y custodia de personas con incapacidades intelectuales (8), o en aquéllas responsabilizadas de los cuidados de personas portadoras del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (9).

Sin embargo, los trabajos realizados en personal del sector salud sobresalen en forma importante. Por ejemplo, uno efectuado en médicos anesthesiólogos de Mexicali, BC, México, encuentro mayores riesgos para la presencia del mencionado síndrome en este grupo profesional, considerando las características de su trabajo y algunos factores organizacionales laborales que fungen como factores de riesgo agregado (10).

Es tan importante este grupo médico que en otros países también se ha estudiado este fenómeno, como es el caso del trabajo de Morais y col. (11) en anesthesiólogos portugueses. En países desarrollados como Nueva Zelanda también se ha estudiado este fenómeno en personal médico (12), encontrándose que hasta el 28% de la muestra manifestaba problemas en dos de las tres

dimensiones evaluadas en el inventario de Maslach. Tal vez dentro del ejercicio de la profesión médica existan especialidades que por sus características pueden ser de mayor riesgo para el desarrollo de Burnout, de ahí que se han hecho estudios en personal médico que labora en servicios de urgencia o en unidades de cuidados intensivos (13), y en aquellos facultativos que se dedican a la especialidad de la psiquiatría (14) o de la medicina interna (15). Se reconoce, sin embargo, que falta investigación en estos campos para establecer conclusiones sólidas.

La prevalencia de este problema de salud va en aumento. En un estudio descriptivo y transversal efectuado en médicos familiares del IMSS de la zona metropolitana de Guadalajara, se encontró una prevalencia de este síndrome en el 42.3% de la muestra, además que con mayor frecuencia presentan problemas de salud en la esfera respiratoria y gastrointestinal.

Existen estudios que encuentran una asociación entre el rol del estrés y el Síndrome de Burnout, por lo que el énfasis en variables preventivas es algo que se incrementa en el interés de los expertos en este tema (16).

Al evidenciarse el hecho de que no todas las personas desarrollan este problema a pesar de estar expuestos a severos estresores, algunos investigadores se han dado a la tarea de determinar las características fenomenológicas del síndrome, pero tomando en cuenta las experiencias de vida

previa de los individuos en estudio (17). Aun cuando no hay nada concluyente al respecto se considera que este tema debe ser analizado más ampliamente.

Hasta el momento hay líneas de investigaciones encaminadas no sólo a estudiar este síndrome como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, sino también para examinar la posibilidad de que este trastorno se asocie con variables biológicas. (18, 19, 20).

El hecho de que las propias personas sobre las que recaen los esfuerzos de estos profesionales no los reconozcan, e incluso los ataquen o critiquen, van dando paso a pensamientos negativos respecto a la utilidad de su trabajo, a la satisfacción que les produce, que acaba creando un clima de desánimo que desemboca en conductas evitativas. (21).

En cuanto a las enfermeras, también se ha documentado ampliamente el impacto que este trastorno tiene en su desarrollo profesional. En un estudio realizado en enfermeras mexicanas, se evidenció esta realidad tomando como base variables ocupacionales como factores de riesgo (22).

Hay otros trabajos en donde se han considerado otro tipo de variables inherentes a estas profesionales de la salud, como es el caso de la edad o de actividades personales diversas. El estudio realizado con personal de enfermería en varios hospitales de la ciudad de México, es un ejemplo de este enfoque (23).

En otros países también se ha reconocido la relevancia que tiene este tema, y se han efectuado investigaciones encaminadas a reconocer fuentes de estrés con la finalidad de proponer medidas preventivas (24).

Los esfuerzos que se han encaminado a evaluar el Síndrome de Burnout en enfermeras cuyas actividades profesionales son altamente estresantes como es el caso de aquéllas que tienen una actividad en el ámbito forense o psiquiátrico, han documentado resultados que permiten actualmente implementar estrategias de atención y apoyo psicosocial para ellas (25,26).

El inventario de Maslach instrumento ampliamente utilizado para evaluar este trastorno, ha sido traducido a varios idiomas incluso el chino (27). En Hong Kong es donde se realiza la validación factorial del instrumento para su país. En el año 2001 se efectuó el estudio de validez factorial de este instrumento al idioma español, encontrándose que a la luz de los resultados demostró ser válido y confiable (1).

El cuestionario de Maslach, es el instrumento clinimétrico más ampliamente utilizado para el estudio y evaluación de este síndrome.

Es un inventario con un formato de autoaplicación con 22 ítems y con 7 opciones de respuesta con escala tipo Likert de 0 *nunca*, a 6 *todos los días* para

cada reactivo, y que mide tres dominios del Síndrome de Burnout que consisten en:

1. Dominio cansancio emocional: Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54, se considera alta con una puntuación mayor de 33.
2. Dominio despersonalización: Valora el grado en que cada individuo reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30, se considera alta con una puntuación mayor de 20.
3. Dominio realización personal: Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48, se considera baja con una puntuación menor de 33.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Puntuaciones altas en los dominios agotamiento emocional y despersonalización y baja en el dominio realización personal, definen el síndrome.

Se consideran que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33. Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios.

En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal los dominios más afectados.

## **JUSTIFICACION, OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO**

### **JUSTIFICACIÓN**

Considerando que este trastorno va adquiriendo cada vez más relevancia entre los profesionales encargados de atender la salud de la población, específicamente médicos y enfermeras, y tomando en cuenta que las variables generadoras de estrés en ellos son muy diversas y de carácter crónico, sobre todo en grandes unidades hospitalarias donde la demanda de atención siempre es creciente e intensa (28,29),

Estaría justificado llevar a cabo este estudio de investigación para determinar la prevalencia y características del Síndrome de Burnout en estos profesionales de la salud en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco”, localizado en Tampico, Tamaulipas, y analizar la relación entre algunas de las variables estudiadas.

Se considera a este estudio como el primero de esta línea en esta zona del país, esperando que con él se logre en un futuro mediano, establecer mecanismos institucionales integrales sobre la base de un conocimiento más objetivo, para estructurar programas de atención y prevención de este trastorno entre los trabajadores de la salud en esta entidad federativa.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables género y los dominios de la escala de Maslach (cansancio emocional, despersonalización y realización profesional), en los médicos y enfermeras que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas.

- Analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables antigüedad laboral y los dominios de la escala de Maslach (cansancio emocional, despersonalización y realización profesional), en los médicos y enfermeras que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos y enfermeras que trabajan en los diferentes turnos del Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas.

- Describir las características sociodemográficas género, edad, estado civil, turno de trabajo, tiempo trabajado, especialidad médica y otra actividad desempeñada de los profesionales encuestados.

## **HIPÓTESIS DE INVESTIGACION**

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio cansancio emocional y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio despersonalización y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

-Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio realización personal y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

## **HIPÓTESIS NULA**

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio cansancio emocional y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio despersonalización y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería (hombres y mujeres respectivamente) que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas entre el género y el dominio realización personal y entre antigüedad laboral y el mismo dominio de la escala de Maslach.

## **MATERIAL Y METODO**

### **Características del lugar de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” de Tampico, Tamaulipas, que pertenece al Sector Salud y es el más importante en su género en esa zona del estado. Actualmente esta unidad médica cuenta con 185 camas censables.

Es un hospital que cuenta con las especialidades médicas y quirúrgicas de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Neurología, Traumatología y Ortopedia, Nefrología y Oncología Médica Pediátrica y Neurocirugía, entre otras, en donde se encuentra integrado el personal médico.

El personal de enfermería está distribuido en los diferentes servicios que conforman la unidad médica.

La población atendida es de todas las edades y la procedencia de los usuarios no es únicamente de este Estado de la República, sino también de otras poblaciones de entidades federativas circundantes como Veracruz, San Luis Potosí e Hidalgo.

Las acciones de salud consisten en términos generales en la atención ambulatoria de pacientes a través de un servicio de Consulta Externa para las mencionadas especialidades.

Cuenta además con los servicios de Hospitalización, Urgencias, Terapia Intensiva, Laboratorio e Imagen y programas especiales de trabajo como lo son la Clínica del Dolor y la Clínica de Mama, además de un servicio de Medicina Preventiva con un segundo nivel de atención.

## Diseño del Estudio

		<b>Características</b>
Por el control de la maniobra	Observacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticos y factibles.</li> <li>- Generalizables a poblaciones geográfica o demográficamente definidas.</li> </ul>
Por la captación de la información	Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicia con la exposición de una causa.</li> <li>- Puede seguir a través del tiempo.</li> </ul>
Por la medición de las variables	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de variables en un único momento.</li> <li>- Permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad.</li> <li>- Puede estudiar varias variables.</li> </ul>
Por la dirección del análisis	Estudio Transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de variables en un único momento.</li> </ul>
Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras	Abierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensayo clínico sin grupo control.</li> <li>- Lo contrario a ensayo clínico controlado ciego simple o doble ciego.</li> </ul>

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS**

Los casos fueron todos los médicos y enfermeras que laboran en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” y que están adscritos a los diferentes turnos y servicios.

Se consideraron como Criterios de Inclusión:

- Médicos especialistas, no especialistas y enfermeras adscritos a los diferentes turnos del Hospital General.
- Ambos sexos.
- Profesionales que aceptaron participar en el estudio.

Los Criterios de Exclusión propuestos fueron:

- No ser médicos o enfermeras adscritos al Hospital General.
- Médicos y enfermeras que se negaron a participar en el estudio.
- Personal eventual.

Además se introdujeron como Criterios de Eliminación:

- Médicos y enfermeras que no completaron la requisición del instrumento de evaluación y el formato de evaluación sociodemográfico.

## **Tamaño Muestral**

La muestra estuvo conformada por 84 médicos especialistas y no especialistas (Salud Mental 1, Anestesiólogo 1, Urólogo 1, Endocrinólogo 1, Gastroenterólogo 4, Neurocirujano 1, Cirujano 4, Cirujano Plástico 1, Ginecólogo 14, Médico General 24, Oftalmólogo 4, Pediatra 9, Oncólogo 4, Traumatólogo 7, Médico Internista 4, UCI 3, Urgencias 1), así como 208 enfermeras (Enfermera especialista 126, Auxiliar de enfermera 62, Enfermera general 20), todos ellos adscritos a los diferentes turnos laborables.

## **Descripción General del Estudio**

El estudio se realizó en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” ubicado en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, y se centró en todos los médicos y enfermeras adscritos a la unidad médica. Previo a esta acción se estableció una cita con el personal directivo de la institución para llevar a cabo los trámites y permisos, además de solicitar la evaluación de este trabajo por parte de su Comité de Ética e Investigación.

Una vez cubiertas las formalidades y establecida la estrategia para el trabajo de campo, se determinaron las fechas para el desarrollo de las diversas acciones.

Se integraron a las actividades un residente de psiquiatría de tercer año y uno de psicología de segundo año, los cuales fueron capacitados para el trabajo de campo y para la captura de información, así como para la aplicación de los instrumentos de medición y el posterior tratamiento estadístico de los datos.

### **Análisis Estadístico**

El análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 12.0 y Minitab versión 13.1. Se determinó el factor prevalencia aplicando un intervalo de confianza del 95%, se establecieron las variables sociodemográficas utilizando tablas de distribución de frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y se determinaron algunas medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas.

Se consideró importante determinar si existía relación entre las variables de género y antigüedad laboral de los médicos y enfermeras, y los tres dominios que evalúa el cuestionario de Maslach. Para ello se utilizaron tablas de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado.

## RESULTADOS

### Personal Médico

El universo de estudio estuvo conformado por un total de 84 profesionales médicos, correspondiendo el 76.2% (n=64) al sexo masculino y el 23.8% (n=20) al sexo femenino.

Es importante mencionar que en este grupo se eliminó un participante ya que no contestó en su totalidad el cuestionario de Maslach, sin embargo si bien se elimina en lo correspondiente al análisis estadístico de los resultados, si se le integra dentro de las consideraciones descriptivas sociodemográficas por contar con toda la información al respecto.

En cuanto a la variable edad, se documentó que la media fue de  $43.93 \pm 6.6$ , mediana 45, moda 46, rango 53, edad mínima 21 años y la máxima de 74.

En cuanto al turno laboral, en la figura 1 se recoge la distribución del personal médico observando una distribución más o menos equitativa entre los turnos matutino, vespertino y nocturno. Se incluye en la gráfica a los participantes que no contestaron este apartado.

El turno especial hacer referencia a actividades laborales desarrolladas en sábado, domingo y días festivos y representó el 21.43%.

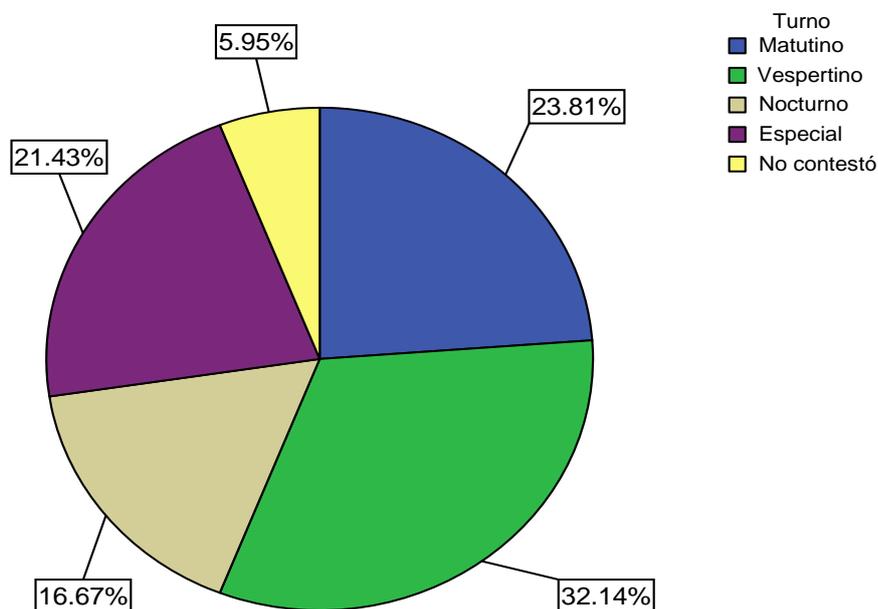


Figura 1. Turnos laborales de la población médica

Para el estado civil el 75% (n=63) del personal encuestado se encuentra casado. El segundo status más frecuente entre los médicos correspondió a no especificados, en donde se hace alusión básicamente a unión libre.

Con referencia a las especialidades médicas de los profesionales de la salud adscritos al centro hospitalario, cabe mencionar que Medicina General que no es especialidad, ocupa el primer lugar con 28.6% (n=24) de casos registrados.

En segundo término la especialidad de Ginecología y Obstetricia representó el 16.7% (n=14), seguido de Pediatría con 10.7% (n=9), Traumatología 8.3%

(n=7), Cirugía 7.2% (n=6), Oncología 4.8% (n=4), Medicina Interna 4.8% (n=4) y Oftalmología 4.8% (n=4), Gastroenterología 4.8% (n=4), Unidad de Cuidados Intensivos 3.6% (n=3) y Urgencias 1.2% (n=1).

Urología, Salud Mental, Anestesiología y Endocrinología representaron el 1.2% respectivamente, lo que implica un solo profesional por especialidad, esto es el 4.8% (n=4) si agrupamos a estas cuatro especialidades.

Con relación a la antigüedad de los profesionales en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco”, en la figura 2 se señala el porcentaje de tiempo trabajado. Se destaca que el 17.86% ha trabajado más de cinco años y el 63.1% más de 10 años.

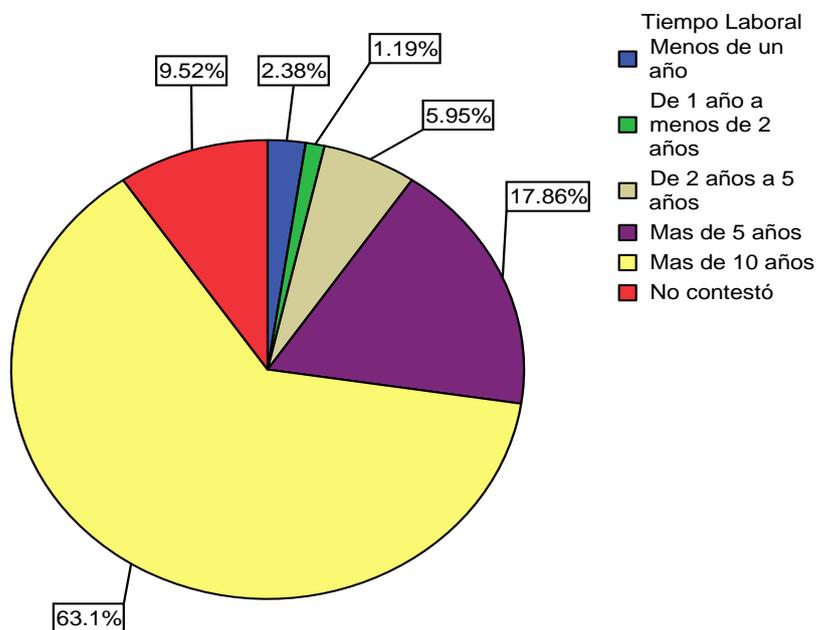


Figura 2. Antigüedad laboral del personal médico

Con respecto a las actividades complementarias extra-hospitalarias desarrolladas por los profesionales (principalmente consulta privada), a través de la encuesta se establecieron los detalles oportunos que se señalan en la figura 3. Destacándose que el 61.9% se dedica además a trabajar en su consultorio privado.

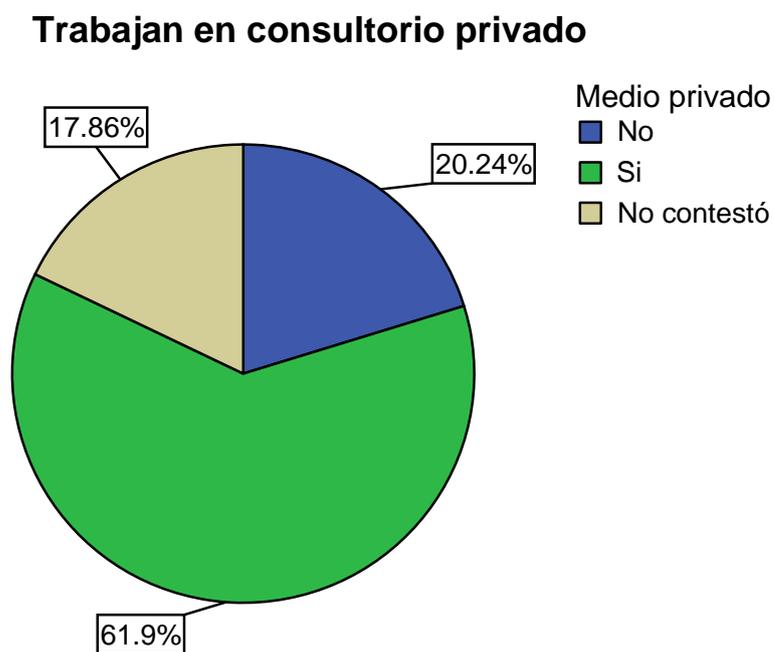


Figura 3. Actividad extra institucional del personal médico

Para las dimensiones que conforman el cuestionario de Maslach se documentó que el primer dominio, que corresponde al agotamiento o cansancio emocional, el 94% (n=79) calificó con un nivel bajo de gravedad, seguido del nivel alto con un 2.4% (n=2) de profesionales. El nivel moderado correspondió al 2.4% (n=2).

En cuanto al segundo dominio, que corresponde a despersonalización, el 38.1% (n=32) obtuvo una puntuación con un nivel de gravedad bajo, y para el 38.1% (n=32) el nivel fue moderado. Finalmente el 22.6% (n=19) calificó con un nivel alto.

Para el tercer dominio, que implica la realización profesional, se documentó que el 97.6% (n=82) calificó con un nivel alto. El 1.2% (n=1) de la muestra obtuvo un nivel moderado.

Para el factor prevalencia, si se toma en cuenta estrictamente la recomendación de que solamente aquellas puntuaciones altas en los dominios cansancio y despersonalización y bajas en realización personal permiten considerar la presencia de Síndrome de Burnout como tal, en esta muestra no se documentó la presencia de este trastorno mórbido.

De forma más específica, en el cuadro 1, 2 y 3 apreciamos la relación de las variables género, turno laboral y los niveles alto, medio y bajo en la puntuación de la escala de Maslach.

En cuanto al dominio cansancio emocional en el cuadro 1 se aprecia en primer término que en el sexo masculino predominan las puntuaciones bajas contemplándose una mayor concentración de casos en el turno matutino y vespertino. Aunque también algunos miembros del personal muestran calificaciones moderadas y altas estas corresponden a una minoría. En el sexo

femenino sobresale particularmente la ausencia de puntuaciones moderadas en los diferentes turnos laborales, es factible notar evaluaciones bajas en los diferentes turnos laborales, pero predominando el vespertino.

**Cuadro 1. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Cansancio Emocional			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Matutino	18	0	0	18
		Vespertino	18	0	1	19
		Nocturno	11	1	0	12
		Especial	11	1	0	12
		No contestó	3	0	0	3
	Total	61	2	1	64	
Femenino	Turno	Matutino	2		0	2
		Vespertino	7		1	8
		Nocturno	2		0	2
		Especial	5		0	5
		No contestó	2		0	2
	Total	18		1	19	

Con respecto al dominio despersonalización, en el cuadro 2 es posible referir en cuanto al género masculino la presencia de evaluaciones bajas, moderadas y altas en los diferentes turnos laborales, si se excluye el caso del participante que no contestó y que se señala en la columna de las puntuaciones moderadas, veremos que es prácticamente similar el total de médicos que se encuentran con puntuaciones bajas y moderadas en este dominio. Para las puntuaciones altas la proporción de participantes fue mucho menor. En forma más detallada en el turno vespertino predominan las puntuaciones bajas contrario al turno matutino donde sobresale un nivel de gravedad moderado. Sin embargo es

de notar que existen puntuaciones altas en este dominio lo que representa un eventual factor de riesgo. En relación al personal femenino prevalecen los niveles de evaluación bajo y moderado con una distribución equitativa entre ambos, no obstante también hay reportes de puntuaciones altas.

**Cuadro 2. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Despersonalización			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Matutino	5	10	3	18
		Vespertino	10	5	4	19
		Nocturno	4	5	3	12
		Especial	5	3	4	12
		No contestó	0	1	2	3
	Total	24	24	16	64	
Femenino	Turno	Matutino	1	1	0	2
		Vespertino	3	3	2	8
		Nocturno	1	1	0	2
		Especial	2	3	0	5
		No contestó	1	0	1	2
	Total	8	8	3	19	

Con relación al dominio realización personal en el cuadro 3, se distingue en primer termino que en los géneros masculino y femenino hay una ausencia de puntuaciones bajas. Pero en el caso del femenino también hay ausencia de calificaciones moderadas. En ambos casos predominan puntuaciones altas, y como dato agregado señalamos que la mayor proporción de estas se dan en el turno matutino y vespertino para el sexo masculino, y en el vespertino para el sexo femenino.

**Cuadro 3. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

t

Sexo			Realización Personal		Total
			Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Matutino	0	18	18
		Vespertino	1	18	19
		Nocturno	0	12	12
		Especial	0	12	12
		No contestó	0	3	3
	Total	1	63	64	
Femenino	Turno	Matutino		2	2
		Vespertino		8	8
		Nocturno		2	2
		Especial		5	5
		No contestó		2	2
	Total		19	19	

En cuanto a la relación de las variables género, antigüedad laboral y los niveles bajo, moderado y alto de la puntuación de la escala de Maslach se distinguen en los cuadros 4, 5 y 6.

Con respecto al dominio cansancio emocional en el cuadro 4, se identifica que tanto en el sexo masculino como en el femenino predominan las puntuaciones bajas en aquellos con más de 10 años de trabajo pero sobretodo en el sexo masculino.

Sobresale la ausencia de puntuaciones moderadas en el sexo femenino, así como el hecho de que no existe en este mismo grupo una antigüedad laboral menor a 5 años en comparación con el masculino, donde se aprecia personal hasta con menos de un año de trabajo. Solamente un participante varón registro

una puntuación alta en este dominio y el cual tiene una antigüedad mayor a 5 años.

**Cuadro 4. Relación de variables antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Cansacio Emocional			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	Menos de un año	2	0	0	2
		De 1 año a menos de 2 años	1	0	0	1
		De 2 años a 5 años	5	0	0	5
		Mas de 5 años	9	0	1	10
		Mas de 10 años	39	1	0	40
		No contestó	5	1	0	6
Total			61	2	1	64
Femenino	Tiempo Laboral	Mas de 5 años	5		0	5
		Mas de 10 años	12		1	13
		No contestó	1		0	1
Total			18		1	19

En relación con el dominio despersonalización en el cuadro 5, se advierte en el género masculino una mayor prevalencia de puntuaciones moderadas en los que tienen más de 10 años de actividad laboral.

Para el sexo femenino existe una distribución equitativa entre los niveles bajo y moderado, aunque predominando las puntuaciones moderadas con más de 10 años de trabajo. Sobresale que más de tres participantes del género femenino presentan puntuaciones altas con antigüedad de más de 10 años de trabajo.

Las puntuaciones altas fueron proporcionalmente menores en el sexo masculino, en relación a las puntuaciones bajas y moderadas pero se observa que

este dato lo presenta la mayoría de los participantes con más de 5 y 10 años de antigüedad.

**Cuadro 5. Relación de variables antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Despersonalización			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	Menos de un año	2	0	0	2
		De 1 año a menos de 2 años	1	0	0	1
		De 2 años a 5 años	5	0	0	5
		Mas de 5 años	1	5	4	10
		Mas de 10 años	14	18	8	40
		No contestó	1	1	4	6
		Total	24	24	16	64
Femenino	Tiempo Laboral	Mas de 5 años	3	2	0	5
		Mas de 10 años	4	6	3	13
		No contestó	1	0	0	1
		Total	8	8	3	19

En el cuadro 6, en relación a la realización personal, sobresale en primera instancia la ausencia de puntuaciones bajas tanto para el sexo masculino como para el femenino.

De igual manera en ambos géneros se destaca la presencia de puntuaciones altas con un mayor número de participantes con antigüedad de más de 10 años. En el sexo femenino se destaca también la inexistencia de puntuaciones moderadas, y se distingue un varón con puntuación moderada con antigüedad mayor a 5 años.

**Cuadro 6. Relación de antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Realización Personal		Total
			Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	Menos de un año	0	2	2
		De 1 año a menos de 2 años	0	1	1
		De 2 años a 5 años	0	5	5
		Mas de 5 años	1	9	10
		Mas de 10 años	0	40	40
		No contestó	0	6	6
Total			1	63	64
Femenino	Tiempo Laboral	Mas de 5 años		5	5
		Mas de 10 años		13	13
		No contestó		1	1
Total				19	19

Con la finalidad de establecer si había relación entre las variables nominales género de los médicos que se desempeñan en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” y los tres dominios de la escala Maslach, se aplicó el estadístico chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos permiten ver que no hubo relación estadísticamente significativa entre estas variables [(Género – Cansancio emocional  $p=0.11$ ); (Género – Despersonalización  $p=0.28$ ); (Género – Realización profesional  $p=0.26$ )].

De igual manera no se documentó que existiera relación estadísticamente significativa entre la antigüedad laboral y los dominios de la escala Maslach [(Antigüedad – Cansancio emocional  $p=0.30$ ); (Antigüedad – Despersonalización  $p=0.08$ ); (Antigüedad – Realización profesional  $p=0.19$ )].

## Personal de Enfermería

El universo de estudio estuvo conformado por 208 enfermeras, correspondiendo a 96.2% (n=200) al sexo femenino y el 3.8% (n=8) al masculino. En cuanto a la variable edad se documentó que la media fue de  $42.6 \pm 8.02$ , mediana 43, moda 45, rango 45, edad mínima 19 años y la máxima de 64 (8 enfermeras no complementaron el cuestionario en forma adecuada por lo que se eliminaron).

En cuanto al turno laboral, en la figura 4 se relaciona la distribución del personal de enfermería. Destacándose una mayor concentración de personal en el turno nocturno, aunque llama la atención un aparente equilibrio en los turnos matutino, vespertino y especial.

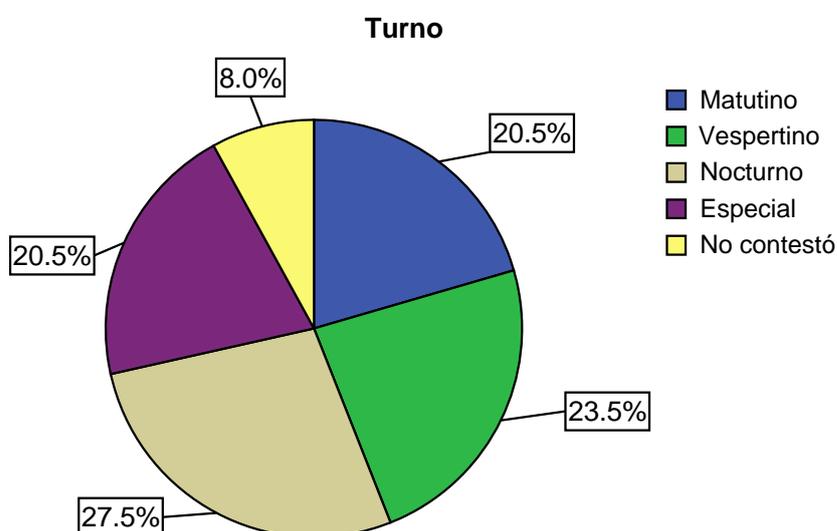


Figura 4. Turnos Laborales de la población de Enfermería

Para el estado civil, 62% (n=124) del personal encuestado se encuentra casado. El segundo status más frecuente entre las enfermeras correspondió a las solteras con un 23% (n=46).

En relación a la antigüedad del personal de enfermería que trabaja en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco”, en la figura 5 se señala el porcentaje de tiempo trabajado el 87.5% corresponde al personal con más de 5 años de actividad laboral.

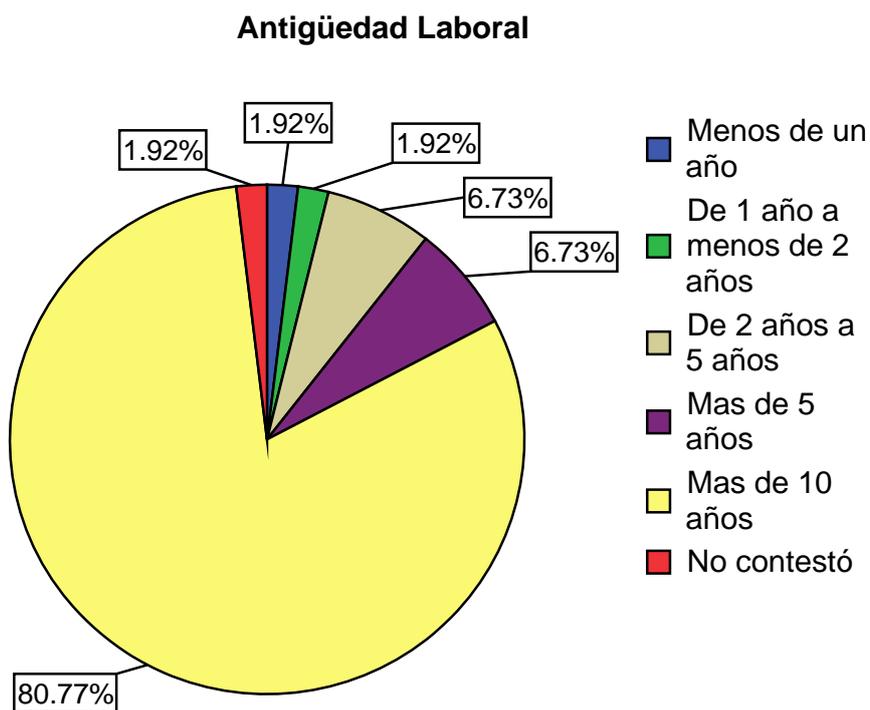


Figura 5. Antigüedad laboral del personal de Enfermería

Con respecto a las actividades complementarias al trabajo profesional, a través de la encuesta se establecieron los detalles, que se señalan en la figura 6.

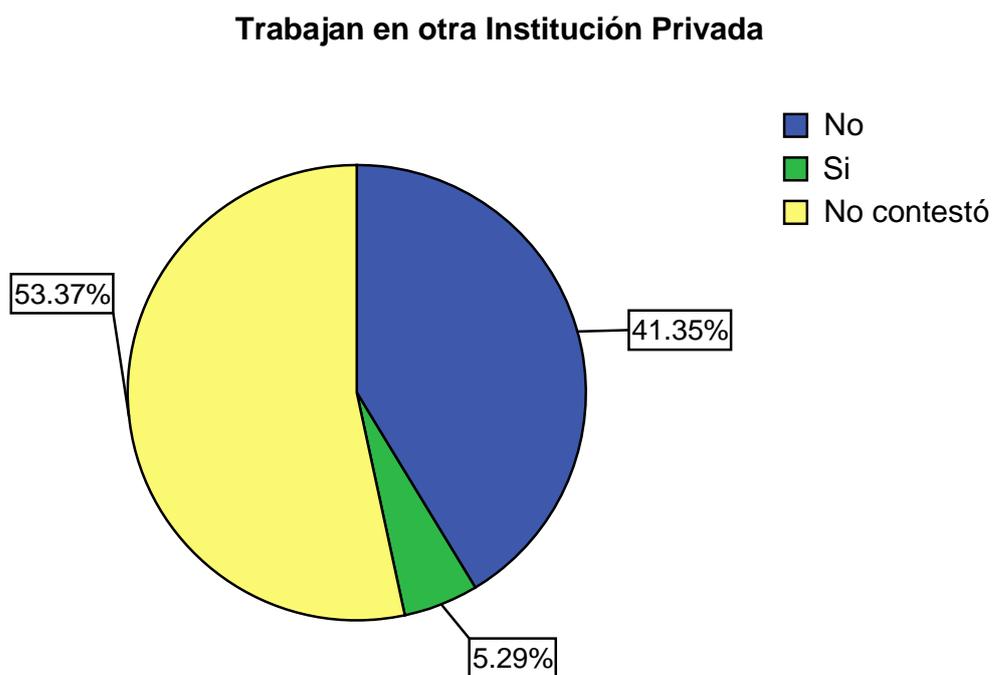


Figura 6. Relación de Actividad extra-institucional del personal de Enfermería

Para las dimensiones que conforman el cuestionario de Maslach se documentó que el primer dominio que corresponde al agotamiento o cansancio emocional, el 77.5% (n=155) lo calificó con un nivel de gravedad bajo, seguido del nivel moderado con un 10% (n=20) y finalmente, el nivel alto, correspondió al 12.5% (n=25).

En cuanto al segundo dominio, despersonalización, el 61.5% (n=123) obtuvo una puntuación con un nivel de gravedad bajo, pero para el 23% (n=46) el nivel fue moderado. Finalmente el 15.5% (n= 31) puntuó con un nivel alto.

Para el tercer dominio, referido a la realización profesional, se documentó que el 66% (n=132) calificó con un nivel alto y solo el 20.5% (n=41) con un nivel bajo. En forma intermedia, el 13.5% (n=27) de la muestra, obtuvo un nivel moderado.

Para el factor prevalencia, si se toma en cuenta estrictamente la recomendación de que solamente puntuaciones altas en los dominios cansancio y despersonalización y baja en realización profesional permiten considerar la presencia de síndrome de Burnout como tal, en esta muestra se documentó que el 2.5% presenta este trastorno.

De forma más específica, en el cuadro 7, 8 y 9 apreciamos la relación de las variables género, turno laboral y los niveles alto, medio y bajo en la puntuación de la escala de Maslach. Es importante mencionar que en el turno matutino no hay varones dentro del equipo de enfermería.

En lo referente al dominio despersonalización en el cuadro 7 observamos en primer término la mayor proporción de casos con este dominio positivo en el sexo femenino, lo cual se explica por el predominio de este género en este universo de estudio. En el género masculino sobresale particularmente la ausencia

de puntuaciones altas y moderadas en los diferentes turnos laborales. Es relevante el predominio de un nivel bajo, que se presenta en los turnos vespertino, nocturno y especial, lo cual es significativo ya que puede representar un eventual factor de riesgo para un incremento en el nivel de gravedad de este dominio.

En el caso del género femenino es importante destacar el predominio de puntuaciones altas en el turno vespertino, sin embargo en el contexto general de este grupo predominan las bajas principalmente en el turno nocturno.

**Cuadro 7. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Despersonalización / nivel de severidad			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Vespertino	1	0	1	2
		Nocturno	3	0	0	3
		Especial	1	0	0	1
		No contestó	0	1	0	1
		Total	5	1	1	7
Femenino	Turno	Matutino	25	11	5	41
		Vespertino	22	13	10	45
		Nocturno	37	8	7	52
		Especial	25	10	5	40
		No contestó	9	3	3	15
		Total	118	45	30	193

En cuanto al dominio realización personal en el cuadro 8 se aprecia en primer término la mayor proporción de casos con este dominio positivo en el sexo femenino igualmente por el predominio de este género en este universo de estudio. En el sexo masculino sobresale particularmente la ausencia de puntuaciones moderadas en los diferentes turnos laborales, pero es factible observar

evaluaciones altas y bajas en algunos miembros del personal. En el caso del género femenino están presentes las puntuaciones en los tres niveles de gravedad, destacándose en el turno nocturno una mayor proporción de las altas.

Sin embargo es conveniente señalar que aún cuando las evaluaciones bajas estuvieron preponderantemente presentes en el turno vespertino, en el contexto general son positivas en los diferentes horarios laborales. Al igual que para el dominio anterior esto puede representar un eventual factor de riesgo.

**Cuadro 8. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Realización personal / nivel de severidad			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Vespertino	1		1	2
		Nocturno	1		2	3
		Especial	0		1	1
		No contestó	0		1	1
		Total	2		5	7
Femenino	Turno	Matutino	3	3	35	41
		Vespertino	13	7	25	45
		Nocturno	8	8	36	52
		Especial	9	7	24	40
		No contestó	6	2	7	15
		Total	39	27	127	193

Con respecto al dominio cansancio emocional en el cuadro 9, se puede notar la ausencia de puntuaciones altas en los diferentes turnos laborales en el género masculino, pero se destaca la presencia de puntuaciones bajas en el turno nocturno. En cuanto al género femenino existe una mayor frecuencia de evaluaciones bajas principalmente en los turnos nocturno y vespertino, en

comparación con las puntuaciones altas que pueden verse en el matutino. La presencia de puntuaciones bajas puede ser un riesgo eventual para que se incremente el nivel de gravedad de este dominio.

**Cuadro 9. Relación de variables turno laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Cansancio Emocional			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Turno	Vespertino	1	1		2
		Nocturno	3	0		3
		Especial	1	0		1
		No contestó	1	0		1
		Total	6	1		7
Femenino	Turno	Matutino	33	1	7	41
		Vespertino	34	8	3	45
		Nocturno	40	6	6	52
		Especial	32	2	6	40
		No contestó	10	2	3	15
		Total	149	19	25	193

Abordando el dominio cansancio emocional nuevamente pero en este caso relacionándolo con la antigüedad laboral, podemos apreciar en el cuadro 10 que el personal femenino con mas de 10 años de trabajo presenta un nivel bajo en este apartado.

Sin embargo debemos mencionar de cualquier manera que en el nivel moderado y bajo hay participantes que reportan manifestaciones clínicas de este dominio.

En el caso del personal masculino predomina la puntuación baja, aunque llama la atención un aparente equilibrio para este nivel en los períodos de tiempo considerados.

**Cuadro 10. Relación de variables antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Cansancio Emocional			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	De 2 años a 5 años	2	0		2
		Mas de 5 años	2	0		2
		Mas de 10 años	2	1		3
		Total	6	1		7
Femenino	Tiempo Laboral	Menos de un año	3	0	1	4
		De 1 año a menos de 2 años	2	0	2	4
		De 2 años a 5 años	9	0	2	11
		Mas de 5 años	7	3	2	12
		Mas de 10 años	125	16	17	158
		No contestó	3	0	1	4
	Total	149	19	25	193	

En el cuadro 11 para el dominio despersonalización observamos que al igual que en el dominio anterior, en el personal del sexo femenino predomina la evaluación baja en profesionales con más de 10 años con actividad laboral, pero es fundamental señalar que un total de 30 trabajadoras registran un nivel alto.

Es interesante hacer notar que incluso personal con menos de un año de actividad laboral presenta puntuaciones tanto altas como bajas en este dominio.

Para el sexo masculino la mayoría de los encuestados registra un nivel bajo. En el caso de los varones no hay ningún miembro del personal con menos de dos años de trabajo.

**Cuadro 11. Relación de variables antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Despersonalización / nivel de severidad			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	De 2 años a 5 años	1	1	0	2
		Mas de 5 años	2	0	0	2
		Mas de 10 años	2	0	1	3
	Total	5	1	1	7	
Femenino	Tiempo Laboral	Menos de un año	2	0	2	4
		De 1 año a menos de 2 años	3	0	1	4
		De 2 años a 5 años	5	3	3	11
		Mas de 5 años	7	2	3	12
		Mas de 10 años	101	36	21	158
		No contestó	0	4	0	4
Total	118	45	30	193		

Para el dominio realización personal se puede apreciar en el cuadro 12 que en el género femenino un total de 39 encuestados registran una evaluación baja, sin embargo la mayoría están integrados dentro de las puntuaciones altas.

De igual manera es sobresaliente que hay personas con menos de un año de trabajo que ya manifiestan puntuaciones bajas. En el sexo masculino podemos contemplar que la mayoría están ubicados en el parámetro de nivel alto, se destaca la ausencia de un nivel moderado.

**Cuadro 12. Relación de variables antigüedad laboral, nivel de gravedad y género**

Sexo			Realización personal / nivel de severidad			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Masculino	Tiempo Laboral	De 2 años a 5 años	0		2	2
		Mas de 5 años	0		2	2
		Mas de 10 años	2		1	3
	Total		2		5	7
Femenino	Tiempo Laboral	Menos de un año	2	0	2	4
		De 1 año a menos de 2 años	1	1	2	4
		De 2 años a 5 años	1	3	7	11
		Mas de 5 años	2	2	8	12
		Mas de 10 años	33	20	105	158
		No contestó	0	1	3	4
		Total		39	27	127

Con la finalidad de establecer si había relación entre las variables nominales género de las enfermeras que se desempeñan en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco” y los tres dominios de la escala Maslach, se aplicó el estadístico chi-cuadrado. Los resultados obtenidos permiten ver que no hubo relación estadísticamente significativa entre estas variables [(Género – Cansancio emocional  $p=0.70$ ); (Género – Despersonalización  $p=0.96$ ); (Género – Realización profesional  $p=0.13$ )].

De igual manera no se documentó que existiera relación estadísticamente significativa entre la antigüedad laboral y los dominios de la escala Maslach [(Antigüedad – Despersonalización  $p=0.019$ ); (Antigüedad – Realización profesional  $p=0.91$ )]. Sin embargo, si hay significación estadística en la relación (Antigüedad – Cansancio emocional  $p=0.002$ ) entre el grupo de enfermeras encuestadas.

## **DISCUSIÓN**

La salud laboral es, en la actualidad, un importante indicador para el aumento del bienestar y la calidad de vida. Toda actividad profesional implica la exposición a estímulos estresantes que pueden potenciar la inadaptación y afectar la salud física y emocional en sujetos susceptibles.

En este caso, la actividad de los profesionales de la salud implica un compromiso personal y una interacción directa y prolongada con los problemas y preocupaciones de los destinatarios de sus servicios. A menudo esta interacción se centra en problemas cargados de muy diversos sentimientos, preocupaciones, miedos, rechazos, desesperanzas, cuya solución no siempre es fácil o rápida, y que en consecuencia aumentan cargas en muchos casos de estrés ya existentes.

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) (30) 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 (31).

Las cifras mencionadas son un llamado de atención sobre el hecho de que a pesar de las diferentes políticas y medidas de seguridad social y salud que se han formulado e implementado a nivel mundial, no se ha podido garantizar el establecimiento de contextos saludables de trabajo. Sin embargo, es importante anotar que las organizaciones se preocupan constantemente por garantizar el bienestar social y la calidad de vida laboral de los trabajadores.

En los últimos veinte años, se han operado una serie de cambios en el contexto del trabajo, y no todas las personas están preparadas para afrontar las nuevas realidades laborales que implican cambios inciertos, más allá de las capacidades y la formación específicas (32).

Artazcoz (33) señala que aunque en los diferentes contextos de trabajo todavía persisten los riesgos laborales clásicos, cada vez es mayor el protagonismo de los factores de riesgo psicosocial y del estrés laboral derivados de las nuevas formas de organización en el trabajo.

Anota que los dos cambios más relevantes han sido la flexibilización del empleo y la intensificación del trabajo (ampliación de horarios a los fines de semana, incremento de horarios irregulares con horas de trabajo impredecibles, entre otros). Este aumento de las exigencias del trabajo no parece estar acompañado del control (autonomía y oportunidad de desarrollar las habilidades) sobre el trabajo.

Peiró (34) anota que las implicaciones de los nuevos sistemas de trabajo sobre la actividad de los trabajadores están relacionadas con los siguientes aspectos:

- El trabajo pasa de ser una actividad meramente física a ser una actividad mental, que requiere del procesamiento de información, y de la solución de problemas
- El incremento de nuevos aprendizajes que requieren una mayor capacidad de adaptación.
- Se incrementa el trabajo en equipo y también la diversidad de los equipos con que se trabaja.
- Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación representan una superación de diversas barreras relacionadas con el tiempo y el espacio; se redefine así el contexto físico y social del trabajo en relación con el grupo de trabajo, la supervisión, la propia vida y el entorno familiar.
- Está cambiando lo que se entiende por buen desempeño laboral; toman peso características como la iniciativa, la toma de decisiones, el asumir riesgos para solucionar problemas, la innovación en el puesto del trabajo, los mecanismos de autocontrol y autorregulación y el desarrollo de estrategias de auto motivación.

García, Benavides y Ruiz-Frutos (35), por su parte, señalan los siguientes aspectos relacionados con las nuevas condiciones de trabajo, que inciden en la salud laboral:

Cambios en las condiciones de trabajo de las sociedades desarrolladas que se asocian con nuevas formas de organización del trabajo y con nuevos riesgos en el ambiente laboral, muy especialmente riesgos de naturaleza psicosocial.

Asociados a esto, se encuentran los cambios en el grado de autonomía en la realización de las tareas, la definición de funciones y responsabilidades, las relaciones con los compañeros y la adaptación entre la preparación del trabajador y las exigencias de su trabajo; son todos elementos relacionados con la organización del trabajo que pueden ocasionar un exceso de demanda psíquica con repercusiones sobre la salud del trabajador.

García et al. (35) plantean otros elementos que caracterizan los actuales cambios, como por ejemplo, los que se dan a nivel demográfico entre los trabajadores: el proceso de envejecimiento, el incremento de la fuerza laboral procedente de otros países y la incorporación continua de la mujer al trabajo remunerado.

Entre los aspectos relacionados con el mercado de trabajo se encuentran el desempleo, el tele-trabajo y la precariedad del trabajo. Los trabajadores están forzados a aceptar peores condiciones de trabajo, tienen menor poder reivindicativo y escasa o nula formación en la prevención de los riesgos existentes en el lugar donde laboran.

Estos cambios, junto a la innovación tecnológica, están modificando lo que se denomina las "condiciones de la exposición de los trabajadores a contaminantes laborales", lo cual se refiere a las situaciones de exposición a

múltiples sustancias, con dosis relativamente bajas y que en muchos casos producen efectos inespecíficos sobre la salud.

La introducción de una nueva tecnología afecta la salud de los trabajadores; por ejemplo, la introducción de ordenadores o pantallas de visualización de datos en un número cada vez mayor, ha generado preocupación por sus efectos negativos sobre la salud de los trabajadores. Además, los procesos de automatización del trabajo pueden incrementar la exigencia psíquica de manera importante, al disminuir la autonomía del trabajador y aumentar la demanda de la tarea.

Las condiciones particulares del trabajo de las personas afectan su bienestar y estado de salud (36). En este sentido, Parra (37) señala que el trabajo puede ser fuente de salud, causar daño a la salud o agravar problemas de salud. Como fuente de salud, a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no sólo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal.

Puede causar daño a la salud, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas de salud, previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, entre otros.

Sparks, Faragher y Cooper (38) discuten las condiciones actuales de los contextos de trabajo y su incidencia en el bienestar y la salud de los trabajadores

alrededor de los siguientes aspectos: la inseguridad en el trabajo, los turnos laborales, el control sobre el trabajo y el estilo de dirección. Al respecto, concluyen que debe estudiarse el impacto de estos cuatro aspectos en los niveles bajos de la jerarquía organizacional, ya que los empleados subordinados generalmente son de estratos socioeconómicos bajos, lo que a su vez está asociado con una baja salud.

Estos trabajadores suelen ser los más afectados por los cambios organizacionales y la reestructuración del trabajo. Los autores igualmente sugieren tener en cuenta los cambios en la composición demográfica de la fuerza de trabajo y la diversidad cultural.

Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson y McGrath (39) anotan que la organización del trabajo se ha convertido en un tópico importante cuando se estudia la relación salud trabajo. La organización del trabajo, se refiere a la manera en que se estructuran y manejan procesos tales como el diseño del trabajo, la administración, las características organizacionales, las políticas y los procedimientos. (40)

Estos autores plantean el término "organizaciones de trabajo saludables" como una extensión lógica del concepto "organización del trabajo" y presuponen que es posible distinguir entre organizaciones saludables y no saludables. Sin embargo, considerar una organización saludable implica tener en cuenta diferentes aspectos relacionados con el trabajo: el estrés laboral, las

características de los sistemas de trabajo de alta ejecución, los factores culturales y del clima organizacional, entre otros.

El estudio de la salud psicosocial de los empleados tiene una larga tradición, ya que durante el siglo XX, en diferentes países de Europa y en Estados Unidos, se desarrollaron y consolidaron tanto modelos conceptuales como un cuerpo sólido de investigaciones relacionado con el campo. No obstante, es en la década de 1990 cuando la psicología de la salud ocupacional, emerge como una especialidad de la psicología (41).

Para Tetrick y Quick (42) la psicología de la salud ocupacional (PSO), desde su naturaleza interdisciplinaria y transdisciplinaria, enfoca las intervenciones a partir de las perspectivas de la salud pública y la prevención primaria; así mismo, reconoce la relevancia de la historia de vida y la complejidad y las múltiples expresiones de muchos de los problemas de salud, y establece que las intervenciones deben priorizar cambios en este sentido, en los individuos, grupos y organizaciones o sistemas. Tetrick y Quick plantean que la PSO (42) debe desarrollar, mantener y promover la salud de los empleados y sus familias.

De acuerdo con el American National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), (40) organismo norteamericano que realiza investigaciones sobre las condiciones de trabajo que pueden influir en el bienestar físico y mental de los trabajadores, la psicología de la salud ocupacional tiene como objetivo la aplicación de la psicología en pro de la mejora de la calidad de vida laboral y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores.

Tetrick y Quick (42) igualmente anotan que el objetivo principal de la PSO es crear ambientes de trabajo seguros y saludables, y tiene como fin último promover organizaciones y personas saludables, ayudando a desarrollar sistemas inmunes que “metabolicen” las toxinas emocionales y psicosociales que afectan el ambiente de trabajo. Los autores anotan que el desafío de la PSO es promover organizaciones saludables, en el marco de los cambios que ocurren en los contextos de trabajo.

Salanova y Schaufeli (43) señalan que los desarrollos recientes de la Psicología de la Salud Ocupacional pueden contribuir en gran medida a la innovación de las políticas de dirección de los recursos humanos en las organizaciones.

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

Mañas (44) afirma que las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando el nivel de ésta o causando la pérdida de la misma. Los daños a la salud de los empleados se concretan en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales, aunque también existen otras expresiones de las malas condiciones de trabajo

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 mas alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos 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" (31).

Desde entonces, se han dado importantes cambios conceptuales y metodológicos, y se han desarrollado valiosas experiencias que ponen de relieve la importancia de la salud de los trabajadores para el desarrollo de los países. Por ejemplo, se amplía el concepto de salud ocupacional a salud de los trabajadores.

La salud ocupacional es entendida principalmente como la salud del trabajador en su ambiente de trabajo. El concepto de salud de los trabajadores es más amplio: no sólo comprende la salud ocupacional, sino también la salud del trabajador fuera de su ambiente laboral. Por ello considera, además de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, las patologías asociadas al trabajo y las derivadas de su vida fuera de su centro de trabajo.

García et al. (35) muestran que la práctica de la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores.

Los principales objetivos de la salud laboral son identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para su salud y bienestar. A su vez, se considera el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido un problema de salud.

Los autores plantean que los objetivos fundamentales del estudio y la práctica de la salud laboral son tres: la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo; y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador.

De acuerdo con García et al. (35) todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son susceptibles de ser prevenidos, ya que sus determinantes se encuentran precisamente en el trabajo y los centros de trabajo son los lugares idóneos para establecer los programas de promoción de la salud.

Al respecto, Cuenca (45) plantea que el entorno y las condiciones bajo las cuales se desempeña el trabajo, constituyen un campo al que hay que prestarle atención especial. Anota que la prevención de los riesgos laborales consiste en evitar que se den una serie de situaciones que pueden ocasionar cualquier problema sobre la salud o el bienestar de los trabajadores. Para la autora, los factores psicosociales que se encuentran en el trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Por un lado, comprenden aspectos del medio físico y ciertos aspectos de la organización y los sistemas de trabajo, así como la calidad de las

relaciones humanas en la empresa, que consisten en interacciones entre el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de la organización. Por otro lado, en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (46).

La prevención tiene como objetivo evitar o reducir la incidencia y prevalencia de una determinada enfermedad o problema, así como la promoción de una mejor calidad de vida. Desde la perspectiva biopsicosocial, la prevención implica activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Fomentar el conocimiento y el autocontrol es lo que se conoce como promoción de la salud. Implica una visión holística del ser humano en la que se integren aspectos tales como creencias, ideología, valores, actitudes, cultura, ecología, nivel socioeconómico, factores políticos y el estilo de vida (47).

Con base en el modelo de salud pública que clasifica las intervenciones preventivas en tres categorías –prevención primaria, secundaria y terciaria–, 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 (42).

Sin embargo, es importante tener en cuenta, además, los supuestos del modelo biopsicosocial de salud (48), para establecer los objetivos y estrategias de intervención preventivas a partir de los procesos biológicos, psicológicos, familiares y de grupos pequeños, como también de los factores socioculturales y ambientales, institucionales y las políticas públicas.

Levenstein y Moret (49) plantean que la salud ocupacional es un campo conflictivo y desafiante: variados intereses económicos y políticos significativos están en juego con relación a las problemáticas relacionadas con la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. Añaden que, desde 1970, los activistas de la salud ocupacional y los trabajadores se preocuparon por influir en los directivos de las organizaciones, los científicos y los políticos, a fin de tomar las medidas con respecto a los efectos de la exposición a sustancias tóxicas y otros aspectos del trabajo que afectan la calidad de vida laboral.

Por mucho tiempo la discusión ha girado alrededor de si los esfuerzos deben centrarse en cambiar aspectos del ambiente o de cambiar las conductas de los trabajadores. Generalmente, para los directivos es más económico plantear medidas de seguridad basadas en el diseño y uso de dispositivos personales de protección. La premisa es que los accidentes de trabajo son causados por

trabajadores no cuidadosos y que la enfermedad ocupacional es causada por conductas de riesgo como el consumo de alcohol, de tabaco, entre otros aspectos.

Los autores sugieren que la necesidad de un diálogo entre los profesionales de la salud ocupacional y los profesionales e investigadores en el campo de la promoción de la salud es urgente. Es importante desarrollar y fortalecer una aproximación psicosocial a los factores de riesgo ocupacionales. El punto crucial está en que los profesionales de la salud ocupacional deben asegurarse de que la promoción de la salud en el trabajo requiere de promotores de salud que estén alertas a los procesos del trabajo y a cómo éstos afectan la salud de los trabajadores, e informar a los directivos y trabajadores acerca de las situaciones que se presenten.

El estado de salud de un trabajador depende enormemente de la actividad laboral que desempeña, de las condiciones de trabajo, de la realidad social y del modo de producción que ella impone. Sin salud no se puede trabajar, por esto, el derecho a la salud debe ser ejercido de manera individual.

Es así como la prevención en el contexto laboral se convierte en uno de los objetivos del psicólogo organizacional que se ubica en el campo de la salud ocupacional. Las propuestas de trabajo en este sentido de ben tener en cuenta entonces la educación para la salud, la comunicación social y la participación tanto individual como institucional, sobre todo de los organismos públicos responsables de la salud pública y laboral.

Wynne (50) plantea que el interés creciente por la promoción de la salud en el trabajo, su desarrollo conceptual y metodológico, inicia hacia finales de la década de los setenta e inicio de los ochenta. Anota que en los Estados Unidos, los programas se dirigieron esencialmente al estilo de vida y los factores de riesgo, mientras que en Europa se centraron en las actividades tradicionales del denominado campo de la salud y seguridad ocupacional. Sin embargo, en Europa se le ha dado especial énfasis a la participación de los trabajadores en la planeación de actividades relacionadas con la promoción de la salud en el trabajo.

Sparks et al. (38), por su parte, plantean que la promoción de la salud en el trabajo permitirá la reducción de los costos médicos, las discapacidades y el ausentismo, y aumentará el compromiso de los trabajadores. Así mismo, enfatizan la participación de los empleados en intervenciones planeadas que permiten alcanzar el bienestar y la efectividad organizacional.

Aust y Ducki (51) anotan que los principales elementos de una aproximación comprensiva e integrada a la promoción de la salud en el trabajo debe tener un fuerte énfasis en los factores psicosociales y organizacionales que afectan la salud de los trabajadores y en la participación de los empleados en el proceso de identificar los problemas que los afectan, así como el plantear sugerencias para su estudio. Los autores insisten en que el objetivo central de las actividades de promoción de la salud en el trabajo tiene que ver con las condiciones de trabajo y su influencia en la salud de los trabajadores.

La meta primaria es organizar y cambiar las condiciones de trabajo e incrementar los aspectos que favorecen la salud de los empleados. Aust y Ducki (51) consideran la participación y el empoderamiento como dos aspectos cruciales, y también el desarrollo de competencias relacionadas con el proceso de toma de decisiones y el aprendizaje de experiencias que permitan desarrollar las capacidades vistas como esenciales para el éxito de los programas de promoción de la salud en el trabajo.

*Los autores proponen la creación de los círculos de salud –Health circles/Gesundheitszirkle-, los cuales son grupos de discusión formados en el lugar de trabajo, que buscan plantear alternativas para implementar condiciones de trabajo más saludables. Esta propuesta surge en Alemania en los años 80, como resultado de un análisis crítico de la aproximación tradicional de la salud ocupacional que le presta poca atención a los factores de estrés psicosocial y ve a los trabajadores como víctimas de sus condiciones de trabajo. Los círculos de salud están basados en la suposición de que los empleados son expertos, conocen sus condiciones y demandas de trabajo, y esto debe ser usado para plantear sugerencias orientadas a mejorar esta situación.*

Koh (52) anota que muchos de los profesionales dedicados a la salud y seguridad ocupacional están de acuerdo en que contar con un buen programa de promoción de la salud y la seguridad ocupacional es un desafío, ya que hay que enfrentar una serie de obstáculos en la planeación, diseño, implementación y evaluación del mismo.

En primer lugar, hay que convencer a los directivos y a los empleados de la necesidad de contar con este tipo de programas, señalando el costo de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales; en segundo lugar, se deben priorizar los tópicos de acuerdo con las necesidades de los trabajadores; en tercer lugar, no olvidar la importancia de la evaluación continua del programa, y, en cuarto lugar, no olvidar la meta de proteger y promover la salud de los trabajadores.

Al respecto, Muto y Yamauchi (53) retoman a la World Health Organization (WHO) cuando plantea que los problemas del estilo de vida han tomado un lugar prominente en lo que tiene que ver con la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Los autores señalan que se deben diseñar propuestas creativas de intervención que le presten atención a los aspectos psicosociales del trabajo desde una visión socio-ecológica.

Artazcoz (33) señala los siguientes aspectos a tener en cuenta para el fortalecimiento del quehacer del psicólogo en el campo de la salud laboral: fomentar la investigación con respecto a los efectos de las nuevas formas de trabajar sobre la salud; impulsar la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa, desde una visión preventiva centrada en el entorno del trabajo y no en el individuo; adoptar un enfoque que tenga en cuenta las desigualdades entre hombres y mujeres, tanto en el trabajo pagado como en el ámbito familiar, y desarrollar sistemas de información con indicadores sensibles a la mayor complejidad del mundo laboral y al amplio abanico de trastornos de salud

relacionados con el trabajo (más allá de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales), así como a las diferencias según género y grupo.

García et al. (35) resaltan que la práctica profesional de la salud laboral debe basarse en el conocimiento obtenido a través de la investigación sobre condiciones de trabajo y salud –"salud laboral basada en la evidencia" –, la cual proporciona la base científica para planificar y llevar a cabo las intervenciones necesarias para la protección y la promoción de la salud de los trabajadores.

Parra (37) menciona que es necesario desarrollar y profundizar investigaciones que logren precisar los mecanismos causales y las relaciones entre trabajo y salud tanto física como psicosocial. Anota que la salud laboral es, en primer plano, una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo, los trabajadores y las trabajadoras, empleados y profesionales –"no es ético que las personas malogren su salud y su vida, intentando ganarse la vida" –. Para el autor, el nivel de salud laboral alcanzado va a depender en gran medida de situaciones como el nivel de empleo y desempleo, las condiciones de vivienda, la disponibilidad de infraestructura de transporte, el acceso a la educación y la salud, las instituciones promotoras de salud, el grado de organización de los trabajadores, entre otros aspectos.

Se han abierto nuevas líneas de investigación que proponen caminos y plantean problemas distintos a los tradicionales para comprender la relación entre el trabajo y la salud, dentro de las cuales se encuentran: el cuestionamiento del tiempo de latencia o de exposición para la aparición de enfermedades laborales, el

estudio de la salud laboral femenina, las categorías intermedias en la relación trabajo-salud, las investigaciones sobre trastornos mentales y psicosomáticos. Igualmente, se propone la investigación participante como una alternativa metodológica de amplio alcance para la investigación en el campo de la salud laboral (54, 55).

Sparks et al. (38) sugieren tener en cuenta para la investigación del estrés laboral las percepciones de los trabajadores con relación a los potenciales estresores, la distinción entre experiencias de trabajo percibidas como positivas o negativas, y considerar estos aspectos para las intervenciones en dicha problemática.

Breihl (56) anota que los desafíos se han multiplicado para la salud colectiva y, en el campo específico de la salud laboral, hay por hacer algunas tareas urgentes: defender la cultura solidaria en el trabajo; tomar distancia con el funcionalismo, es decir, con la reducción de la práctica de la salud colectiva a la planificación de reformas menores dentro de límites permisivos unilateralmente establecidos e inhumanos, y siempre centrados en los clásicos espacios del trabajo formal; desbordar los límites de la medicina ocupacional y de los modelos de control limitado del llamado "riesgo en puestos"; implementar experiencias interdisciplinarias en líneas estratégicas como las de monitoreo e investigación participativos, evitando centrarse en organismos médicos y núcleos académicos abriendo las potencialidades de modelos participativos; impulsar una renovación conceptual y metodológica, basada en un pensamiento crítico multicultural que nos permita cambiar la racionalidad de nuestra práctica.

Wilson et al. (39) sugieren que en la promoción de la salud en el trabajo, los investigadores y profesionales deben tener en cuenta modelos socio-ecológicos, integradores y multiniveles. Por su parte, Luthans, en "Positive Organizational Behavior Developing and Maintaining Psychological Strengths y "The Need for and Meaning of Positive Organizational Behavior" (43), señala la necesidad de una aproximación proactiva a la investigación en el marco de las aplicaciones de la psicología de las organizaciones.

Heaney (57) sugiere, con relación a la utilización de estrategias de intervención efectivas en salud laboral, tener en cuenta el planteamiento de los objetivos de intervención, utilizando un proceso guiado empíricamente para seleccionar los más apropiados y fortalecer las estrategias de intervención a partir de teorías basadas en la investigación.

Las intervenciones deben basarse en un proceso sistemático; es necesario contar con un equipo multidisciplinario, lo que asegura expertos de un amplio rango de áreas; además, hay que considerar factores organizacionales y extraorganizacionales. La autora insiste en que es el momento para implementar las mejores estrategias efectivas que potencien la salud de los empleados.

Kristensen (58) anota que las intervenciones organizacionales en el campo de la promoción de la salud en el trabajo enfrentan una serie de obstáculos a nivel logístico y metodológico, lo que hace difícil evaluar los diferentes estudios que se han realizado al respecto.

En este sentido, Peiró (34) afirma que se requieren estrategias proactivas e interactivas, es decir, que la persona contemple múltiples escenarios y que, según éstos evolucionen, se vayan adoptando diversas medidas de acción.

Wynne (50) anota que hay dos clases de cuestionamientos con respecto a la promoción de la salud en el trabajo: si las actividades relacionadas con la salud y seguridad en el trabajo realmente son de promoción de la salud y cuál es la relación entre las estructuras de salud y seguridad y la promoción de la salud.

Parkinson et al. citados por Conrad (59), definen la promoción de la salud en el trabajo como una combinación de actividades educacionales, organizacionales y ambientales, diseñadas para apoyar las conductas que conduzcan a la salud de los empleados y sus familias. Implica la educación para la salud y aquellas intervenciones diseñadas para cambiar las conductas de los empleados que lleven a una mejor salud y a reducir los factores de riesgo.

Los beneficios de la promoción de la salud en el trabajo incluyen el aumento en la productividad, el decremento del ausentismo, el incremento en la moral de los empleados –reflejado en la lealtad hacia la compañía, la productividad en la fuerza de trabajo, la rotación reducida–, el incremento de la habilidad para ejecutar y desarrollar tareas de alta calidad, la reducción de costos, el aumento de la satisfacción laboral, y una mejor imagen corporativa (59).

La Carta de Ottawa plantea, en 1986, que la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En este sentido, es responsabilidad de las

organizaciones orientar las políticas de salud hacia este fin, y propiciar las condiciones a partir de las estrategias de educación en salud, comunicación social en salud, la participación y el empoderamiento, para que los trabajadores y empleados incorporen la salud como un valor y tengan claro que finalmente hay una ética de la responsabilidad individual con relación a la salud.

Los psicólogos organizacionales y de la salud deben preocuparse por estos nuevos retos que plantean las actuales realidades del trabajo sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores, a partir de los conocimientos sobre los determinantes de la conducta humana, su larga trayectoria tanto a nivel conceptual como investigativo en el campo de las diferentes problemáticas de salud relacionadas con los contextos del trabajo. Sería conveniente demostrar que el psicólogo puede tratar con éxito problemas de conducta y sobre todo demostrar que sus intervenciones tienen un beneficio económico positivo.

Para finalizar, sería importante retomar el planteamiento de Salanova y Schaufeli (43) quienes concluyen que el elemento central de una dirección consistente de los recursos humanos radica justamente "cuidar" y no "quemar" a los empleados, ya que éstos son el "corazón" de la organización. Los empleados son el capital humano de la organización, por lo tanto hay que cuidarlos y desarrollar este capital, tanto como sea posible.

En este estudio realizado en la ciudad de Tampico, en un hospital general perteneciente a la Secretaría de Salud en donde se aplicó el cuestionario Maslach a profesionales de la salud que laboran en diferentes turnos, la prevalencia de

este trastorno no se documentó en los médicos, pero en el caso de las enfermeras la prevalencia fue del 2.5%. La ausencia de este fenómeno en los médicos no necesariamente podría considerarse como extraña toda vez que es un estudio efectuado en una sola unidad médica y donde participaron solamente 84 facultativos.

Seguramente si se incluyeran diversas unidades médicas del sector salud estatal, se evidenciarían casos como sucede en otros informes (12) donde se señalan resultados de más del 20%, pero que involucran diversos hospitales de una comunidad. De los principales hallazgos encontrados en esta muestra, sobresale que la mayoría de los médicos trabajan en el turno vespertino, más de la mitad cuentan con 10 años de antigüedad laboral y con un trabajo profesional privado.

De acuerdo con esos hallazgos, no hay relación estadísticamente significativa entre las variables consideradas, es decir no hay relación entre el género, la antigüedad y el turno laboral y los tres dominios que conforman el Síndrome de Burnout.

En función de estos resultados los médicos no son portadores de este problema, sin embargo, algunos de ellos calificaron con una puntuación moderada y alta en el dominio despersonalización y cansancio emocional, lo que puede representar eventualmente un factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad mórbida si las condiciones psicosociales y laborales lo favorecen.

Para el caso de las enfermeras, se considera que las participantes representan un volumen importante, siendo la mayoría como era de esperar, del sexo femenino, casadas, con más de 10 años de antigüedad, y estando principalmente concentradas en el turno vespertino y nocturno.

En este grupo se registró el trastorno como tal, aunque en una proporción reducida. Es importante señalar que un porcentaje de trabajadoras aunque no presentan burnout como tal, registran cansancio emocional y despersonalización.

Así mismo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la antigüedad y el cansancio emocional, por lo que se considera que una acción relevante sería evaluar periódicamente a este grupo ya que esto podría representar un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome.

Atender estas variables, entre otras, se considera podría coadyuvar a continuar preservando los estándares en la calidad de la atención que tanto preocupa a las autoridades del Sector Salud, pero sobre todo permitir una mayor calidad de vida personal y laboral a favor de los médicos y enfermeras cuyas responsabilidades para con sus pacientes siempre son prioritarias.

## **CONCLUSIONES**

1. Aun cuando no se encontró la evidencia de este problema en médicos, y aún cuando en enfermeras el porcentaje fue muy bajo, se recomienda la necesidad de establecer estrategias de detección oportuna de casos, no solamente en la unidad médica participante, sino también en otros hospitales integrantes del sector salud estatal.
2. A pesar de lo señalado en el punto anterior es importante tener en cuenta que algunos profesionales presentan factores de riesgo al tener puntuaciones altas en los dominios cansancio emocional y despersonalización.
3. Es fundamental establecer estrategias de atención para los profesionales que son portadores de este síndrome y que ya han sido identificados.
4. Debe ser prioritario establecer programas de orientación, apoyo psicosocial e información a los profesionales que pudieran tener factores de riesgo para el desarrollo de este problema.
5. Será pertinente realizar trabajos de investigación en este campo para la detección de casos en otras unidades hospitalarias del Sector Salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 2002; 44: 33-40
2. Gascón S, Olmedo M, Ciccotelli H. La prevención del Burnout en las organizaciones. *Comunicación Breve. RPPC*, 2003; 8:18
3. Guerrero VE, Rubio JJ. Estrategias de Prevención e Intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental*, 2005; 28: 27-33.
4. Cabrera GL, López RP, Salinas TS, Ochoa TJ, Marín CI, Haro GL. Burnout Syndrome among Mexican Hospital nursery Staff. *Rev Med IMSS*, 2005; 43: 11-15.
5. Moreno JB, González JL, Garrosa E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Rev Psicopat Psic Clín*, 1999; 4: 163-180.
6. Evers WJ, Brouwers A. Burnout and self-efficacy: a study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. *Brit J Educ Psychol*, 2002; 72: 227-243.
7. Reynaga EP, Pando MM. Relación del Síndrome de Agotamiento Crónico (Burnout) con el Trastorno Psicológico Potencial en Jóvenes Deportistas. *Rev Psic Deporte*, 2005; 3: 153-160.
8. Tone IS, Arild EG, Mykletun R. Burnout among people working with intellectually disabled persons: a theory update and an example. *Scand J Caring Sci*, 2002;16: 272-279.

9. Gueritault V, Kalichman SC, Demi A, Peterson JL. Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care*, 2000; 12: 149-161.
10. Yusvisaret P, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy R. Factores de Riesgo Organizacionales Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Anestesiólogos. *Salud Mental*, 2005; 28: 82-89.
11. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesth*, 2006; 23: 433-439.
12. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Inter Med J*, 2005; 35: 272-278.
13. Cubrilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome - assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol*. 2006; 1: 131-135.
14. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an etiological model. *Int J Psychiatry Med*. 2005; 4: 405-416.
15. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med*. 2006; 3: 195-200.
16. Frasilho MA. Medicine, doctors and persons. Understanding stress to prevent burnout. *Acta Med Port*, 2005; 6: 433-43.
17. Ekstedt M, Soderstrom M, Akerstedt T, Nilsson J, Sondergaard HP, Aleksander P. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*, 2006; 2: 121-131.
18. Zhu W, Wang ZM, Wang MZ, Lan YJ, Wu SY. Occupational stress and job burnout in doctors. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2006; 2: 281-3, 308.

19. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.* 2006; 132: 327-353.
20. Mommersteeg PM, Keijsers GP, Heijnen CJ, Verbraak MJ, van Doornen LJ. Cortisol deviations in people with burnout before and after psychotherapy: a pilot study. *Health Psychol.* 2006; 2: 243-248.
21. Gil-Hernández F. Tratado de Medicina del Trabajo. En: Masson, ed. Barcelona España, 2005.
22. Silvia L, Gutiérrez C, López Rojas P, Salinas Tovar S, Guadalupe J, Tirado O, et al. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS.* 2005; 43: 11-15.
23. Martínez López C, López Solache G. Características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos Medicina Familiar.* 2005;7:6-9.
24. Taylor B, Barling J. Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *Int J Ment Health Nurs.* 2004; 13: 117-125.
25. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *J Advan Nurs.* 2002; 37: 470-76.
26. Kilfedder J, Power K, Wells T. Burnout in psychiatric nursing. *J Advan Nurs.* 2001; 34: 383-396.
27. So-Kum Tang C. Assessment of Burnout for Chinese Human Service Professionals: A Study of Factorial Validity and Invariance. *J Clin Psychology,* 1998; 54: 55-58.

28. Grau A, Suner R, Garcia MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit.* 2005; 6: 463-470.
29. Taris TW, Stoffelsen J, Bakker AB, Schaufeli WB, van Dierendonck D. Job control and burnout across occupations. *Psychol Rep.* 2005; 3: 955-961.
30. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Información sobre trabajo sin riesgo. Recuperado el 1 de febrero de 2006. Disponible en <http://www.ilo.org./public/spanish/protection/safework/>
31. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades. 91ª. Conferencia Internacional del Trabajo. Suiza: OIT 2003. Disponible en <http://www.ilo.org>.
32. Barman, Sennet R. A corrosao do character: Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record 2002; 14-25 .
33. Artazcoz, L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. *Gaceta Sanitaria.* 2002; 16 (6): 459-461.
34. Peiró, JM. El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales. *Universitas Psicológica.* 2004; 3 (2): 179-186.
35. García AM, Benavides F, Ruiz-Frutos C. Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. En: *Salud Laboral.* En F. G. Benavides C, Ruiz-Frutos C, García AM. Barcelona: Masson; 2000; 49-50.

36. Leitner K, Resch MG. Do the Effects of Job Stressors on Health Persist over Time?: A Longitudinal Study with Observational Stressors Measures. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2005; 10 (1): 18-30.
37. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo (OIT) 2003. Disponible en <http://www.ilo.org>.
38. Sparks K, Faragher B, Cooper CL. Wellbeing and Occupational Health in the 21st Century Work Place. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2001: 74, 489-509.
39. Wilson M, DeJoy D, Vandenberg R, Richardson H, McGrath A. Work Characteristics and Employee Health and Wellbeing: Test of a Model of Healthy Work Organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2004; 77, 565-588.
40. National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, (1996). National Occupational Research Agenda. Washington: U.S. Government Printing Office. Disponible en: <http://www.niosh.com>.
41. Barling J, Griffith A. A History of Occupational Health Psychology. En J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Washington: American Psychological Association 2003.
42. Tetrick L, Quick J. Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. En J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Whashington. American Psychological Association 2003.
43. Salanova M, Schaufeli W. El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 2004; 62, 109-138.

44. Mañas A. (2001). La salud y las condiciones de trabajo. *Enfermería Integral*, 56. Recuperado el 30 de agosto de 2006. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/masteros.htm>
45. Cuenca R. Concepto de riesgos psicosociales. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas, Madrid España, Diciembre 2002.
46. Oficina Internacional del Trabajo, OIT. (1984). Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. México: Alfaomega. Disponible en: <http://www.ilo.com>.
47. Bravo M, Serrano-García I. La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos T. J. Carrasco. *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid. Pirámide. 1997.
48. Engel G. The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 1977; 196, 129-136.
49. Levenstein Ch, Moret M. Health Promotion in the Workplace. *Journal of Public Health Policy*, 1985; 6 (2): 149-151.
50. Wynne R. A New Training Specification for Workplace Health Promotion. *Safety Science* 1995; 20: 277-287.
51. Aust B, Ducki A. Comprehensive Health Promotion Interventions at the Work Place: Experiences with Health Circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology* 2004; 9 (3): 258-270.
52. Koh D. Occupational Health and Safety Promotion: Problems and Solutions. *Safety Science* 1995; 2: 323-328.

53. Muto T, Yamauchi K. Evaluation of a Multicomponent Workplace Health Promotion Program Conducted in Japan for Improving Employees' Cardiovascular Disease Risk Factors. *Preventive Medicine* 2001; 33: 571-577.
54. Betancourt O. Reflexiones para la investigación de la salud de los trabajadores. *Salud de los Trabajadores* 1994; 2 (1): 35-48.
55. Noriega M. La realidad latinoamericana frente a los paradigmas de investigación en salud laboral. *Salud de los Trabajadores* 1995; 3 (1): 13-26.
56. Breihl J. El escenario regresivo de la salud laboral en América Latina. *Cad. Saude Pública* 1999; 15 (3): 448-449.
57. Heaney C. Worksite health interventions: targets for change and strategies for attaining them. En J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds), *Handbook of Occupational Psychology*, Washington. American Psychological Association. 2003.
58. Kristensen T. Workplace Intervention Studies. *Occupational Medicine* 2000; 15: 293-305.
59. Conrad P. Wellnes in the Work Place: Potentials and Pitfalls of Work-site Health. *The Milbank Quarterly* 1987; 65 (2): 255-275.