



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, FAREM – MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SALUD

Seminario de graduación para optar al título de Licenciada de Enfermería
Materno-Infantil

TEMA:

Enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud,
Matagalpa, II semestre 2020.

Subtema:

Enfermedades psicológicas y sus consecuencias en el personal de salud,
Matagalpa, II semestre 2020.

Autoras:

- Br. Karen Elizabeth Aguilar Rodríguez
- Br. Alba Yadelis Castillo Torrez
- Br. Kimberly Antonia Rodríguez

Tutor:

Dr. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan

Diciembre, 2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, FAREM – MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SALUD

Seminario de graduación para optar al título de Licenciada de Enfermería
Materno-Infantil

TEMA:

Enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud,
Matagalpa, II semestre 2020.

Subtema:

Enfermedades psicológicas y sus consecuencias en el personal de salud,
Matagalpa, II semestre 2020.

Autoras:

- Br. Karen Elizabeth Aguilar Rodríguez
- Br. Alba Yadelis Castillo Torrez
- Br. Kimberly Antonia Rodríguez

Tutor:

Dr. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan

Diciembre, 2020

Índice de contenido

I. Dedicatoria.....	i
ii. Agradecimiento	iii
iii. Carta aval.....	iv
iv. Resumen.....	v
v. Introducción	vii
vi. Justificación	xi
vii. Objetivos.....	xii
viii. Desarrollo.....	1
1. Salud ocupacional	1
2. Momentos claves de la historia de la salud ocupacional.....	5
3. La revolución industrial.....	8
4. La evolución de la salud ocupacional.....	12
5. Aspectos legales de la salud ocupacional.....	14
6. Equipamiento gratuito	31
7. Diagnósticos de una enfermedad laboral criterios	33
8. Características sociodemográficas.....	41
9. Enfermedades psicológicas	45
10. Higiene y seguridad ocupacional en nicaragua.....	53
11. Mobbing.	57
12. Síndrome de burnout.....	73
13. Estrategias para la mitigación de enfermedades ocupacionales.....	149
ix. Conclusiones	167
x. Bibliografía.....	168
Anexos.....	177

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Entorno Laboral	4
Ilustración 2 Edad media	6
Ilustración 3 Revolución Industrial	8
Ilustración 4 Sectores de Matagalpa	44
Ilustración 6 elementos de protección	150

Índice de tablas

Tabla 1. Cálculos de puntuaciones.....	95
Tabla 2. VALORES DE REFERENCIA.....	95
Tabla 3. Cuestionario Burnout	96
Tabla 4. Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout.....	120
Tabla 5. Diferencias entre estrés y SQT estrés BURNOUT	145
Tabla 6. manipulación de cargas.....	160

Índice de anexos

Anexo 1. Síndrome de Burnout	178
Anexo 2. SQT en las áreas de salud	179
Anexo 3. Epicrisis	180
Anexo 4. Evaluación audiológica.....	181
Anexo 5. Carta de solicitud de estudio y registro de enfermedad profesional ..	182
Anexo 6. Epicrisis	183

I. DEDICATORIA

Dedico este seminario de graduación primeramente a Dios, porque a él le debo todo lo que tengo y todo lo que soy, a él que me regala sabiduría, entendimiento y conocimiento día con día. Gracias a él que me fortalece y me llena de oportunidades y misericordia cada mañana,

A mi madre: Saray Rodríguez, mis abuelas, Mayra Rodríguez, Elena Martínez y a mi madrina Reyna Aguilar ya que gracias a ellos siempre están ayudándome incondicionalmente con recursos financieros, se los dedico a ellas porque son personas que me han enseñado a desafiar los retos y a alcanzar mis metas. Ya que son mi pilar fundamental y apoyo en mi formación académica, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello de una manera desinteresada y lleno de amor.

Se lo dedico a mis hermanos (Luis, Gabriela, Benjamín) porque ellos han influido en mi vida con el tiempo, experiencias y confianza que tienen hacia mí, es por eso que se los dedico a ellos.

Br: Karen Elizabeth Aguilar Rodríguez

Dedico este seminario de graduación primeramente al ser más importante Dios, a Él le debo lo que soy, lo que tengo y hasta donde he llegado, Él que me ha dado sabiduría, entendimiento y fuerzas día a día.

A mis padres Yader Castillo y Rosalba Torrez, gracias a ellos que siempre han estado consolándome en los momentos más difíciles y que han sido mi motor en los momentos que más necesitaba de una ayuda, se lo dedico a ellos que han estado durante toda mi formación académica, me han enseñado como vivir esta

vida, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi amor hacia mis semejantes y hacia mi carrera. Se lo dedico a mis hermanas Teresa Nohemí y Merary Judith, ellas que han sido mi motor emocionalmente, ellas que han estado conmigo en todo este proceso y que me han demostrado su amor, confianza y apoyo, siempre han estado alentándome y demostrándome que nunca he estado sola.

Br: Alba Yadelis Castillo Tórriz

Primeramente, a Dios por darme la salud, sabiduría e inteligencia necesaria para culminar mis estudios satisfactoriamente. A mis abuelos: Rafael Rodríguez y Antonia Granados mis pilares fundamentales en este trabajo por estar a mi lado en cada momento, en las situaciones difíciles en su esfuerzo día a día donde siempre me inculcaron que con perseverancia y dedicación se pueden lograr las metas.

Br: Kimberly Antonia Rodríguez

II. AGRADECIMIENTO

Gracias infinitas a Dios primeramente por habernos dado la vida, fortaleza y sabiduría para terminar con éxito nuestro trabajo; para alcanzar las metas y ver terminada nuestra carrera

A quienes directa e indirectamente ayudaron a la realización del presente estudio (Seminario de graduación)

A nuestros padres quienes se han involucrado en nuestro aprendizaje, que con su acompañamiento y apoyo incondicional lograron motivarnos a seguir adelante y superar todo obstáculo durante el transcurso del proceso de formación profesional hasta llegar a ver coronada nuestra carrera

A nuestro tutor Dr. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan por su conocimiento, tiempo y empeño que nos dedicó en la realización de nuestro trabajo

A nuestros compañeros de Seminario de graduación que han colaborado para llevar a cabo este trabajo tan importante y definitorio para la culminación de nuestra carrera

Por último, agradecemos a la Universidad por habernos permitido formarnos en ella y a nuestros profesores por ser parte fundamental en nuestra formación integral y profesional, labor que realizan con verdadero empeño

III. CARTA AVAL



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia-Tecnología-Salud.

VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería Materno Infantil**, que lleva por Tema general: **Tema: *Enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud. Matagalpa II semestre 2020.*** Con Sub tema: **Enfermedades Psicológicas y sus consecuencias en el personal de salud. Matagalpa II semestre 2020.**

Sus autoras: Br. Karen Elizabeth Aguilar Rodríguez Br. Alba Yadelis Castillo Torrez Br. Kimberly Antonia Rodríguez.

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa, octubre, 2020.

PhD. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan
Profesor Titular

IV. Resumen

El presente estudio investigativo tiene como tema general: Enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud, Matagalpa, II semestre 2020. La enfermedad profesional debe entenderse como un daño para la salud de los trabajadores que se produce por la interacción de éstos con el entorno laboral cuando el trabajo se desarrolla en unas condiciones inadecuadas, el vigente concepto y regulación de la Enfermedad Profesional encierra la problemática propia de aquellos términos que necesitan ser actualizados, de lo contrario corren el riesgo de perder capacidad protectora. El Burnout, síndrome de estar quemado, de desmoralización, de agotamiento emocional o profesional es considerado por la OMS como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud. El trabajo es una función trascendente para las personas. Considerando que los empleados invierten ocho o más horas del día, las condiciones laborales deben ser las óptimas para mantener su bienestar físico y mental. La caracterización sociodemográfica del departamento de Matagalpa respecto a la atención en salud se puede afirmar una excelente distribución de los servicios de atención por lo que se refleja en la disminución del personal comparado con el año 2015 en la actualidad esto por la organización de los turnos y sectores. Las enfermedades mentales afectan el bienestar físico, mental y social de las personas y de su entorno, entre las más vistas encontramos mobbing y síndrome de burnout. Predominaron las siguientes consecuencias psicológicas: depresión, ansiedad, estrés, infelicidad, vicios, problemas familiares, problemas de pareja, aislamiento social y problemas económicos de esta manera afecta la vida profesional, personal y social de las personas que padecen enfermedades mentales. Para la elaboración de este seminario de información, respecto a dinámicas en las cuales las que se relacionan más al tema de salud ocupacional son las estrategias motivacionales, físicas y de convivencia.

Palabras claves: Burnout, Mobbing

Summary.

The present research study has as a general theme: Occupational diseases and their consequences in health personnel, Matagalpa, II semester 2020. Occupational disease should be understood as damage to the health of workers that is produced by their interaction with the work environment when work is carried out in inadequate conditions, the current concept and regulation of Occupational Disease contains the problems of those terms that need to be updated, otherwise they run the risk of losing protective capacity. Burnout, a syndrome of being burned out, of demoralization, of emotional or professional exhaustion is considered by the WHO as an occupational disease that causes detriment to health. Work is a transcendent function for people. Considering that employees spend eight or more hours a day, working conditions must be optimal to maintain their physical and mental well-being. The sociodemographic characterization of the department of Matagalpa with respect to health care can be affirmed an excellent distribution of care services, which is reflected in the decrease in personnel compared to 2015 at present this by the organization of shifts and sectors. Mental illnesses affect the physical, mental and social well-being of people and their environment, among the most seen we find mobbing and burnout syndrome. The following psychological consequences predominated: depression, anxiety, stress, unhappiness, vices, family problems, relationship problems, social isolation and economic problems, thus affecting the professional, personal and social life of people suffering from mental illness. For the elaboration of this information seminar, regarding dynamics in which those that are most related to the occupational health issue are motivational, physical and coexistence strategies.

Keywords: Burnout, Mobbing

V. Introducción

La presente investigación se basa en el tema Enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud, las que se pueden definir como enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado.

Según la OIT y La OMS, La salud ocupacional es la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo Si bien la definición de salud ocupacional varía en gran manera, las condiciones y el ambiente de trabajo son factores muy conocidos que contribuyen a la salud.

Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje.

En este seminario de graduación se utilizó el método investigativo ya que necesitamos analizar e indagar para así poder reconocer esta problemática social que afecta a todo profesional en especial a los trabajadores de la salud; el tema escogido fue de gran interés personal ya que nadie esta excepto a padecer estas enfermedades.

Para realizar este estudio se tomaron en cuenta antecedentes globales; en España, en la ciudad de Bilbao, Manuel Velásquez dijo que el trabajo pone en juego las relaciones humanas y los vínculos psicológicos más complejos, lo cual

obliga a situar el trabajo en una relación dialéctica del individuo y de la colectividad de la que forma parte. De esta relación se extraen una serie de funciones psicosociales del empleo que construyen al individuo para dar de él su mejor versión social.

Conceptualmente, los riesgos psicosociales constituyen una serie de condiciones presentes en determinadas situaciones directamente relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo, capaces de afectar tanto al desarrollo laboral como a la salud física, psíquica o social del trabajador.

En España en el año 2000 Manuel Fidalgo Vega realizó el estudio sobre la promoción de la salud mental en el lugar de trabajo y el apoyo a las personas que sufren trastornos psiquiátricos hace más probable la reducción del absentismo laboral, el aumento de la productividad y la obtención de beneficios económicos que conllevan estos efectos.

Hay muchos factores del entorno laboral que pueden afectar a la salud mental. En la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal y las facilidades que se ofrecen a este para realizar su trabajo.

La relevancia social de este estudio investigativo se fundamenta en la necesidad de promover la salud ocupacional en los profesionales de salud mediante el control de los factores de riesgo modificables, que garanticen un mejor desempeño profesional.

En América en la ciudad de México Mariano Noriega en el año 2004 abordó el acoso psicológico y la intimidación en el trabajo (mobbing) son causas frecuentes de estrés laboral y otros riesgos para la salud de los trabajadores, y pueden ocasionar problemas físicos y psicológicos. Estos efectos en la salud tienen consecuencias para las empresas, que se concretan en pérdidas de productividad y una alta rotación del personal. Además, pueden afectar negativamente a las interacciones familiares y sociales.

El tener un ambiente laboral negativo afecta las relaciones personales e interpersonales interfiriendo en la calidad y eficacia de la atención brindada, alterando principalmente la salud mental y física del profesional; el acoso y la intimidación en el trabajo son problemas frecuentes que pueden tener considerables efectos negativos en la salud mental.

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta el punto que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso.

A nivel nacional Norman Reyes en el año 2011 en la ciudad de León realizó una tesis monografica donde abordó que el trabajo siempre ha ocupado un papel fundamental en la vida personal y en la estructura social, ya que constituye la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, al mismo tiempo permite satisfacer necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales y el desarrollo personal. Pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos psicológicos negativos.

Como seres humanos es necesario tener una fuente de ingresos para cubrir ciertas necesidades que se nos presentan, lo cual genera una excesiva preocupación que nos repercute alterando nuestra salud mental.

Se debe tomar en cuenta la necesidad de realizar este tipo de investigaciones para determinar si el personal presenta las condiciones aptas para poder brindar un servicio de atención satisfactorio en beneficio de la sociedad en general y de tal manera descartar una inadecuada atención a la población.

Un aspecto importante para conseguir que el lugar de trabajo sea saludable es la formulación de leyes, estrategias y políticas gubernamentales. En un lugar de trabajo saludable, los trabajadores y los directivos contribuyen activamente a mejorar el entorno laboral promoviendo y protegiendo la salud, la seguridad y el bienestar de todos los empleados.

VI. Justificación

Estudiar enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud infiriendo en las enfermedades psicológicas (Burnout) está relacionado al conocimiento de los factores de riesgo que predisponen a padecerla; ya que las enfermedades ocupacionales son una problemática social la cual afecta a todas y cada una de las personas y quienes las padecen necesitan saber cómo hacer para sobrellevarlas y así evitar que estas enfermedades se propaguen día a día con más rapidez.

Con el presente trabajo se pretende caracterizar la situación sociodemográfica del personal de salud, describir las enfermedades psicológicas del personal de salud, determinar las consecuencias para la salud de las enfermedades psicológicas y retomar estrategias para la mitigación de enfermedades ocupacionales, este estudio será de mucha utilidad para el personal de salud para adoptar las medidas pertinentes que disminuyan la aparición de las enfermedades ocupacionales y así conocer si están afectados buscar la ayuda correspondiente.

Al terminar nuestro trabajo investigativo esperamos aclarar todas y cada una de las dudas que teníamos antes de realizar las debidas investigaciones sobre las enfermedades ocupacionales para así ayudar a las personas a que mejore su calidad de vida tanto personal como profesional.

Esta investigación será útil antecedente para próximos estudios ya que los estudios acerca de enfermedades ocupacionales son escasos en Nicaragua y esta es una excelente razón para realizar un trabajo de este contenido

VII. Objetivos.

Objetivo General:

Analizar enfermedades ocupacionales y sus consecuencias en el personal de salud, Matagalpa, II Semestre 2020.

Objetivos específicos:

Caracterizar la situación sociodemográfica al personal de salud.

Describir las enfermedades psicológicas del personal de salud.

Determinar las consecuencias para la salud de las enfermedades psicológicas.

Retomar estrategias para la mitigación de enfermedades psicológicas.

VIII. Desarrollo

1. Salud Ocupacional

(secretaria de salud laboral, 2016) La enfermedad profesional debe entenderse como un daño para la salud de los trabajadores que se produce por la interacción de éstos con el entorno laboral cuando el trabajo se desarrolla en unas condiciones inadecuadas, el vigente concepto y regulación de la Enfermedad Profesional encierra la problemática propia de aquellos términos que necesitan ser actualizados continuamente, pues de lo contrario corren el riesgo de perder capacidad protectora.

Todos aquellos problemas de salud son causados generalmente por las condiciones del trabajo, ya que si el profesional no cuenta con un ambiente laboral adecuado es donde se manifiestan las enfermedades profesionales.

El trabajo pone en juego las relaciones humanas y los vínculos psicológicos más complejos, lo cual nos obliga a situar el trabajo en una relación dialéctica del individuo y de la colectividad de la que forma parte. De esta relación se extraen una serie de funciones psicosociales del empleo que construyen al individuo para dar de él su mejor versión social.

Las relaciones personales y sociales se ven afectadas desde el momento en que el profesional inicia una vida laboral activa ya que se tiene que adaptar a nuevas responsabilidades y horarios.

Al momento de tener la responsabilidad de un trabajo las relaciones con las personas que nos rodean tienden a verse un poco afectadas esto se debe a que ya no disponemos el mismo tiempo libre que acostumbrábamos

Conceptualmente, los riesgos psicosociales constituyen una serie de condiciones presentes en determinadas situaciones directamente relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo, capaces de afectar tanto al desarrollo laboral como a la salud física, psíquica o social del trabajador.

Las condiciones presentes en una situación laboral son las que vienen a afectar o beneficiar el desempeño del profesional, ya que esto afecta su desarrollo tanto personal como laboral.

(Valencia Luciano Andres , 2018) El médico renacentista Bernardino Ramazzini es considerado el padre de la Medicina del Trabajo y de la Salud Ocupacional. Nació en Capua (Italia) el 4 de octubre de 1633, fecha que la Sociedad de Medicina del Trabajo de la provincia de Buenos Aires (Argentina) propuso como Día de la Medicina del Trabajo

Educado por los jesuitas, ingresó a la Universidad de Parma, donde obtuvo el Doctorado en Filosofía y Medicina. En Roma continuó sus estudios con Antonio María Rossi, médico del Papa Clemente VIII. Ejerció como médico en Canino y Marta, ducado de Castro.

El principal aporte de Bernardino Ramazzini fue la obra *De Morbis Artificum Diatriba* (Disertación acerca de las enfermedades de los trabajadores o Tratado de las Enfermedades de los Artesanos en las traducciones españolas), escrita en latín y publicada en Módena en 1700.

El 5 de noviembre de 1714 Bernardino Ramazzini tuvo un ataque de apoplejía en Venecia que le provocó la muerte en la madrugada del día siguiente. Hoy es considerado el padre de la Medicina del Trabajo, pero sus contribuciones también aportaron al desarrollo de la medicina del deporte, la epidemiología y la salud ambiental.

(Caro,Laura, 2017) La historia de la salud ocupacional y su desarrollo en el mundo tuvo sus inicios en la Edad Media. Sin embargo, se empezó a aplicar después de la Revolución Industrial, sufriendo importantes transformaciones a lo largo del siglo XX.

A través de los siglos la historia de salud ocupacional ha ido evolucionando teniendo transformaciones muy importantes en la historia.

La salud ocupacional se refiere al cuidado del bienestar físico y mental de los trabajadores dentro del desempeño de sus labores. Es una práctica atravesada por diferentes disciplinas que inciden en la protección de las personas dentro de su entorno laboral.

Esta se enfoca en la consecución del más completo estado del bienestar físico, mental y social de los trabajadores, y abarca diversas áreas sobre todo en prevenir y controlar los riesgos laborales.

Esta disciplina tiene como objetivo controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo, lo fundamental en la salud ocupacional es asegurar un alto grado de bienestar mental, social y físico para los trabajadores

Disminuir las enfermedades y los accidentes laborales son aspectos que cada vez más personas y más personas son conscientes de su importancia, como por ejemplo el interés cada vez más creciente de los líderes de las empresas en fortalecer una cultura empresarial en mejorar la salud laboral a través de la creación de espacios de trabajos saludables.



Ilustración 1. Entorno laboral

Fuente: (Bermejo, Jose Carlos, 2007)

Actualmente existen en todo el mundo regulaciones y disposiciones de salud ocupacional que están diseñadas para proteger a los trabajadores. Sin embargo, no siempre existió un acuerdo sobre la preponderancia de la vida humana por sobre el desarrollo empresarial.

Los empleadores y trabajadores tienen la obligación de cumplir las medidas y regulaciones sobre prevención de riesgos laborales contenidas en cada reglamento técnico de su respectivo centro de trabajo, en base a esto se debe colaborar y exigir la implementación de las disposiciones contenidas en el.

A lo largo del avance de la salud ocupacional se ha conseguido tomar medidas para garantizar el bienestar de los trabajadores de acuerdo con las necesidades que iban surgiendo en cada época. Por este motivo, conocer su historia es fundamental para comprender su razón de ser.

Se debe de conocer e implementar más la historia de salud ocupacional, ya que con el avance del tiempo se han ido fortaleciendo más y más, las medidas para fomentar el bienestar de los trabajadores, las empresas saben que cuidar de su empleado repercutirá, de manera directa, aumentando su productividad y rendimiento, lo que en el transcurso de los años se convertirá en beneficios para el negocio.

Con el pase del tiempo se ha ido indagando más respecto al tema de salud ocupacional por eso de importancia conocer sus inicios ya que además de procurar el más alto de bienestar físico, mental y social de los empleados, este también busca establecer y sostener un medio.

Todo trabajador debe de conocer sobre salud ocupacional para así establecer un ambiente de trabajo saludable y procurar su bienestar físico, mental y social y con llevar a un de trabajo amigable y menos estresable.

2. Momentos claves de la historia de la salud ocupacional

2.1. Sus orígenes:

La Edad Media

En la antigüedad y la Edad Media, la minería era una actividad económica fundamental. Sin embargo, no existía ningún tipo de precaución o cuidado hacia los trabajadores de las minas, principalmente porque éstos eran esclavos o presidiarios.

Desde épocas atrás no se tomaban en cuenta medidas para el bienestar de los trabajadores, se trataban como esclavos y presidiarios ya que la minería era su principal base fundamental, ante todo.

Los primeros acercamientos a lo que hoy se conoce como salud ocupacional fueron publicados por Paracelso en un libro titulado Sobre el mal de las minas y otras enfermedades de los mineros.

Este libro fue titulado sobre el mal de las minas y otras enfermedades de los mineros ya que Paracelso comprendía que el aumento de las enfermedades ocupacionales estaba en relación directa con el mayor desarrollo y explotación industrial.

En esta época fue muy poco el desarrollo de la salud debido a que solo se daba salud a los afiliados y otro aspecto era el liberalismo individualista impuesto por la revolución francesa; también otro hecho fue la religión que domino sobre cualquier otra manifestación intelectual del hombre.

En la edad media solo se tomaban en cuenta las personas afiliadas y personas liberalistas que acataban el reglamento de revolución francesa.



Ilustración 2 Edad media

(Caro,Laura, 2017)

Esta obra, publicada en el año 1556, relacionaba el aumento de las enfermedades ocupacionales con el desarrollo de la explotación industrial.

En este tiempo las enfermedades ocupacionales aumentaban debido a la explotación en los trabajadores que los consideraban esclavos.

Según Paracelso, todas las minas deberían tener una ventilación adecuada y que los trabajadores deberían usar máscaras para protegerse del contagio de enfermedades. Sin embargo, el limitado desarrollo de la ciencia no permitía establecer relaciones claras entre las enfermedades y sus causas.

Los trabajadores no tenían una adecuada vestimenta ni equipo de protección que los protegiera de enfermedades ya que el desarrollo de la ciencia no tenía un avance el cual no permitía esclarecer las enfermedades y sus posibles causas.

Por otra parte, el valor de la igualdad no tenía la importancia que tiene en la actualidad. Éste realmente cobró importancia después de la Revolución Francesa y gracias a esto los trabajadores comenzaron a ocupar un roll diferente en la sociedad.

Después de la revolución francesa la igualdad tomo parte en la actualidad y los trabajadores comenzaron a formar parte de una sociedad diferente.

3. La Revolución Industrial

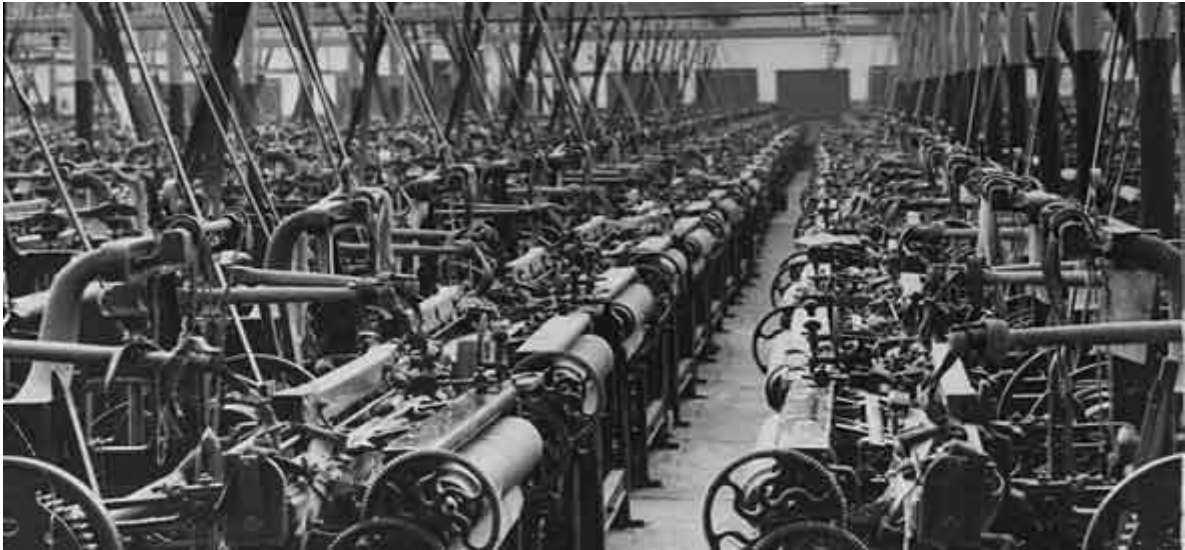


Ilustración 3 Revolución industrial

(Caro, Laura, 2017)

- Las máquinas que se usaban en los inicios de la industria eran sumamente peligrosas para los operarios. En aquella época, los artefactos estaban pensados exclusivamente para agilizar la producción y no consideraban la seguridad de los trabajadores.

Todas las máquinas que se usaban no estaban aptas para ser utilizadas por los trabajadores. Estos pensaban solamente en la producción que todo fuera rápido y no pensaban en el bienestar físico ni en la seguridad de estos empleadores.

- Por otra parte, no existía ningún interés en identificar los riesgos potenciales de las máquinas o los diferentes implementos de trabajo. Por esta razón, las lesiones profesionales, e inclusive la muerte, eran amenazas reales y constantes para los empleados de la industria.

Estas máquinas que se utilizaban no se les daba ningún mantenimiento preventivo por este motivo los trabajadores no tenían ninguna protección ni cumplían con

ninguna medida de auto protección debido a esto surgían las lesiones, enfermedades y muertes constantes en los empleadores de la industria.

- Además, no existían disposiciones de seguridad ni esquemas de compensación como los que existen actualmente. Por lo tanto, los trabajadores corrían un alto riesgo de perder su medio de sustento.

Los empleadores no se basaban en un contrato ni en medidas de seguridad ni en una ley que los protegiera, ya que debido al riesgo que se enfrentaban corrían el riesgo de perder tanto su sustento de vida como sus vidas.

- En aquel entonces, era frecuente que un empleado resultara herido perdiendo por completo la posibilidad de trabajar en cualquier fábrica. En aquellos casos, los empleadores no tenían ninguna responsabilidad, por lo tanto, las personas quedaban completamente a la deriva.

Los empleados que resultaban heridos perdían por completo la posibilidad de seguir trabajando en cualquiera de las industrias ya que no había nada que los pudiera respaldar.

3.1. El fin de la esclavitud en el Reino Unido

- El Reino Unido fue uno de los primeros países en presentar avances en materia de salud ocupacional. El fin de la esclavitud en este país fue un primer punto de partida en el proceso mejoramiento del trato hacia los trabajadores.

El reino unido país que dio fin a la esclavitud este mejoro el estado del bienestar físico, mental y social de los trabajadores donde ya no se trataban como esclavos ni presidiarios.

- Precisamente en Reino Unido se firmó la Ley de Fábricas (1833), una primera legislación que determinó condiciones mínimas de contratación.

Esta ley que se firmó en 1833 prohibió utilizar a niños menores de 9 años para el trabajo asalariado y fijaron jornada laboral de 8 horas para los niños con edades de 9 y los 13 años y jornadas de 12 horas aquellos de 13 y 16 años de edad, donde se mejoraron las condiciones de cada empleador.

- A partir de dicha ley, se creó un comité de inspección que revisaba las fábricas para prevenir las lesiones en los trabajadores textiles. Más adelante, en 1842 se creó la Ley de Minas, que estaba orientada a la prevención de accidentes en las minas de carbón.

La ley de minas de 1842 fue una ley del parlamento del reino unido la cual prohibía a las mujeres y niñas de cualquier edad a trabajar bajo tierra e introdujo una edad mínima de diez años para los niños empleados en trabajos subterráneos.

3.2. Los inicios de las leyes de salud ocupacional

- Con el paso del tiempo, el crecimiento de los movimientos laborales puso en el ojo público la preocupante frecuencia con la que se presentaban accidentes laborales. Gracias a esto, aparecieron en el mundo las primeras leyes de salud ocupacional.

En el transcurso de los años se comenzó a preocupar por la incidencia en que se presentaban los accidentes laborales, debido a esto causo que fueran apareciendo las primeras leyes que apoyaran el estado del trabajador y se manifestara un mejor ambiente de trabajo y mejores condiciones.

- En 1880, en Estados Unidos se creó la Sociedad Americana de Ingenieros Mecánicos. Esta entidad tenía como objetivo reglamentar la fabricación de maquinaria después de que un informe manifestara que en el país ocurrían 50.000 muertes al año por accidentes laborales.

La sociedad americana de ingenieros mecánicos fue establecida en 1880 con el fin de ofrecer un punto de partida para la discusión entre los ingenieros sobre las preocupaciones que se derivaban de la creciente industrialización y mecanización en dicha época en las áreas de la seguridad de las máquinas para que no se siguieran dando las muertes por accidentes de trabajo.

- Más adelante, en Alemania se desarrollaron dos leyes fundamentales: la primera ley de seguros sociales en 1883 y la primera ley de compensación a trabajadores en 1884.

En 1883 se creó la ley de seguros sociales la cual tenía como objetivo proteger a los trabajadores de la industria de forma obligatoria contra cualquier riesgo de enfermedad y de la maternidad también se dio la primera ley de compensación en 1884.

3.3. La salud ocupacional en el Siglo XX

➤ El Siglo XX comenzó con un cambio fundamental: la creación de la Organización Internacional del Trabajo en 1919. El Convenio 155 de esta organización hace referencia a la seguridad y salud de los trabajadores y es aceptado por todos los países miembros.

➤ A partir del siglo XX todo cambio la OIT comenzó a promover el convenio 155 donde con lleva a que los trabajadores comenzaran a tener una mejor seguridad laboral y en la salud y enfermedad se les diera un mejor trato lo cual fue aceptado por todos los países.

➤ En 1956, en Australia se presentó un caso en el que un grupo de empleados izaba baldes de betún caliente al techo de un edificio de cinco pisos. Al derramarse el betún caliente, cayó sobre uno de los trabajadores produciéndole fuertes quemaduras.

➤ El trabajador afectado demandó a su empleador y el caso llegó hasta el Tribunal Superior de Australia. Finalmente, el tribunal definió que el empleador debería tomar las precauciones necesarias para evitar riesgos innecesarios para la vida de sus empleados.

Australia definió que todo trabajador tenía que tomar sus propias precauciones y medidas para evitar accidentes laborales y menos riesgos en sus vidas.

- Estos hechos marcaron un precedente fundamental: las empresas deben valorar la vida de los seres humanos por encima de los beneficios económicos. A partir de entonces, comenzaron a desarrollarse leyes de salud ocupacional en todo el mundo.

Después que ocurrieron las cosas se dio un cambio que marco la historia todas las empresas comenzaron a apreciar la vida de todos sus empleadores por sobre todas las ganancias económicas sobre las empresas después de esto se empezó a emplear todas las leyes de salud ocupacional a nivel mundial.

4. La evolución de la salud ocupacional

Con el avance de la tecnología, los riesgos profesionales también se han transformado. Por esta razón, en el siglo XX aparecieron problemáticas que nunca antes se habían presentado y que precisaron nuevas reglamentaciones en salud ocupacional.

Con las nuevas bases de las plataformas que se han ido evolucionando se han ido implementando nuevas medidas y reglamentaciones para así disminuir los riesgos y enfermedades laborales.

Las primeras reglamentaciones estaban orientadas a accidentes directos que ocurrían dentro del desempeño del trabajo. Acontecimientos inmediatos como explosiones, caída de objetos pesados, quemaduras o cortaduras.

Las primeras medidas que se tomaron estaban en base a todos los empleadores que sufrieran explosiones, caída de objetos pesados quemaduras o cortaduras en sus respectivas áreas laborales.

Sin embargo, con el pasar del tiempo se fueron reconociendo problemas de salud indirectos o generados a largo plazo. Dolores crónicos que se desarrollan a lo largo de los años, enfermedades como resultado de la exposición a químicos e incluso problemas mentales.

La exposición de químicos ocasionaba muchas enfermedades hasta llegar a problemas mentales y con el transcurso del tiempo se fueron descubriendo muchas más enfermedades los dolores crónicos eran una de las principales que afectaban.

Por ejemplo, los rayos X fueron descubiertos en 1895. Pocos años después comenzaron a morir radiólogos en todo el mundo, debido a la exposición continuada a la radiación.

Con el tiempo poco comenzaron las disfunciones de radiólogos debido a que estos estaban expuestos a demasiada radiación.

Por este motivo, la legislación ha tenido que ajustarse progresivamente a las características de las nuevas enfermedades que se ocasionaban en el trabajo.

En este sentido la relación laboral comenzó ajustarse que la necesidad de que la misma sea voluntaria y reconocer las nuevas enfermedades que se iban dando en los trabajos.

5. Aspectos legales de la Salud Ocupacional

Código del trabajo ley 185

CAPITULO IV

OBLIGACIONES DE LOS EMPLEADORES

(Asamblea Nacional de la Republica de Nicaragua, 1996)

Artículo 17.- Además de las obligaciones contenidas en otros artículos de este código, los empleadores están obligados a:

- a) Pagar el salario por el trabajo realizado en el modo y tiempo convenidos con el trabajador;

- b) Respetar el derecho a la libre elección de profesión u oficio y no exigir ni aceptar cualquier clase de pago para emplear al trabajador ni elaborar listas discriminatorias o realizar prácticas que restrinjan o excluyan las posibilidades de colocación de los trabajadores;

- c) Guardar a los trabajadores la debida consideración y respeto absteniéndose de malos tratos de palabra, obra u omisión y de todo acto que pudiera afectar su dignidad y su decoro;

- d) Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios y adecuados para ejecutar el trabajo convenido, sin

perjuicio de que para determinadas obras o trabajos de especial naturaleza el trabajador pueda acordar con el empleador el uso de sus propias herramientas;

e) No retener las herramientas u objetos del trabajador a título de indemnización, garantía o cualquier otro motivo;

f) No permitir que se dirija o se realice y desarrolle la actividad laboral bajo los efectos de bebidas alcohólicas, influencia de drogas o cualquier otra condición análoga;

g) No portar ni permitir la portación y uso de armas de cualquier tipo en los lugares de trabajo, excepto en los casos de personas que estén facultadas para ello por la naturaleza de sus funciones;

h) No descontar al trabajador el salario correspondiente al tiempo que se vea imposibilitado de trabajar por culpa del empleador;

i) Respetar el fuero sindical y no interferir en la constitución y funcionamiento de los sindicatos;

j) Conceder a los trabajadores, sin descuento de salario y beneficios sociales, el tiempo necesario para que puedan concurrir ante las autoridades, cuando hubieren sido legalmente citados a declarar como testigos, o en su calidad de demandantes o demandados en casos judiciales y administrativos;

k) Respetar la jornada de trabajo, conceder los descansos establecidos y fijar el calendario laboral en un lugar visible del centro de trabajo;

l) Establecer y llevar los registros, expedientes laborales y demás documentos en la forma que estipule el Ministerio del Trabajo; y certificar a pedido del trabajador el tiempo trabajado, ocupación desempeñada y salario devengado;

m) Permitir el acceso a los lugares de trabajo de los inspectores del trabajo debidamente identificados y suministrar la información que sea oficialmente solicitada;

n) Permitir el acceso de los dirigentes o asesores del sindicato debidamente acreditados a los centros de trabajo y que se les suministre la información pertinente, vinculada a los conflictos y asuntos laborales atendidos por ellos;

o) Cumplir con las leyes y convenios colectivos que regulan el derecho de los trabajadores de participar en la gestión de las empresas;

p) Velar porque los trabajadores no sean violentados en sus derechos morales ni objeto de acoso o chantaje sexual;

q) Alojar a los trabajadores gratuitamente en casas o locales seguros y apropiados a las condiciones locales y necesidades humanas, cuando por la naturaleza del trabajo o por requerimiento del empleador y por las dificultades o altos costos del transporte se vean precisados a permanecer en los lugares del trabajo;

r) Cumplir en general con todas las obligaciones que se deriven del cumplimiento de las disposiciones de este código, legislación laboral, convenciones colectivas, reglamento interno de trabajo y de los fallos judiciales y arbitrales y de los convenios de la OIT ratificados por Nicaragua

JORNADAS DE TRABAJO, DESCANSOS, PERMISOS Y VACACIONES

CAPITULO I

DE LAS JORNADAS DE TRABAJO

Artículo 49.-Se entiende por jornada de trabajo el tiempo durante el cual el trabajador se encuentra a disposición del empleador, cumpliendo sus obligaciones laborales.

Se considera que el trabajador se encuentra a disposición del empleador desde el momento en que llega al lugar donde debe efectuar su trabajo, o donde recibe órdenes o instrucciones respecto al trabajo que se ha de efectuar en la jornada de cada día, hasta que pueda disponer libremente de su tiempo y de su actividad.

Artículo 50.- El día natural para los efectos del trabajo es el comprendido entre las seis de la mañana y las ocho de la noche. Trabajo nocturno es el que se presta entre las ocho de la noche y las seis de la mañana del día siguiente.

Artículo 51.- La jornada ordinaria de trabajo efectivo diurno no debe ser mayor de ocho horas diarias ni exceder de un total de cuarenta y ocho horas a la semana.

La jornada ordinaria de trabajo ordinario mixto no podrá ser mayor de siete horas y media diarias ni exceder de un total de cuarenta y cinco horas a la semana.

Jornada diurna es la que se ejecuta durante el día natural, o sea, entre las seis de la mañana y las veinte horas de un mismo día. Jornada nocturna es la que se ejecuta entre las ocho de la noche de un día y las seis horas del día siguiente.

Jornada mixta es la que se ejecuta durante un tiempo que comprenda parte del período diurno y parte del nocturno. No obstante, es jornada nocturna y no mixta, aquella en que se laboran más de tres horas y media en el período nocturno.

Tiempo de trabajo efectivo es aquel en que el trabajador permanece a las órdenes del empleador.

CAPÍTULO III

DE LAS VACACIONES

Artículo 76.-Todo trabajador tiene derecho a disfrutar de quince días de descanso continuo y remunerado en concepto de vacaciones, por cada seis meses de trabajo ininterrumpido al servicio de un mismo empleador.

Los trabajadores al servicio del Estado y sus Instituciones disfrutarán de vacaciones con goce de salario desde el Sábado Ramos al Domingo de Pascuas inclusive; del veinticuatro de diciembre al Primero de Enero inclusive; y de dieciséis días más durante el año.

En todos los casos, por interés del empleador o del trabajador o cuando se trate de las labores cíclicas del campo o de servicios que por su naturaleza no deban

interrumpirse, la época de disfrute de las vacaciones podrá convenirse en fecha distinta a la que corresponda.

Es obligación de los empleadores elaborar el calendario de vacaciones y darlo a conocer a sus trabajadores.

TÍTULO V DE LA HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL Y DE LOS RIESGOS PROFESIONALES

CAPÍTULO I

DE LA HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

Artículo 100.- Todo empleador tiene la obligación de adoptar medidas preventivas necesarias y adecuadas para proteger eficazmente la vida y salud de sus trabajadores, acondicionando las instalaciones físicas y proveyendo el equipo de trabajo necesario para reducir y eliminar los riesgos profesionales en los lugares de trabajo, sin perjuicio de las normas que establezca el Poder Ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo.

Artículo 101.- Los empleadores deben adoptar las siguientes medidas mínimas:

- a) Las medidas higiénicas prescritas por las autoridades competentes;

- b) Las medidas indispensables para evitar accidente en el manejo de instrumentos o materiales de trabajo y mantener una provisión adecuada de medicinas para la atención inmediata de los accidentes que ocurran;

c) Fomentar la capacitación de los trabajadores en el uso de la maquinaria y químicos y en los peligros que conlleva, así como en el manejo de los instrumentos y equipos de protección;

d) La supervisión sistemática del uso de los equipos de protección.

Artículo102.- El trabajador está obligado a colaborar cumpliendo con las instrucciones impartidas para su protección personal y cuidando del material empleado en la misma.

Artículo 103.- Los equipos de protección personal serán provistos por el empleador en forma gratuita, deberá darles mantenimiento, reparación adecuada y sustituirlos cuando el caso lo amerite.

Artículo104.- En las áreas de los centros de trabajo donde exista peligro, se colocarán avisos alertando tal situación y solamente podrá ingresar a ellas el personal autorizado.

Artículo105.- Ningún trabajador podrá prestar servicios en una máquina o procedimiento peligroso, a menos que:

a) Haya sido instruido del peligro que corre;

b) Haya sido instruido de las precauciones que debe tomar;

c) Haya adquirido un entrenamiento suficiente en el manejo de la máquina o en la ejecución del procedimiento de trabajo;

d) Se haya sometido al necesario reconocimiento médico, que lo califique como apto para ejecutar algunas tareas que conllevan riesgos específicos, como, por ejemplo: altura, fatiga, esfuerzos grandes; lo mismo que cuando se trate del manejo de aparatos que produzcan ruidos y vibraciones excesivas.

Artículo 106.- La organización sindical tiene el derecho y la obligación de promover la mejora de las condiciones de trabajo y de participar en la elaboración de los planes y medidas al respecto, a través de una Comisión especial y exigir el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en materia de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo 107.- Los trabajadores no deben hacer sus comidas en el propio puesto de trabajo, salvo cuando se trate de casos que no permitan separación del mismo. No se permitirá que los trabajadores duerman en el sitio de trabajo, salvo aquellos que por razones del servicio o de fuerza mayor, deban permanecer allí.

Los empleadores cuando tengan más de veinticinco trabajadores tienen la obligación de acondicionar locales para que puedan preparar e ingerir sus alimentos. En los lugares considerados insalubres o de alta peligrosidad, estos locales serán obligatorios fuera del área de riesgo, sin importar el número de empleados.

Artículo 108.- El Ministerio del Trabajo es competente para resolver la suspensión o paralización de actividades de aquellas empresas que infrinjan las disposiciones

sobre seguridad e higiene ocupacional, previa audiencia del empleador y los trabajadores.

CAPÍTULO II

DE LOS RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 109.- Se entiende por riesgos profesionales los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ocasión del trabajo.

Artículo 110.- Accidente de trabajo es el suceso eventual o acción que involuntariamente, con ocasión o a consecuencia del trabajo, resulte la muerte del trabajador o le produce una lesión orgánica o perturbación funcional de carácter permanente o transitorio.

También se tiene como accidente de trabajo

a) El ocurrido al trabajador en el trayecto normal entre su domicilio y su lugar de trabajo;

b) El que ocurre al trabajador al ejecutar órdenes o prestar servicio bajo la autoridad del empleador, dentro o fuera del lugar y hora de trabajo; y

c) El que suceda durante el período de interrupción del trabajo o antes y después del mismo, si el trabajador se encuentra en el lugar de trabajo o en locales de la empresa por razón de sus obligaciones.

Artículo 111.- Enfermedad profesional es todo estado patológico derivado de la acción continua de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador presta sus servicios y que provoque una incapacidad o perturbación física, psíquica o funcional permanente o transitoria, aun cuando la enfermedad se detectare cuando ya hubiere terminado la relación laboral.

Artículo 112.- Son riesgos profesionales toda lesión, enfermedad, perturbación funcional física o psíquica, permanente o transitoria, o agravación que sufra posteriormente el trabajador como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional de que haya sido víctima. Se incluye en esta categoría los daños sufridos por el feto de la mujer embarazada o por el niño lactante como consecuencia de no haber cumplido el empleador con las normas de higiene y seguridad ocupacional establecidas en el Capítulo I de este Título V.

Cuando las consecuencias de un riesgo profesional se agravaren por una enfermedad o lesión sufrida con anterioridad en la misma empresa o establecimiento se considerará dicha agravación como resultado directo del riesgo profesional sufrido e indirecto de la enfermedad o lesión anteriores.

Artículo 113.- Son también obligaciones del Empleador:

a) Notificar a los organismos competentes los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en su empresa o establecimiento, e investigar sus causas;

b) Colaborar en las investigaciones que, por ocurrencia de accidentes, realicen los organismos facultados para ello;

c) Indemnizar a los trabajadores por los accidentes o enfermedades profesionales que ocurran en el trabajo que desempeñen, por no estar protegidos por el régimen de la seguridad social, o no estar afiliados en él cuando sea del caso, o no haber pagado las cuotas del mismo en el tiempo y forma correspondiente;

d) Colocar cartelones en lugares visibles de los centros de trabajo en los que se exija al trabajador el uso del equipo protector adecuado a la clase de trabajo y se le advierta del peligro que representa el uso inadecuado de la maquinaria, equipo, instrumento o materiales;

e) Restablecer en su ocupación al trabajador que haya dejado de desempeñarla por haber sufrido accidente o enfermedad profesional, en cuanto esté capacitado, siempre que no haya recibido indemnización total por incapacidad permanente;

f) Dar al trabajador que no pueda desempeñar su trabajo primitivo otro puesto de trabajo de acuerdo a su incapacidad parcial permanente o temporal;

g) Dar asistencia inmediata y gratuita, medicinas y alimentos a los trabajadores enfermos como consecuencia de las condiciones climáticas del lugar de la empresa. El Ministerio de Salud vigilará el número de enfermos, enfermedades que adolecen y los medicamentos disponibles en las empresas, haciendo que se llenen los vacíos observados;

h) Realizar, por su cuenta, chequeos médicos periódicos a aquellos trabajadores que por las características laborales estén expuestos a riesgos profesionales, debiendo sujetarse a criterios médicos en cada caso específico.

Artículo 114.- Cuando el trabajador no esté cubierto por el régimen de seguridad social, o el empleador no lo haya afiliado al mismo, este último deberá pagar las indemnizaciones por muerte o incapacidad ocasionadas por accidente o riesgos profesionales.

Artículo 115.- Los riesgos profesionales pueden producir:

a) La muerte;

b) Incapacidad total permanente;

c) Incapacidad parcial permanente;

d) Incapacidad temporal.

Artículo 116.- Incapacidad total permanente es la pérdida de por vida de las facultades y aptitudes para el trabajo.

Artículo 117.- Incapacidad parcial permanente es la disminución de las facultades y aptitudes del trabajador, que le impidan ejercer sus funciones o desempeñar sus labores por haber sufrido la pérdida o paralización de un miembro, órgano o función del cuerpo por el resto de su vida.

Artículo 118.- Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que, por un período de tiempo, imposibilitan total o parcialmente al trabajador para desempeñar su trabajo.

Artículo 119.- Los empleadores, cuando contraten a través de intermediarios, son responsables de los riesgos profesionales que sufran sus trabajadores.

Artículo 120.- El pago de las indemnizaciones se calculará en base al último salario del trabajador. Cuando se trate de salario variable o de difícil determinación se hará en base al promedio de los últimos seis meses, o del período trabajado si éste promedio es menor.

Artículo 121.- Si el trabajador fallece o queda incapacitado total y permanentemente como consecuencia de riesgos profesionales, la empresa pagará una indemnización equivalente a seiscientos veinte días de salario que se contarán según el caso, a partir de la fecha de fallecimiento o desde el día en que se determine la incapacidad.

Esta indemnización se hará efectiva en montos y períodos idénticos a los convenidos para el salario en el contrato de trabajo.

En el caso de incapacidad total permanente la indemnización se pagará a la persona responsable de la atención y cuidado del mismo o a quien determinen las autoridades competentes.

Artículo 122.- En caso de accidente de trabajo el empleador deberá informar al Ministerio del Trabajo a más tardar dentro de las veinticuatro horas más el término de la distancia los siguientes datos:

- a) Nombre de la Empresa o de su representante, domicilio y actividad económica;
- b) Nombre y generales de ley del trabajador y lugar donde este se encuentra;

- c) Lugar, día y hora del accidente;
- d) Causa determinada o presunta del accidente y circunstancia en que tuvo lugar;
- e) Naturaleza de las lesiones producidas y estado del trabajador;
- f) Nombre y domicilio de testigos del accidente si los hubiere.

Todo sin perjuicio del informe que deberá rendir al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Artículo 123.- En caso de incapacidad parcial permanente el trabajador tendrá derecho a que se le fije la indemnización en forma proporcional entre el máximo y mínimo de días establecido para la incapacidad total permanente en la tabla de evaluación de incapacidades.

La indemnización la fijará el Juez, tomando en cuenta la edad del trabajador, si la incapacidad es absoluta para que el trabajador ejerza su oficio, aunque quede habilitado para dedicarse a otro, o si simplemente ha disminuido su aptitud para el desempeño del mismo.

El pago de esta indemnización se hará de contado por una sola vez por el total de la misma, salvo que por ella garantice el empleador al trabajador una renta por cinco años que pagará por anualidades anticipadas, consistiendo ésta en la quinta parte de la indemnización fijada más los intereses legales que a cada una corresponda por el plazo concedido

Artículo 124.- El empleador está exento de responsabilidad:

- a) Cuando el accidente ocurra por encontrarse el trabajador en estado de embriaguez o bajo los efectos del consumo voluntario de drogas;
- b) Cuando el trabajador directamente o por medio de otro se ocasione intencionalmente una incapacidad o una lesión;
- c) Cuando el accidente ocurra haciendo el trabajador labores ajenas a la empresa donde presta sus servicios;

d) Cuando se trate de trabajadores contratados eventualmente sin un fin comercial o industrial por una persona que los utilice en obras que por razón de su importancia o cualquier otro motivo duren menos de seis días;

e) Cuando la incapacidad o muerte es el resultado de riña, agresión o intento de suicidio.

f) Cuando el accidente se deba acaso fortuito o fuerza mayor extraña al trabajo.

El empleador en todo caso está obligado a trasladar al trabajador a un centro de atención médica y a tener en el lugar de trabajo los medicamentos necesarios para las atenciones de urgencia.

Artículo 125.- El empleador no está libre de responsabilidad:

a) Si el trabajador explícita e implícitamente hubiese asumido los riesgos del trabajo;

b) Si el accidente ha sido causado por descuido, negligencia o culpa de terceras personas; en cuyo caso el empleador podrá repetir del responsable los costos del accidente; y

c) Si el accidente ocurre por imprudencia profesional al omitir el trabajador ciertas precauciones debido a la confianza que adquiere en su pericia o habilidad para ejercer su oficio.

Artículo 126.- Cuando se trate de riesgos acaecidos en trabajos de pequeñas empresas o del servicio doméstico, el Juez o el Inspector Departamental del Trabajo, a solicitud de parte, podrá fijar una indemnización menor que la establecida por la ley, atendiendo a la capacidad económica del empleador, al tiempo que el trabajador lleva de servicio y al peligro del trabajo encargado.

A este efecto se consideran pequeñas empresas las que tengan a su servicio no más de diez trabajadores si se emplea maquinaria impulsada por fuerza motriz, y no más de veinte si no se emplea dicha fuerza. Sin embargo, si el Juez comprueba que la empresa tiene capacidad económica suficiente podrá denegar la solicitud.

Artículo 127.- La indemnización por causa de enfermedad profesional la debe el empleador a cuyo servicio se hallaba el trabajador durante el año precedente a su inhabilitación. Si en ese período el trabajador hubiese laborado para más de un empleador, la deberán todos en proporción al tiempo que hubiere trabajado para cada uno. Los empleadores a que se refiere este artículo son los que contrataron al trabajador para desempeñar las labores que le produjeron la enfermedad profesional.

Artículo 128.- La obligación del empleador de restablecer en su ocupación al trabajador víctima de un accidente de trabajo en cuanto esté capacitado para ello, existe siempre que no haya pagado indemnización por incapacidad total.

Artículo 129.- Se faculta al Poder Ejecutivo para cerrar definitiva o temporalmente los centros o áreas de trabajo donde exista riesgo inminente de accidentes o enfermedades profesionales.

(WagellIndicator Foundation, 2020) La Constitución de Nicaragua requiere que el empleador proporcione las condiciones de trabajo tales que garanticen la integridad física, la salud, la higiene y la reducción de los riesgos profesionales para hacer que la seguridad en el trabajo sea efectiva para el trabajador.

Según la constitución política de Nicaragua toda empresa debe garantizar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores garantizándoles mejores condiciones de trabajo y así reducir la tasa de riesgos laborales.

En conformidad con el Código del Trabajo y la Ley No. 618, se requiere que un empleador promueva y mantenga el más alto grado de salud física, mental y social de los trabajadores en todas las actividades; prevenir el deterioro de la salud causado por las condiciones de trabajo; proteger a los trabajadores frente a los riesgos derivados de los agentes peligrosos; localizar y mantener a los trabajadores en condiciones adecuadas para proteger su salud fisiológica y psicológica.

Se debe proteger a todo trabajador en todas sus actividades diarias organizando el trabajo para que este no se siente presionado ni estresado, prevenir el deterioro de la salud de los empleadores que se causan debido a las condiciones que se presentan en cada actividad laboral y evitar que se sufran menos riesgos protegiendo su salud.

Es obligatorio para el empleador a adoptar las medidas preventivas necesarias eficaces y adecuadas para garantizar la salud y seguridad de los trabajadores; garantizar el examen médico antes del empleo y un examen médico periódico de los trabajadores expuestos a riesgos específicos; mantener botiquín de primeros auxilios con suministros adecuados; mantener aseos, vestuarios, armarios, fregaderos, duchas, suministro de jabón y papel higiénico; provisión y fácil acceso a agua potable, dormitorios, alimentación y áreas de descanso.

Todo empleador tiene la obligación de tomar sus propias medidas necesarias eficaces para los trabajadores y proteger la salud y seguridad de cada uno de ellos, garantizarles un seguro médico, vestuario de protección y áreas para descansar.

El empleador debe tomar las medidas preventivas adecuadas para evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar, combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona del trabajo, reemplazar prácticas peligrosas, tomar medidas para garantizar la protección colectiva e individual, y proporcionar a los trabajadores información adecuada sobre OSH información sobre seguridad y salud ocupacional.

Se debe evaluar las condiciones de trabajo y evitar riesgos y enfermedades laborales, capacitar a todo trabajador a su respectiva área de trabajo, proporcionarles un ambiente de trabajo saludable y en condiciones aptas para el trabajador ya que todo trabajador debe de conocer sobre salud ocupacional.

6. Equipamiento Gratuito

Es responsabilidad del empleador la de proporcionar equipo de protección gratuito para riesgos específicos para los trabajadores y supervisar sistemáticamente su uso. También deben mantener y reemplazar el equipo de protección personal cuando sea necesario.

Se debe garantizar un equipo de protección para todo trabajador gratuitamente para así no sufrir daños a la salud ni lesiones físicas.

En conformidad con el Código del Trabajo y la Ley No. 618, es la responsabilidad del empleador la de proporcionar formación e información a través de programas de formación en materia de OSH en el lugar de trabajo para garantizar la salud y seguridad de sus empleados. Es deber del empleador desarrollar programas de formación en materia de OSH (según sus siglas en inglés) que están relacionados con el plan de evaluación de riesgos a través de la programación de estos cursos de capacitación en el plan anual de actividades.

Es responsabilidad de todo empleador hacer que todo trabajador conozca sobre salud ocupacional promoviendo programas y capacitarlos anual mente con un plan de actividades e implementar planes para que conozcan los riesgos laborales y como evitarlos.

6.1. Sistema de inspección de trabajo

El Sistema de Inspección de Trabajo está trabajando en el país conforme a lo dispuesto en la Ley de Inspección de Trabajo, No. 618, 2007. El Ministerio de Trabajo a través de la Dirección General de Seguridad y Salud es el responsable de la intervención, seguimiento y la aplicación de las disposiciones en materia de OSH.

Es responsabilidad del ministerio de trabajo darle intervención y seguimiento en las disposiciones de salud ocupacional.

Los inspectores de trabajo están autorizados para asesorar y resolver las cuestiones relativas a la seguridad y salud en el trabajo; recibir y tramitar las solicitudes sobre las condiciones de seguridad y salud; confirmar, modificar o anular las decisiones impugnadas, identificar violaciones de OSH e imponer sanciones; promover la participación en el desarrollo de las actividades de seguridad y salud; realizar estudios e investigaciones sobre la identificación de las causas de las enfermedades y accidentes de trabajo; y establecer la colaboración y asistencia con universidades nacionales y extranjeras. El inspector de trabajo también puede desarrollar políticas nacionales en materia de OSH; reglamentos o instrucciones para prevenir y controlar los riesgos laborales; y programas de formación en materia de OSH.

Los inspectores de trabajo tienen la capacidad y autorización de ayudar y resolver todas las inquietudes de los trabajadores en seguridad y salud, también desarrollar reglamentos de trabajos para prevenir riesgos y enfermedades laborales.

La legislación nacional prevé inspectores con poder de entrar en los locales de trabajo en cualquier momento fuera o dentro del horario de trabajo a petición de o sin autorización previa de tiempo; llevar a cabo investigaciones; entrevistar a cualquier persona; examinar documentos; reunir pruebas de todo el proceso productivo; y pedir la asistencia de la policía para entrar en el lugar de trabajo y el cumplimiento de sus funciones.

Es deber de un inspector proporcionar asesoramiento técnico sobre la forma más eficaz para adaptar las disposiciones técnicas relacionadas con el control de los factores de riesgo. El inspector advierte al empleador acerca de cuestiones de OSH con el fin de que él tome ciertas medidas inmediatamente o dentro de cierto periodo de tiempo para asegurar el cumplimiento de las disposiciones relativas a

la seguridad y salud de los trabajadores. El inspector también tiene la facultad de imponer sanciones pecuniarias y sanciones por la violación de la legislación en materia de OSH y exigir el cese inmediato de trabajo y maquinaria peligrosa cuando hay un peligro inminente o grave para la vida o la salud de los trabajadores.

Cuando hay peligro para la salud del trabajador el inspector tiene como obligación asesorar al trabajador tanto como imponerle sanciones a la empresa y tomar las medidas necesarias inmediatamente dentro de un laxo de tiempo para asegurar la salud y la seguridad de los trabajadores.

(Dr: Jose Gasteasoro Dr: Leon Ezequiel Lopez Pereira Dr: Gilma Juarez Quintero, 2012)La salud ocupacional es el conjunto de actividades multidisciplinarias encaminadas a la promoción, educación, prevención, control, recuperación y rehabilitación de los trabajadores, para protegerlos de los riesgos ocupacionales y ubicarlos en un ambiente de trabajo de acuerdo con sus condiciones fisiológicas (O.I.T.)

Toda actividad laboral implica algún riesgo; el ejercicio de un oficio o profesión con lleva una probabilidad de afectar negativamente la salud, pero también implica la opción positiva del trabajo como un medio para crecer como persona, satisfacer las necesidades propias, las de la familia y las de la sociedad.

Se deben aplicar medidas y actividades para detectar los riesgos y todas circunstancias capaces de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral, tomar el trabajo con una opción positiva y no verlo de manera negativa.

7. Diagnósticos de una enfermedad laboral Criterios

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

7.1. Ocupacionales:

Fundamental para el diagnóstico de certeza.

Historia ocupacional del trabajador.

Permite identificar la materia prima empleada, factores de riesgo (Movimiento repetitivo de manos), el tiempo de exposición a los diferentes riesgos (> de 2 años) y características del ambiente de trabajo (Trabajo de oficina –secretaria).

7.2. Clínicos:

(medicinalaboraldevenezuela, 2009) Es la determinación de la patología por parte del médico ocupacional. En la mayoría de los casos es necesario pedir evaluaciones a especialistas no ocupacionales psiquiatras, traumatólogos, neurólogos, internistas, cirujanos generales, urólogos, dermatólogos, otorrinolaringólogos y la información debe transformarse cuidando los vocablos usados. De aquí parte la investigación ocupacional la mayoría de las veces.

Recoge la diferente sintomatología del trabajador, la cual debe relacionarse con la patología sospechada, a veces de inicio puede ser inespecífica.

7.3. Higiénico epidemiológico:

(medicinalaboraldevenezuela, 2009) Consiste en estudiar las condiciones de trabajo, los procesos peligrosos, medios y objetos, equipos de protección personal, ambiente de trabajo, valores técnicos de referencia, etc. Por ejemplo, en el caso de un trabajador con trastorno de audición, se debe determinar el ruido ocupacional, se debe verificar el equipo de protección personal de ser necesario (protectores auriculares), controles en la fuente, si él Les sobrepasa los 82 decibeles la mitad de 85 decibeles es necesario comenzar a realizar medidas en la fuente y en la conducta de los trabajadores. Este criterio incluye lo relativo a la ergonomía.

De gran valor al permitir la investigación en el terreno laboral para definir la existencia de factores de riesgo capaces de alterar la salud de trabajador

Permite observar el cumplimiento o violación de normas (Horario extendido), uso de medios de protección personal, condiciones higiénico sanitarias laborales.

Permite obtener la información de casos previos con diagnóstico de Enfermedad laboral, a veces muy similares debido a que la exposición a los riesgos es la misma.

7.4. Laboratorio:

(medicinalaboraldevenezuela, 2009) Cuando es pertinente, se refiere a los exámenes realizados, por ejemplo, plomo en sangre, espirometrías, audiometrías, radiografías, electrocardiogramas, electromiografía, tomografías, resonancias magnéticas, Pero no sólo es el examen, es su interpretación transversal y longitudinal, por ejemplo, en el caso de los trastornos de audición, se realiza una audiometría, la misma se analiza, pero según ordena la norma, se debe comparar con la audiometría de base.

Como medio auxiliar de diagnóstico para el diagnóstico de patología laborales o descartar otras causas extra laborales.

Debe realizarse en el propio trabajador, como en el ambiente de trabajo

En el hombre por medio de mediciones de biológicos BHC, Orina, Heces, VDRL, mediciones de metabolitos de sustancias tóxicas Plomo, Cadmio.

Las determinaciones ambientales se hacen dirigidas a partículas como polvo, elementos físicos (Ruido), sustancia química (Ácidos).

Son complementarios al diagnóstico.

7.5. Médico legal:

(medicinalaboraldevenezuela, 2009) se refiere a un conjunto de pasos, la mayoría obligatorios, como por ejemplo la presencia de un Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo activo, del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo activo, el cumplimiento de los pasos y tiempos para la declaración de la investigación y enfermedad ocupacional, planes de capacitación, planes de abordaje para procesos peligrosos, presencia de Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo activo, evaluaciones médicas (pre empleo, pre vacaciones, pos vacaciones, egreso).

Implica el conocimiento de la legislación laboral vigente en el país.

El diagnóstico de Enfermedad laboral implica una alta responsabilidad legal debido a la protección que esta significa.

Cada país reconoce sus propias enfermedades labores en listados nacionales, incluso especifican por una parte el agente y la causa, por otra parte, incluyen condiciones necesarias y suficientes para el origen de patologías profesionales reconocidas por la ley.

Que pasa con las enfermedades que no estan en listado

Si se presenta una enfermedad que no figure en la lista profesionales, pero se logre demostrar la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional, será reconocida como enfermedad profesional.

Pasos para estudiar una enfermedad profesional

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

➤ Se detecta la enfermedad de posible causa laboral en los chequeos médicos ocupacionales según el riesgo al que están expuesto los trabajadores. Ejemplo: hipoacusia neurosensorial bilateral con su respectivo examen diagnostico (audiometría y timpanometria).

- Se envía a valoración en su empresa medica previsional con la respectiva especialidad de acuerdo a la enfermedad detectada (otorrinolaringología), dicho especialista enviara exámenes nuevos y emite una epicrisis con el diagnostico de enfermedad de posible causa laboral.
- Se lleva al INSS originales de epicrisis de chequeos médicos y exámenes diagnostico al igual los que emite la empresa medica previsional, con estos documentos el INSS llena carta de solicitud de estudio y registro de enfermedad profesional (antes hoja nel – notificación de enfermedad laboral).
- La empresa medica previsional per-cápita de riesgos laborales inicia el estudio de la patología envía sus exámenes para determinar si es de origen laboral y le envía una notificación al INSS para realizar una inspección del área de trabajo y valorar la exposición del riesgo a estudiar y concluir si es de origen laboral.
- La EMP de riesgos laborales emite una epicrisis final diagnosticando la enfermedad de origen profesional, dicha epicrisis se regresa al INSS para declarar e inscribir la enfermedad y posteriormente pasar a la comisión medica que valorara el grado de incapacidad y tipo de pensión que le adjudicara, generalmente se envía a reubicar al trabajador.

7.6. Listado OIT de las enfermedades ocupacionales

Generalidades de los accidentes de trabajo

Según OIT a nivel Mundial sucede:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una muerte cada quince segundos ➤ Seis mil por día ➤ Anualmente se registran casi 270 millones de accidentes de los cuales 350.000 son mortales ➤ Más de 3 días de ausencia por accidente | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perdidas PIB del 4%(1,25billones) ➤ Ocurren 36 accidentes por minuto ➤ Alrededor 300 muertes cada día |
|--|---|

¿Qué es un accidente?

Desde un punto de vista técnico, es:

Un acontecimiento imprevisto, no deseado y que da como resultado daños físicos a las personas y/o daños a los bienes de propiedad o simplemente pérdida de tiempo, Ocurre en un instante del tiempo, Es inesperado, No planeado.

Resultado de contacto con alguna fuente del proceso productivo.

¿Qué es un accidente de trabajo?

Accidente de Trabajo (Art. 110 CT): Suceso eventual o acción que involuntariamente, con ocasión o a consecuencia del trabajo, resulte en la muerte del trabajador o le produce una lesión orgánica o perturbación funcional de carácter permanente o transitorio.

Algo que ocurre involuntariamente, sin pensarlo y sin buscarlo que puede hasta causar la muerte.

También se tiene como accidente de trabajo:

- a) el ocurrido al trabajador en el trayecto normal entre su domicilio y su lugar de trabajo;
- b) el que ocurre al trabajador al ejecutar órdenes o prestar servicio bajo la autoridad del empleador, dentro o fuera del lugar y hora de trabajo; y
- c) el que suceda durante el período de interrupción del trabajo o antes y después del mismo, si el trabajador se encuentra en el lugar de trabajo o en locales de la empresa por razón de sus obligaciones.

¿qué es un accidente laboral?

Según la Ley del Seguro Social (Decreto 974):

Artículo 63.-Accidente del Trabajo es la muerte o toda lesión orgánica o perturbación funcional, permanente o transitoria, mediata o posterior, producida por la acción repentina de una causa externa sobrevenida por el hecho o en ocasión del trabajo, o por caso fortuito o fuerza mayor inherente a él.

Para los efectos de esta Ley, también se reputan accidente del trabajo los ocurridos en el trayecto habitual entre el domicilio del trabajador y su lugar de trabajo o viceversa.

7.7. Causa de los accidentes

Resultan de los efectos combinados de circunstancias físicas, que a menudo pueden ser reconocidas y los riesgos técnicos ajenos al sistema de trabajo, o factores humanos, que pueden ser modificados mediante entrenamiento, educación y supervisión.

En el trabajo existe una relación de casualidad directa o inmediata entre la lesión y el que hacer laboral de la víctima.

Causas básicas, raíces o reales:

Las faltas de control administrativo permiten la aparición de ciertas causas básicas que deteriora la operación industrial.

Causas inmediatas-síntomas:

Las existencias de causas básicas de accidentes brindan la oportunidad para que existan actos y condiciones inseguras.

Causas inmediatas:

Son las circunstancias que se presentan justo ANTES del contacto. Por lo general, son observables o se hacen sentir.

Se suelen dividir en:

Actos inseguros comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente.

Condiciones inseguras o peligrosas o circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente.

Condiciones inseguras:

Condición o situación de riesgo que se ha creado en el ambiente de trabajo independiente de la presencia o no del trabajador (Ambiente, equipos, métodos y materiales).

Se determinan por factores técnicos o del trabajo en sí, como:

- Falla de disposición de trabajos (Normativas, métodos, procedimientos).
- Desgaste de elementos de uso.
- Falla de maquinaria por falta de mantenimiento o malfuncionamiento (Mantenimiento preventivo y/o correctivo).
- Diseño inadecuado de equipos o dispositivos.
- Uso inadecuado de los elementos en los procesos de transformación.
- Herramientas en mal estado

Condiciones inseguras:

- Protecciones y resguardos inadecuados.
- Equipos de protección inadecuados o insuficientes.
- Herramientas de protección inadecuada o insuficiente.
- Espacio limitado para desenvolverse.
- Peligro de explosión o incendio.
- Condiciones ambientales peligrosas: gases, polvos, humos, emanaciones

Actos Inseguros:

Violación a normas y procedimientos de trabajo, motivados por prácticas incorrectas que ocasionan el accidente. es la causa humana o lo referido al comportamiento del trabajador (distracción, temeridad, exceso de confianza.

- Trabajar junto a equipos con tensión.
- No utilizar dispositivos de seguridad
- No usar equipos de protección personal
- Actitud personal (exceso de confianza o temeridad en la actividad que realiza)
- Trabajo sin autorización, sin protegerse.

Causas básicas de los accidentes

Son la que explican que existan condiciones y actos inseguros.

- Permiten un control más profundo y extenso.
- Ayudan a explicar por qué las personas realizan actos inseguros.

Corresponden a las causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas, a aquellos factores que una vez identificados, permiten un control significativo.

8. Características sociodemográficas

Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles. (Rabines Juarez, 2012).

Matagalpa como departamento se localizan en región Central-Norte del país, extensión territorial de 6,803.8 Km²; 5.2% del territorio nacional. Limita al norte

con Jinotega, al este con 2 Regiones Autónomas, al sur con departamentos de Managua y Boaco, al oeste con Estelí y León.

Dividida política y administrativamente en 13 municipios: Rancho Grande, Río Blanco, El Tuma-La Dalia, San Isidro, Sébaco, Matagalpa, San Ramón, Matiguas, Muy Muy, Esquipulas, San Dionisio, Terrabona y Ciudad Darío. Cabecera departamental, a 130 km de la Capital Managua. Como Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) atiende una extensión territorial de 11,552 km², 12% de la población nacional, distribuida en 1,085 comunidades, 62.4% rurales, 239 Barrios de ellos 37.6% urbanos.

En la administración de salud le suma el municipio de Waslala. (acid, Organización panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. , 2015)

En el 2015 se cuenta con la siguiente red de servicio:

1 hospital regional	1 centro oftalmológico
18 casas maternas	11 centros de Salud Familiar y Comunitario
3 hospitales primarios	105 puestos de Salud Familiar y Comunitario
612 casas bases	
1 laboratorio epidemiológico	

De 148,544,239 córdobas asignado en el presupuesto 2015 para Materiales y Suministros, 65.8% es para Medicamentos y materiales de reposición periódicas y 1.79% para insecticidas y fungicidas.

En el sector privado se registran 341 clínicas y 3 hospitales. Conocimiento, tecnología, información y gestión de recursos humanos Estrategias comunitarias 1 Plan de Parto Para una Maternidad Segura 2 Programa Comunitario de Salud y Nutrición 3 Casas Maternas 4 Referencia y Contra Referencia Comunitaria 5

Casas Bases de Salud 6 Brigadas de Transporte de Emergencias Obstétricas 7 Encuentros Comunitarios 8 Red de Telefonía Celular 9 Censo Comunitario 10 Estrategia de entrega y canje de vales Tecnología e información.

Según fuentes de financiamiento, 58.79% es Rentas del tesoro, 21.55% Prestamos, 13.81% de Alivio del Club de Paris, 4.40% Donaciones, 0.80% de rentas 12 13 con destino específico y 0.65% por Alivios BID. Según concepto del gasto, 13.73% se destina a servicios no personales, 23.10% a materiales y suministros, 6.26% a transferencias corrientes y 15.80% a gastos de capital.

De 88,312,106 córdobas asignados para servicios personales, 13.03% es para emergencias epidemiológicas y 32% para extensión de cobertura.

El Proyecto Fondo de Inversión de Telecomunicaciones y Servicios Postales implementó la conectividad del MINSA, en unidades de salud, Recursos humanos El total de trabajadores de la Salud para 2015 es 1,717; 62.2% ubicados en primer nivel de atención, y 37.8% en hospital César Amador Molina.

El 41.12% del presupuesto se destina para servicios personales. Se tiene tasa de 5.5 médicos, 3.7 enfermeras y 0.26 estomatólogos por 10.000 habitantes. Se registran 1,310 parteras, 3,060 brigadistas de salud, 1,100 colaboradores voluntarios y 150 promotores de medicina tradicional. Financiamiento.

El presupuesto aprobado para 2015, es de 643,162,095 córdobas (5.93% del presupuesto nacional MINSA), 1,023 córdoba se invierte por habitante; El 61.34% es destinado al primer nivel de atención y 38.66% al hospital César Amador Molina.

El total de trabajadores de la salud para 2020 es de 957; 71% ubicados en el hospital Cesar Amador Molina y 28.8 % ubicados en el primer nivel de atención.

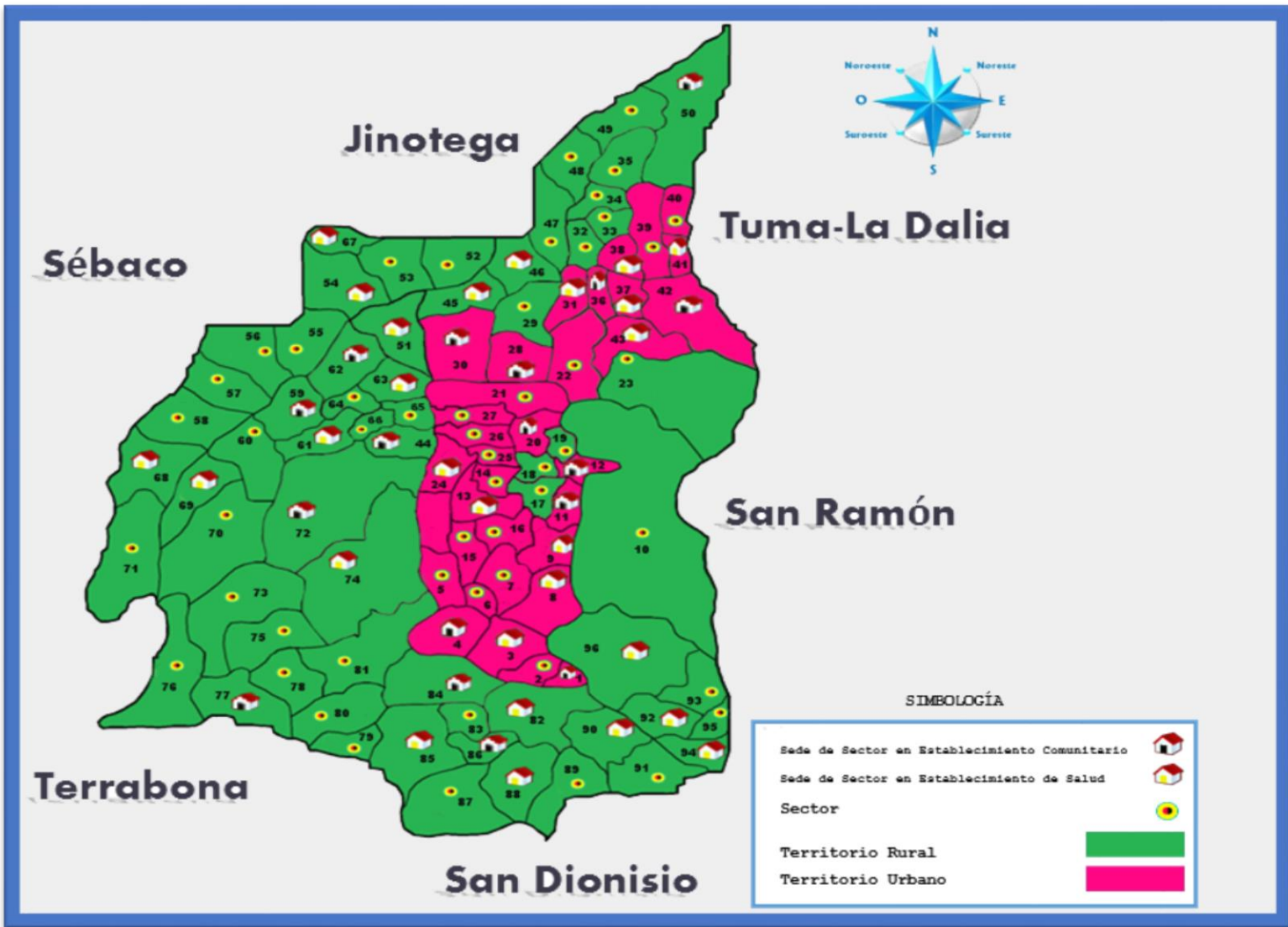


Ilustración 4 Sectores de Matagalpa

Fuente: (Ministerio de Salud, 2017)

9. Enfermedades psicológicas

(Biblioteca nacional de medicina , 2019) Enfermedades psicológicas: Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día.

Tener nuestra salud mental afectada es de alto riesgo y viene a perjudicar las relaciones del profesional, ya que tienen un gran impacto en nuestra manera de pensar y comportarnos con la población.

9.1. Historia de la psicología.

(Bermejo, Jose Carlos, 2007) El estudio histórico de las enfermedades mentales posee un enorme interés, no sólo como recopilación de curiosidades o como base de datos de tipo epidemiológico, útil para el médico preventivo o el psiquiatra actual, sino también porque pone de manifiesto que ese tipo de enfermedades, como mucho de las demás enfermedades orgánicas, aunque en un grado mucho mayor son el resultado de la interacción entre los seres humanos y sus medios sociales y biológicos. Partiendo de esta premisa se ha llegado a posiciones extremas, basadas en el relativismo cultural, según las cuales la enfermedad mental no existe como tal, sino que es siempre el producto de un determinado tipo de sociedad.

En nuestros antepasados se creía que no existían las enfermedades mentales solamente eran productos o conductas impuestas por la sociedad, pero se comenzaron a realizar estudios epidemiológicos que sean de uso médico para ayudar a entender estas enfermedades.

Cada cultura crea sus propios enfermos mentales, que nacen, crecen y se extinguen con ella. En este sentido, Thomas Szasz llegó a hablar del mito de la enfermedad mental. Decía Szasz que si yo le hablo a Dios soy una persona

devota, pero que si Dios me contesta soy un esquizofrénico, lo cual sólo en parte es verdad, ya que las variaciones en las patologías mentales, aunque están histórica y culturalmente condicionadas, sí que son auténticos procesos patológicos, aunque sean muy difíciles de definir.

El estudio antropológico e histórico de la enfermedad mental se ha llevado a cabo básicamente desde dos perspectivas:

- a) como un análisis positivo de las patologías
- b) como el análisis de los discursos acerca de la enfermedad mental. En ambos casos suele ser frecuente que la propia teoría acerca de la enfermedad condicione los análisis del historiador, lo mismo que ocurre en otros terrenos, como la economía, la sociedad o la política.

El estudio antropológico es la ciencia que se encarga de estudiar al ser humano de una forma integral, se basa en el estudio de las culturas de los seres humanos por eso se estudia las enfermedades mentales ya que se caracterizan por una combinación de alteraciones de comportamientos, de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones sociales.

El análisis histórico positivo pone de manifiesto dos cosas. En primer lugar, que hay enfermedades que poseen su propia historia: aparecen y remiten históricamente, como ocurrió con el caso de la histeria y su historia, estudiada por Ilza Veith, lo mismo que aconteció con otras patologías orgánicas, como la lepra, que retrocede enormemente a fines de la Edad Media, o la tuberculosis, enfermedad de los románticos.

Cada enfermedad posee su propio ritmo que va modificándose a lo largo de los siglos, cada sociedad construye su forma de pensar y sentir las enfermedades, como los ejemplos ya antes mencionados.

Diferentes historiadores, como Roy Porter o George Rosen han llevado a cabo síntesis sobre el desarrollo histórico de las enfermedades mentales. En sus libros, además de analizar la historia epidemiológica de algunas de ellas, no han podido dejar de poner de manifiesto como los prejuicios religiosos, sociales y a veces filosóficos, limitaron la comprensión de esas enfermedades y condicionaron el trato social dado a sus pacientes.

El estudio de las enfermedades mentales se hizo complicada ya que en la historia se refleja como los prejuicios sociales interfirieron en las investigaciones por lo tanto se limitó información respecto al tema.

Así, por ejemplo, la concepción religiosa de la locura como posesión trajo como consecuencia que su tratamiento oscilase entre la exclusión y el temor, ante la presencia de un dios o espíritu, o el respeto y la veneración. En cientos de culturas existió una institución conocida con el nombre de chamanismo; un chamán es una persona que es capaz de entrar en contacto con el mundo sobrenatural, ya sea mediante el uso de drogas o sin ellas, gracias a lo cual consigue entrar en un proceso de trance, en el que sus sueños, visiones o alucinaciones le permiten aportar mensajes fundamentales para lograr la cura de alguna enfermedad o para predecir el futuro. Los chamanes solían ser lo que podríamos llamar neuróticos o psicóticos, pero en su mundo no sólo eran considerados personas normales, sino seres extraordinarios, dignos de respeto, e incluso privilegiados económica o socialmente.

Las prácticas del chamanismo o creencias tradicionales tendían a asegurar la cura o a diagnosticar a toda persona su padecimiento, podríamos decir que en la actualidad ellos podrían ser los psicólogos, internistas que ayudaban a la población en la solución de su patología; en sus tiempos alcanzaron un gran reconocimiento y respeto por la población.

Algo similar podríamos decir de muchos místicos y sus visiones, mensajes auditivos y revelaciones, que en la actualidad los llevarían más al internamiento que a la subida a los altares. En la historia de la enfermedad mental podemos ver cómo a veces incluso los prejuicios morales dificultan la observación clínica, como es el caso de la parálisis general progresiva, última fase de la sífilis, cuyo estudio se vio condicionado por el prejuicio social que asociaba la sífilis prostitución y al desorden moral, como ha señalado G. Rosen.

Según la historia va evolucionando podemos observar que los prejuicios afectan emocional e internamente, manifestando sentimientos de angustia, tristeza, aflicción; viéndose afectado socialmente, todo esto dificulta la observación por lo que no se puede valorar a ningún paciente de manera asertiva.

La epidemiología histórica de las enfermedades es inseparable de su conceptualización, pudiendo darse, en algunos casos, modelos alternativos. En Grecia, como ha señalado Benet Simón conviven tres modelos de la enfermedad mental: el religioso, según el cual la enfermedad es una posesión divina que es el socialmente aceptado; el médico, según el cual la enfermedad mental es una enfermedad del cerebro, por lo menos, de alguna parte del cuerpo; este segundo modelo organicista es el desarrollado en el célebre tratado hipocrático.

Sobre la enfermedad sagrada, en el que se discutió, por primera vez, el origen sagrado de la epilepsia, atribuyéndola a problemas cerebrales; y por último el modelo filosófico o moral, según el cual la enfermedad mental es un desorden del alma y de sus tres facultades: el pensamiento, la voluntad y las pasiones, desorden en el que se rompe el equilibrio y la subordinación que debe haber entre ellas.

La enfermedad mental, en este modelo de origen platónico, es siempre un desorden pasional. En la reflexión filosófica griega sobre la enfermedad mental se llegó incluso a establecer una clara vinculación entre la creatividad intelectual y la psicosis, como ha señalado María Grazia Ciani, cuestión que formuló Aristóteles en sus *Problemata* en forma de pregunta: ¿Por qué todos los grandes filósofos han sido melancólicos?

La vinculación entre las enfermedades mentales y sus concepciones históricas llevó a un segundo grupo de autores a desarrollar la historia de la locura entendida como la historia de un discurso.

El primer gran tratado acerca del prolífico reino de las enfermedades mentales escrito en Europa es la *Anatomía de la Melancolía* de Robert Burton en el que este autor inglés sistematizó todos los tipos de desviación de conductas: eróticos, violentos, depresivos, atestiguados en la literatura clásica y la Biblia como formas de melancolía. Burton, como neoestoico que era, creía que los hombres deben ser dueños de sí mismos y capaces de controlar sus pasiones y su entusiasmo, por lo que llegó a considerar cualquier pequeño fallo en el dominio de sí mismo como muestra de melancolía o desorden mental.

Siguiendo sus pasos, Michel Foucault, tras desarrollar una teoría acerca de la unidad de todas las enfermedades mentales en un único tipo eliminando la frontera entre neurosis y psicosis, escribió la historia de la locura en la Europa moderna, entendida como el relato de un discurso de exclusión.

Tras el fin de la Edad Media y el retroceso de la lepra, la figura del excluido por antonomasia que hasta entonces se encarnaba en el leproso encerrado en el lazareto, pasa a ser definida a través de una serie de pasos. En una primera fase, y tras el fin de la figura medieval del loco sabio, consagrada en el Elogio de la locura, de Erasmo de Rotterdam, un loco que circulaba libremente por las calles, vendrá a desarrollarse la figura del excluido, que será encerrado en las workhouses inglesas, en las que se albergaban todo tipo de desviados: locos, alcohólicos, prostitutas, mendigos, subnormales.

A todos ellos se les intenta educar y disciplinar mediante el trabajo, con el fin de hacerlos socialmente útiles, pero también de retirarlos de las calles, en las que se implanta progresivamente el orden burgués y el nuevo concepto creado por él: el de policía.

El último episodio de esta historia, tras la humanización del trato de los locos y su consideración como enfermos, será la propia disolución del concepto de locura, que nunca correspondió a una entidad clínica concreta, y del propio concepto de enfermedad mental, cuyos límites irían retrocediendo progresivamente.

Así, por ejemplo, lo que, en el siglo XIX, en la Psicopathologia Sexualis de Krafft Ebbing, se consideraban aberraciones sexuales, lesbianismo, homosexualidad, hoy se consideran conductas sexuales normales.

La enfermedad mental no puede definirse como la enfermedad de un individuo y como el producto de los desequilibrios internos de su psique, únicamente. Consistiendo, en este caso la curación, en el establecimiento o restablecimiento

de un proceso de autodominio similar al que concebía el estoico Robert Burton – también Freud tenía algo de estoico.

En segundo lugar, cosa a la que, por cierto, Freud siempre aspiró, debemos suprimir las barreras entre lo psíquico y lo somático, evitando caer en el dualismo cartesiano de las dos sustancias *res cogitans* y *res extensa*, tal y como propone el neurólogo Antonio Damasio en su último libro, en el que apela a un filósofo discípulo de Descartes, Baruch de Spinoza, que negó este dualismo y estableció la existencia de una única sustancia para poder comprender el funcionamiento de la emoción y los sentimientos.

En el año 1956, el psicoanalista Paul Diel desarrolló una teoría general de la enfermedad mental según la cual, en nuestra vida psíquica, el igual que en el resto de nuestra vida orgánica, funcionan dos mecanismos básicos de estímulo y respuesta: la agresión del exterior y la respuesta a ésta. Frente a la agresión se desarrolla el miedo como mecanismo defensivo. Si el miedo no produce la respuesta adecuada, en vez de responder contra el medio o el ser agresor, el organismo reacciona contra sí mismo al igual que en las enfermedades infecciosas. Esa acumulación de miedo y agresión no encauzados explicaría, según Diel, el origen de la neurosis y la psicosis.

La diferencia entre ambas no estaría en su etiología, sino en la intensidad de la agresión. No obstante, frente a esta teoría se podría plantear una objeción. La agresión no se puede cuantificar, al igual que el placer o el dolor, y lo que habría que explicar es por qué a partir de un límite se pasa de encauzar el miedo no liberado en síntomas somáticos o emocionales, o bien ese mismo miedo rompe los mecanismos de percepción sensorial del propio cuerpo., llega a anular la diferencia entre la percepción interior y la exterior y nos desconecta de la realidad, llegando a producirse una psicosis, en la que, por ejemplo, transformamos el miedo interior en un supuesto agente exterior que nos persigue o nos da órdenes.

La ruptura total, o parcial, del equilibrio del sistema es muy difícil de predecir. Puede haber factores externos claros: circunstancias familiares, sociales, herencia, pero el momento exacto en el que se puede producir la ruptura, creando

un nuevo sistema que intenta regularse desordenadamente es imposible de predecir, al igual que el tornado del ejemplo de Hofstadter. Sería un ejemplo de un proceso caótico.

No hay ninguna explicación unilateral de la enfermedad mental en general, ni de ninguna de ellas en concreto. Jean Garrabé ha trazado la historia de todas las teorías que intentaron explicar la esquizofrenia y ninguna de ellas resulta totalmente satisfactoria. Únicamente consiguen dar cuenta de algunos de sus aspectos aislados: sean familiares, sociales, genéticos o bioquímicos. Al final acaba denominando a esta enfermedad, la noche oscura del ser.

A lo largo de la historia de la psiquiatría se han venido desarrollando todo tipo de explicaciones unilaterales de la enfermedad, que por exagerar un solo aspecto pueden llegar a rozar en el ridículo. Wilhelm Reich, al destacar la importancia del grupo de sensaciones de placer y dolor en el desarrollo de la neurosis, creyó descubrir una especie de energía placentera cuantificable, llegando a caer en una especie de charlatanería pseudomística.

Alfred Adler, destacando unilateralmente la importancia del reconocimiento y el dominio del otro, exageró un componente básico de la neurosis que pudo dar lugar a problemáticas interpretaciones políticas basadas en el deseo de dominio.

La historia de la enfermedad mental es también una historia de la que, como ocurría en el caso de las antiguas fábulas, podemos extraer una lección moral y una lección de humildad. Como ha quedado de manifiesto a lo largo del texto, si es cierto que todo conocimiento de la realidad es fragmentario, y en cierto modo ficticio es un conocimiento del como si, en el caso de la enfermedad mental la soberbia de los supuestos científicos que la analizaron y pretendieron explicarla ha traído consigo, muchas veces, consecuencias funestas en el plano terapéutico y humano.

Todos los intentos que se han llevado a cabo para explicarla sólo han tenido una validez parcial. Por ello, a nivel clínico, si es cierto que cada enfermedad puede definirse como una realidad triple:

- a) un proceso patológico
- b) un proceso psicológico
- c) un proceso social; en el caso de la enfermedad mental el aspecto psicológico y social pueden llegar a ser fundamentales, quedando reducido el meramente patológico a un nivel secundario.

Esto es cierto si tenemos en cuenta las variables en las tipologías nosográficas de esas enfermedades, si observamos como constantemente los mismos síntomas son bautizados con diferentes nombres y como en la construcción de las entidades clínicas interfieren toda clase de ideas religiosas, morales y sociales.

Por ello, podríamos concluir afirmando que la historia de la enfermedad mental ha sido y es, sencillamente, la historia de la felicidad y la infelicidad.

10. Higiene y Seguridad Ocupacional en Nicaragua

(bussinnes, Law, 2019) La higiene y seguridad de los colaboradores en las empresas, es un tema que recobra especial importancia en la circunstancia de la pandemia provocada por el Covid-19 en la que nos encontramos actualmente. Con la entrada al país del virus, diversos sectores económicos se vieron afectados, principalmente los relacionados con servicios, comercio y turismo.

La legislación nacional vigente en materia de higiene y seguridad del trabajo, establece una serie de obligaciones y recomendaciones que el empresario debe tomar en cuenta para preservar la higiene en los puestos de trabajo, garantizar la salud de sus colaboradores y evitar posibles sanciones por parte del Ministerio de Trabajo (MITRAB).

Al respecto, La Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo, Ley No. 618 publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 133 de julio del 2007 y su reglamento, Decreto No. 96-2007 publicado en La Gaceta, Diario oficial No. 196 del 12 de octubre del 2007 tienen por objeto establecer un conjunto de disposiciones

mínimas que, en materia de higiene y seguridad del trabajo, el Estado, los empleadores y los trabajadores deberán desarrollar en los centros de trabajo, mediante la promoción, intervención, vigilancia y establecimiento de acciones para proteger a los trabajadores en el desempeño de sus labores.

Entre las principales obligaciones que debe de cumplir el empleador en virtud de las normativas anteriormente indicadas, se encuentra la de adoptar las medidas preventivas necesarias y adecuadas para garantizar eficazmente la higiene y seguridad de sus trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Así como la de constituir en el centro de trabajo, una comisión mixta de higiene y seguridad del trabajo, la que deberá ser integrada con igual número de trabajadores y representantes del empleador.

Según lo indicado en la Resolución Ministerial reformada sobre las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad del Trabajo en las Empresas publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 29 del 9 de febrero 2007, la comisión mixta de higiene y seguridad del trabajo es un órgano paritario de participación en las actividades de protección y prevención de riesgos en el centro de trabajo impulsados por la administración del centro de trabajo mediante la gestión que efectúe el técnico encargado de atender la Higiene y Seguridad en el Centro de Trabajo. Toda comisión mixta debe de estar inscrita ante el Ministerio de Trabajo y contar con un reglamento interno de funcionamiento y un plan de trabajo anual. Este último documento también debe de ser presentado ante las autoridades del MITRAB.

Entre las principales funciones que puede desempeñar esta comisión están relacionadas con la evaluación, determinación e investigación de riesgos profesionales de la empresa; vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones que se adopten en materia de prevención de riesgos laborales; proponer al empresario la adopción de medidas preventivas, dirigidas a mejorar los niveles de protección y prevención de los riesgos laborales, entre otras.

La conformación y activación de la comisión mixta de higiene y seguridad ocupacional es una herramienta importante a disposición de los empresarios que

permitirá, con el apoyo de los colaboradores de la empresa, tomar las medidas técnicas de bioseguridad y otras índoles que se estimen pertinentes y se adecuen particularmente a la empresa. Esto se traduce en beneficios como reducción de costos en la implementación de las medidas y garantizar condiciones de trabajo higiénicas, tendientes a evitar el contagio y esparcimiento del COVID-19.

10.1. Cómo afectó el coronavirus a la salud mental

(Tallarda, Laura Andres , 2020) El coronavirus ha provocado muchos cambios en nuestras sociedades. Una de las secuelas ha sido el incremento del estrés psicológico. Los temores sobre los impactos del virus en la salud, las preocupaciones por los miembros de la familia, el aislamiento social extendido, los problemas económicos y la incertidumbre han causado angustia a personas de todo el mundo.

Por causa de la pandemia se afectó económicamente, psicológica y mentalmente afectando directamente a la producción, creando trastornos en la cadena de suministro y en el mercado y por su impacto financiero en las empresas y los mercados financieros.

Esto ha tenido consecuencias en la salud mental de algunas personas y se han incrementado los casos de ciertos trastornos y agravado otros.

Una encuesta reciente de la organización Mental Health Research Canadá señala que la salud mental se ha visto gravemente afectada durante la pandemia, y ha habido un incremento importante en las tasas de ansiedad y depresión.

La pandemia puede resultar estresante para las personas, el temor y la ansiedad con respecto a una nueva enfermedad y lo que podría suceder pueden resultar abrumadores y generar emociones fuertes tanto en adultos como en niños.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió a mediados de mayo del 2020 que la crisis del coronavirus y sus consecuencias afectarían la salud mental de muchas personas. La organización explicó que se podría registrar

un aumento de los suicidios y de los trastornos, y pidió a los gobiernos que no dejaran de lado la atención psicológica.

La OMS detectó un incremento de la angustia de un 35% en China, un 60% en Irán o un 40% en Estados Unidos, tres de los países más afectados por la pandemia.

Entre los colectivos más afectados se encuentran los profesionales que han estado más expuestos al virus, tanto aquellos vinculados al ámbito sanitario como aquellos que han llevado a cabo otras tareas esenciales. Algunos de ellos tienen mucho miedo de llevar el virus a casa.

Las personas que han sido contagiadas por el coronavirus y los familiares que no han podido despedirse de sus seres queridos fallecidos a causa de la enfermedad Covid-19 también han resultado muy afectadas emocionalmente.

También se verán perjudicadas en este sentido las personas que han tenido o tendrán graves dificultades económicas durante los próximos meses. La cuarentena ha provocado que muchas personas se queden sin trabajo. Esta situación ha provocado que se agraven las desigualdades sociales y la pobreza.

Las personas con trastornos de salud mental previos tienen un riesgo importante de recaídas. Los niños y adolescentes, que están acostumbrados a salir a la calle, también pueden tener altas tasas de depresión y ansiedad.

Un estudio ha detectado que el 22,6% de los estudiantes de Hubei, la provincia China en la que se originó el brote del coronavirus, han sufrido síntomas depresivos. Es una cifra más alta que la media de escuelas de primaria del resto de China.

10.2. Miedo a salir a la calle por la pandemia

Durante el confinamiento hemos pasado muchas horas encerrados en casa y sin poder ver a nuestros familiares y amigos. Poco a poco, la estricta cuarentena se va levantando. Pero hay personas que ahora se niegan a salir a la calle. Este temor se conoce como síndrome de la cabaña. Es importante especificar que no se trata de una patología como tal.

Este síndrome implica el miedo a contactar con otras personas fuera del hogar, el temor a realizar actividades que antes eran cotidianas como trabajar fuera de casa, viajar en transporte público, relacionarnos con otras personas conocidas

Las personas que pasan el confinamiento solas tienen más posibilidades de desarrollar el síndrome de la cabaña. No tener ningún contacto físico o cercano con otra persona de forma presencial puede haber creado una forma de rechazo a lo que ahora es excepcional para ellas: el contacto con los demás.

Para superar este miedo, se recomienda empezar a salir de forma gradual y aprender a reconocer las necesidades de cada uno. También es recomendable seguir todos los protocolos de seguridad: las pautas de distanciamiento social, lavarnos las manos frecuentemente, cumplir los horarios y usar mascarilla, de manera que tengamos mayor sensación de seguridad.

Entre las principales enfermedades psicológicas podemos mencionar.

11. Mobbing.

El científico Heinz Leymann, de la Universidad de Estocolmo, lo define como una situación en la que una persona, o varias, ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo con el fin de destruir sus redes de

comunicación, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y conseguir su desmotivación laboral.

Para (Velazquez, 2012), el Mobbing consiste en actitudes hostiles, frecuentes y repetidas, en el lugar de trabajo, dirigidas siempre a la misma persona. Bajo otra consideración, las situaciones de acoso moral que representa el mobbing contemplan una ruptura intrapsíquica por acumulación tóxica de situaciones de riesgo psicosocial que alteran también el estado biológico; pero también se asocia una ruptura social para la persona afectada, resultante de un conflicto profesional (laboral) mal resuelto.

Ser atacado por indirectas y actitudes negativas por parte de los mismos compañeros de trabajo se considera como acoso moral ya que los ataques van directos a su persona, todo esto lleva al profesional a desarrollar una carga de estrés excesiva y resulta afectado psicológicamente él y el área de trabajo ya que así no puede dar el mismo rendimiento.

Según (Organización Mundial de la Salud, 2019) El acoso psicológico y la intimidación en el trabajo (mobbing) son causas frecuentes de estrés laboral y otros riesgos para la salud de los trabajadores, y pueden ocasionar problemas físicos y psicológicos. Estos efectos en la salud tienen consecuencias para las empresas, que se concretan en pérdidas de productividad y una alta rotación del personal. Además, pueden afectar negativamente a las interacciones familiares y sociales.

El ser acosado psicológicamente en el área de trabajo es una causa obvia para desencadenar estrés en los profesionales; todo esto perjudica el desempeño del mismo y la productividad que pueda proporcionar para el área de trabajo, llevando su estrés con actitudes negativas hasta con su propia familia y amigos perjudicando sus relaciones sociales.

11.1. A quién afectó

(Pertusa, 2010) Reafirma que, es este un tipo de estrés laboral que se da específicamente en los profesionales que mantienen un contacto constante, directo y estrecho con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio. Los trabajadores más susceptibles de padecerlo son, por lo tanto, los trabajadores que atienden a otras personas, como el personal sanitario o docente, los trabajadores de los servicios sociales, policías, personal de justicia, hostelería, entre otros.

Los principales perjudicados de este tipo de estrés crónicos son los profesionales ya que mantienen una relación estrecha con las fuentes desencadenantes de estrés y así están más vulnerables a padecer de este tipo de trastorno mental, de esta manera se mira perjudicado su trabajo y su vida personal.

Una persona aquejada de este problema de salud tendrá insatisfacción en su trabajo, disminuirá la calidad de lo que haga, se ausentará con frecuencia de su centro y podrá terminar abandonando su profesión, amén de las consecuencias familiares que generará. Finalmente y de no poner remedio, podrá adquirir una verdadera enfermedad psiquiátrica como ansiedad, depresión o riesgo de suicidio.

Cualquier persona al sufrir estrés crónico puede resultar abandonando su trabajo pensando que así podrán escapar del estrés causado sin embargo vendrán a enfrentarse con el mundo del desempleo lo que traerá consigo carencias económicas que desencadenaran aún más estrés del que vivían dañando su salud mental.

11.2. **Algunas conductas concretas de MOBBING clasificadas por factores.**

Ataques a la víctima con medidas organizacionales.

- El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar
- Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros
- Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada
- Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia
- Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva
- Cuestionar las decisiones de una persona
- No asignar tareas a una persona
- Asignar tareas sin sentido
- Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades
- Asignar tareas degradantes

Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social

- Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona
- Rehusar la comunicación con una persona a través de no comunicarse directamente con ella
- No dirigir la palabra a una persona
- Tratar a una persona como si no existiera

Ataques a la vida privada de la víctima

- Críticas permanentes a la vida privada de una persona
- Terror telefónico
- Hacer parecer estúpida a una persona
- Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos
- Mofarse de las discapacidades de una persona
- Imitar los gestos, voces de una persona
- Mofarse de la vida privada de una persona

Violencia física

- Ofertas sexuales, violencia sexual
- Amenazas de violencia física
- Uso de violencia menor

Maltrato físico

- Ataques a las actitudes de la víctima
- Ataques a las actitudes y creencias políticas
- Ataques a las actitudes y creencias religiosas
- Mofarse de la nacionalidad de la víctima

Agresiones verbales

- Gritar o insultar
- Criticas permanentes del trabajo de la persona
- Amenazas verbales

Rumores

- Hablar mal de la persona a su espalda
- Difusión de rumores

En el mobbing nos encontramos con una serie de problemas psicosomáticos que afectan a todos los sistemas orgánicos y provocan un amplio cortejo sintomático que, con frecuencia, desvía la posibilidad diagnóstica de orientar el cuadro correctamente. La máscara somática del mobbing abarca desde la transformación del esquema corporal hasta los trastornos dermatológicos, pasando por diversos padecimientos digestivos, endocrinos, neurológicos, respiratorios, genitales, cardiovasculares y respiratorios. En cuanto a la alteración psicológica, el procedimiento acosador tiene siempre un origen: aislar a la víctima; desde ahí, proceder, en secuencia perversa, al asalto a la autoestima, la auto culpabilidad y la desestabilización emocional.

11.3. Enfermedades Mentales:

11.3.1. Trastornos del neurodesarrollo

(Castillero Mimenza Oscar, 2013) Las enfermedades mentales vinculadas a alteraciones en el neurodesarrollo forman un tipo de enfermedad mental caracterizado por la presencia de una serie de déficits y dificultades en diferentes habilidades y capacidades que se manifiestan durante el desarrollo madurativo de la persona, apareciendo los primeros síntomas durante la infancia.

Al estar alterado nuestro sistema nervioso viene a desencadenar diferentes enfermedades mentales lo que perjudica las habilidades del profesional y su capacidad para desempeñarse en su trabajo, generalmente los primeros síntomas del profesional se pueden apreciar desde su niñez.

Dichas dificultades suponen un percance debido tanto a la propia dificultad como al posible enlentecimiento de la maduración y los efectos que tanto a corto como a largo plazo puede provocar en aspectos vitales de la persona. Dentro de esta categoría podemos encontrar dificultades tales como la discapacidad intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH o los trastornos del aprendizaje, comunicación o motores.

11.3.2. **Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

El estudio de los trastornos psicóticos ha sido un pilar fundamental dentro de la psicología y la investigación de enfermedades mentales.

Este tipo de enfermedad presenta una sintomatología común, y es la presencia de síntomas tanto positivos, es decir que agregan o exageran algún aspecto a la conducta normativa, como negativos, en que se disminuye y empobrece la capacidad del sujeto.

Al realizar estudios sobre este tipo de trastornos es de gran beneficio para los profesionales ya que se pueden prevenir o tratar a tiempo dichas enfermedades mentales que vienen a destruir la capacidad del profesional.

Dentro de los síntomas positivos más conocidos se encuentra la presencia de alucinaciones perceptivas y delirios cognitivos de diferentes tipos, mientras que de entre los negativos es común la anhedonia, el empobrecimiento del lenguaje y la alogía. Por otro lado, dentro de esta tipología de trastornos destaca especialmente la esquizofrenia, pero también podemos encontrar el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante.

11.3.3. Trastorno Bipolar y trastornos relacionados

El trastorno bipolar es un tipo de enfermedad mental caracterizado por la alternancia entre dos polos emocionales opuestos, manía o hipomanía si los síntomas son menores y depresión.

Esta alternancia produce un severo desgaste emocional en el paciente, que pasa de estar completamente eufórico y con un muy elevado nivel de energía a una situación de tristeza, desmotivación y desesperanza. Además del trastorno bipolar y sus diferentes subtipos podemos encontrar otros trastornos dentro de esta categoría, como el trastorno ciclotímico.

11.3.4. Trastornos depresivos

La depresión mayor es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en todo el mundo, siendo el trastorno más destacado dentro de la categoría de trastornos depresivos.

Las características básicas de este tipo de enfermedades mentales se basan en la presencia de un estado de tristeza patológica y persistente acompañada de anhedonia o falta de placer y apatía. Es frecuente que se presente una gran pasividad a nivel vital debido a la falta de motivación y la desesperanza. De hecho,

más que la tristeza lo que caracteriza a los trastornos depresivos es la falta de iniciativa y de interés, algo que muchas veces se plasma en un síntoma conocido como abulia.

Además del trastorno depresivo mayor se pueden encontrar otro tipo de patologías como la distimia, la depresión postparto e incluso el síndrome premenstrual.

(Castilla Del Pino, Carlos, 1980-1982) La depresión crónica suele tener menos contenido psicóticos, es, más bien, una depresión simple en la que la dominante es la tristeza y un apagamiento de los impulsos, del interés. Los depresivos crónicos pueden perder totalmente el apetito sexual. Su trastorno del sueño es la regla, y precisan a perpetuidad drogas inductoras del sueño. Los autorreproches no alcanzan entonces la magnitud de los habidos en fases anteriores, adquieren un carácter global, como si extendieran al balance total de su vida.

11.3.5. Trastornos de ansiedad

El tipo de trastorno mental más frecuente tanto en consulta como en la población general, los trastornos de ansiedad pueden identificarse debido al alto nivel de activación psicofisiológica que provocan junto con la presencia de un elevado afecto negativo o malestar.

Es frecuente que estas características se acompañen de un fuerte intento de evitar las cosas o situaciones que provocan la ansiedad, pudiendo ser trastornos muy limitantes en la vida cotidiana. Dentro de esta clase de desórdenes mentales se incluyen, entre otros, el trastorno de pánico con el trastorno de ansiedad generalizada y los diferentes tipos de fobias social, específicas Por otro lado, hay que tener en cuenta que es posible desarrollar fobias ante prácticamente cualquier estímulo o idea siempre que se den ciertas condiciones.

11.3.6. Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados

Este tipo de enfermedad del entorno del TOC se caracteriza por la presencia de un perfil de conducta rígido e inflexible, la presencia de dudas y un cierto nivel de perfeccionismo. Pero lo más distintivo y característico de esta categoría es la presencia de obsesiones, ideas intrusivas y repetitivas que son reconocidas como propias y en general como absurdas por el propio sujeto.

Estas ideas generan una elevada ansiedad, pudiendo o no acompañarse de compulsiones o de acciones estereotipadas para rebajar dicha ansiedad si bien no suelen tener una relación lógica con el motivo de esta o dicha relación es exagerada. Debido a que los síntomas son predominantemente debidos a la ansiedad, anteriormente estuvieron considerados dentro de los trastornos ansiosos, pero sus características diferenciales han provocado que sea separado de éstos.

11.3.7. Trastornos disociativos

Algunas circunstancias vitales provocan que la mente reaccione de forma anómala, provocando una disociación de sus mecanismos y procesos básicos, como la memoria o la identidad. Antiguamente uno de los dos tipos de enfermedades mentales que se consideraban típicos de la histeria, entre estos trastornos destacan la amnesia disociativa, la despersonalización o el trastorno de personalidad múltiple.

11.3.8. Trastornos de la alimentación

Anorexia y bulimia nerviosas son desórdenes mentales de los que frecuentemente oímos hablar. Estos dos tipos de enfermedades mentales son dos de los principales trastornos de la alimentación, los cuales son conocidos por la presencia de patrones alimentarios anómalos

Si bien en los dos ejemplos citados dichos patrones se caracterizan por una cierta distorsión de la imagen corporal y la presencia de un miedo intenso a ganar peso, rechazando el consumo de alimentos o haciendo conductas que fuercen a la eliminación de calorías, no ocurre lo mismo en todas las enfermedades mentales de esta categoría, en la cual también se incluye la pica o consumo de sustancias no nutritivas por ejemplo, yeso, o el consumo excesivo de alimentos debido a la ansiedad o trastorno por atracón.

11.3.9. Trastornos de la excreción

La alimentación y nutrición aportan nutrientes fundamentales al organismo con el fin de que pueda funcionar correctamente, pero en un momento dado los elementos sobrantes han de ser expulsados del cuerpo.

En el caso de las personas con trastornos de la excreción, dicha expulsión se produce en circunstancias poco apropiadas y no controladas, a veces como consecuencia de la ansiedad. En este aspecto destacan la enuresis y la encopresis, en que se excreta orina o heces respectivamente.

11.3.10. Trastornos del sueño-vigilia

Los problemas de sueño son también muy prevalentes en sociedades como la nuestra. Estos problemas pueden ser por defecto de sueño o insomnio o exceso de este, o hipersomnias. En ambos casos se causan problemas de cansancio, desmotivación y en algunos casos problemas de memoria y atención.

Además, pueden aparecer conductas raras durante el sueño conocidas como parasomnias. Trastornos como las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo o el síndrome de Kleine Levin son ejemplos de esta categoría junto al insomnio la hipersomnia primarias.

11.3.11. Disfunciones sexuales

Si bien aún hoy en día se trata de un tema muy silenciado y considerado tabú, existe una amplia variedad de problemas sexuales. Las disfunciones sexuales están compuestas por aquellos trastornos que alteran, impiden o dificultan la consecución de las diferentes fases de la respuesta sexual humana, apareciendo principalmente a nivel de deseo, excitación u orgasmo. La eyaculación precoz, los problemas de erección, la anorgasmia o el deseo sexual inhibido son algunos de los trastornos de esta clase por los que más se consulta en la clínica

11.3.12. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta

Esta clasificación hace referencia a la presencia de un impulso súbito caracterizado por un elevado nivel de activación y angustia que el individuo es incapaz o tiene severas dificultades para resistir, debido a la profunda gratificación y bienestar que recibe con su conducta. Un ejemplo es el trastorno explosivo intermitente en la cleptomanía o la piromanía

11.3.13. Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos hacen referencia a aquel grupo de trastornos que provocan una alteración en la conciencia o en los procesos mentales superiores debido a una perturbación a nivel neuronal. Síndromes confusionales, delirium o trastornos neurodegenerativos como las demencias entran dentro de esta clasificación

11.3.14. Trastornos de personalidad

Cada uno de nosotros tiene una personalidad propia, desarrollada a lo largo de nuestra vida en base a nuestras experiencias, en la que es posible observar la tendencia a responder de determinadas maneras a los estímulos del medio. El tipo de conductas que hacemos y solemos hacer, como analizamos y observamos el mundo e incluso nuestra propia identidad están mediados por la personalidad.

Este tipo de enfermedad mental supone la presencia de una personalidad que supone un elevado nivel de sufrimiento a la persona que la tiene o limita en gran medida su vida y su participación en el mundo. El trastorno límite de la personalidad, la personalidad antisocial, el trastorno histriónico de la personalidad, la personalidad obsesiva o la personalidad evitativa son algunos de los trastornos que forman parte de esta clasificación.

11.4. Principales trastornos psicopatológicos (José, 1980)

11.4.1. Trastornos del estado de ánimo

- Trastorno depresivo mayor: presencia de uno o más episodios depresivos graves.
- Trastorno distímico: estado de ánimo depresivo moderado en la mayoría de días durante un periodo de dos años.
- Trastorno bipolar: sucesión de episodios maníacos y depresivos
- Trastorno ciclotímico: al menos dos años de fluctuación del estado de ánimo, con síntomas maníacos y depresivos.

11.4.2. Trastornos de ansiedad

- Crisis de angustia: aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror acompañado de sensación de muerte inminente y síntomas físicos de ansiedad.

- Agorafobia: aparición de ansiedad o comportamientos de ansiedad en lugares donde escapar pueda resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de aparición de una crisis.
- Fobia específica: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a objetos o situaciones temidas.
- Fobia social: presencia de ansiedad clínica significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en públicos.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: presencia de obsesiones, que causan ansiedad, y compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.
- Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y comportamientos de evitación a los estímulos relacionados con el trauma.
- Trastorno por estrés agudo: los síntomas son similares al trastorno por estrés postraumático, pero aparecen inmediatamente después del acontecimiento traumático.

11.4.3. Trastornos somatomorfos

- Trastorno de somatización: se caracteriza por la presencia de una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos, y de dolor sin etiología orgánica clara.

- Trastorno de conversión: alteración de las funciones motoras voluntarias o sensoriales que sugieren un trastorno neurológico o médico, pero no se presenta etiología orgánica clara.
- Trastorno por dolor: presencia de dolor en que los factores psicológicos tienen relevancia.
- Hipocondría: preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave, a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.
- Trastorno dismórfico corporal: preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

11.4.4. Trastornos facticios

- Producción intencionada de síntomas y signos físicos y psicológicos.

11.4.5. Trastornos disociativos

- Consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, incluyen: la amnesia disociativa, la fuga disociativa y la despersonalización entre otros.

11.4.6. Trastornos sexuales y de la identidad sexual

- Disfunciones sexuales: comprenden alteraciones en el deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y los trastornos sexuales por dolor.
- Parafilias: se caracterizan por impulsos sexuales intensos y repetidos, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales.

- Trastorno de la identidad sexual: identificación intensa y persistente en el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

11.4.7. Trastornos de la conducta alimentaria

- Anorexia nerviosa: rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.
- Bulimia nerviosa: episodios repetidos de voracidad seguidos por conductas inapropiadas de vómitos provocados, abuso de laxantes y diuréticos u otro medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

11.4.8. Trastornos del sueño

- Disomnias: alteraciones en la calidad, cantidad u horario del sueño.
- Parasomnias: caracterizado por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia.

11.4.9. Trastornos adaptativos

- Se caracterizan por el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamientos en respuesta a una situación estresante.

11.4.10. Trastornos de la personalidad

- Trastorno paranoide: patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

- Trastorno esquizoide: patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- Trastorno esquizotípico: patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distinciones perceptivas o cognitivas y excentricidades del comportamiento.
- Trastorno antisocial: patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- Trastorno límite: Patrón de inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
- Trastorno histriónico: patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- Trastorno narcisista: patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- Trastorno por evitación: patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Trastorno por dependencia: patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- Trastorno obsesivo- compulsivo: patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

12. Síndrome de Burnout

(Maslach, Christina, 2017) En este sentido no podemos hacer referencia a la gran figura de la profesora Maslach sin asociarla al concepto de burnout término anglosajón, que en lengua española hace referencia a quemarse por el trabajo, fenómeno que si bien tuvo como precursor al médico psiquiatra Freudenberger, es la doctora Maslach su principal investigadora, otorgándole a este desconocido síndrome el posicionamiento mundial como fenómeno que, insidiosa y progresivamente, afecta de manera determinante la calidad de vida de los seres humanos, visión transcultural y global.

Christina Maslach su principal investigadora otorga el síndrome de burnout como un fenómeno tridimensional caracterizado por agotamiento emocional y reducida realización personal que afecta la calidad de vida de los seres humanos.

El burnout nace en EE. UU a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales, siendo la psicóloga social Maslach quien, sustancialmente, comenzó a reflexionar sobre este fenómeno, utilizando el término burnout para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental.

De esta forma, Maslach dio cuenta en sus estudios de la relevancia en considerar los aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales.

Desde su aparición, el burnout se ha definido de muchas maneras. Sin embargo, la más repetida definición que presenta este conocido fenómeno psicológico es la planteada por Maslach y Jackson, quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización

personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas.

Debido al agotamiento que presentaban los trabajadores de la salud Maslach se dio cuenta que sus estudios se consideraban como aspectos emocionales esto con llevaba a complicaciones importantes como estrés y agotamiento psíquico.

El burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas. En la actualidad, Maslach define al burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

El exceso de trabajo agota a los trabajadores produciendo cambios o reacciones negativas en el ser humano con el entorno lo que suele quedarse como un estrés crónico en el trabajo, ocasionando conflictos entre el trabajador y su empleo.

De esta forma, Maslach posiciona a este importante fenómeno como una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral. Un problema socio laboral consecuencia del estrés laboral crónico, una reacción nociva ante una tensión ocupacional progresiva e intensa.

Tal es la influencia de los postulados sobre el burnout expuestos por la doctora Maslach que se sustentan de su impecable trayectoria científica, que la abundante literatura existente sobre este fenómeno en el orbe, de forma casi genérica, se sostiene en sus fundamentales premisas. Prueba de ello son las búsquedas de importantes revisiones sobre el tema, como la que abarcó el período 1990-2006, la cual identificó 2.138 elementos distintos asociados al burnout, y la realizada en Google Scholar, bajo el término clave burnout, que produjo más de 260.000 entradas, revisiones que en más de un 90% hacían referencia a la definición del síndrome postulada por la Doctora Maslach y/o a su emblemático instrumento de

medición, el Maslach Burnout Inventory (MBI). Tendencia que, en años recientes, aún continúa.

La investigación de la profesora Maslach acerca de esta patología, en estas tres últimas décadas, la ha llevado a cobrar un gran protagonismo como fenómeno social y científico, ya que un hecho notable en el desarrollo del burnout es que surge como un problema social identificado por los trabajadores, mucho antes de que se convirtiera en un foco de estudio sistemático por los investigadores. Estos orígenes populares no académicos del síndrome contribuyeron a etiquetar al fenómeno de forma imprecisa, configurándose un vasto volumen de perspectivas y postulados emergentes que dificultó, en un primer momento, la claridad conceptual del síndrome, cuestión fundamental que la doctora Maslach desentrañó.

Para la profesora Maslach el burnout es una enfermedad laboral emergente, que con frecuencia se entiende que es exclusiva de profesionales de ayuda o de servicios quizás porque, al contemplar la literatura sobre este fenómeno, se comprueba que la mayoría de los estudios realizados han empleado muestras de profesionales de la educación y de la salud.

Prueba de esto es el clásico estudio de Lee y Ashforth en los años noventa, donde aproximadamente el 80% de las investigaciones consideradas en el meta-análisis, se realizaron en personal de servicios humanos, y la mayor parte de las investigaciones restantes se habían realizado en supervisores y encargados de tales servicios. Esto, probablemente, es la causa de que la difusión del burnout sea mayor en este tipo de colectivos profesionales, y no en otros de distinta naturaleza, aspecto que hoy en día se replica en las investigaciones sobre el tema.

Así, al avanzar la década de los años noventa el concepto del burnout se fue ampliando, incluyéndose dentro de sus límites de acción ocupaciones distintas a la de los servicios humanos, delimitando su alcance a todo profesional que trabaja con clientes de trato directo, y no sólo en personal de ayuda o del sector servicios.

Esta generalidad del espectro de acción del burnout es para algunos autores aún más amplio, ya que entienden que el síndrome se puede presentar en aquellos grupos ocupacionales que trabajan con cosas por ejemplo, en trabajadores del sector cerámico y con datos como usuarios de tecnologías y tele trabajadores, ideas que reafirman los postulados planteados por la profesora Maslach, que señalan que este fenómeno se puede desarrollar en cualquier profesión cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas, siendo potencialmente un síndrome que se puede desarrollar en todos los tipos de actividad laboral, situación que universaliza las ideas de esta importante investigadora, y abren un hecho importante de desarrollo sobre el tema en el espectro mundial.

El burnout no afecta solo a los trabajadores de la salud, sino que abarca cualquier profesión, siendo así más vulnerable cualquier tipo de profesión a fuentes exageradas de estrés desencadenando síndromes más agresivos a la salud mental del trabajador.

A casi un cuarto de siglo de investigación empírica sobre el burnout, centrada en los trabajos de la profesora Maslach, de acuerdo a las líneas teóricas que han tratado de determinar los límites conceptuales de este fenómeno, se pueden identificar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. En el lado clínico, el foco de atención está centrado en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental (estado), y en el lado psicosocial el foco de atención está en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de los individuos partícipes de esos contextos de servicio (proceso), perspectiva original de la profesora Maslach, que sustenta el devenir de la investigación actual del tema.

Dentro de este postulado, se plantea que la denominación estar quemado sugiere una comprensión errónea del síndrome, ya que pudiese ser entendido como el término de un proceso o su consecuencia final, configurándose una concepción estática, que no obedece a la real naturaleza del fenómeno.

Según los planteamientos de Maslach, el burnout es una respuesta progresiva e insidiosa, que evoluciona como parte de un proceso mayor de estrés laboral, preferentemente en profesionales de servicios, pero no exclusivamente. El burnout a menudo ha sido conceptualizado en el marco de la investigación del estrés, por lo que su definición se sustenta en la ambigüedad que posee este concepto, término general, donde frecuentemente las causas y las consecuencias se confunden.

El síndrome de burnout es un proceso que se va desarrollando a través del estrés laboral, este síndrome no es exclusivo de las ciencias de salud, sino que se puede presentar en cualquier trabajador.

Por ello, desde sus inicios el burnout ha sido un concepto difícil de interpretar, no existiendo hasta nuestros días una definición estándar de él que estructure una delimitación conceptual clara y precisa.

Hoy en día se ha empleado para significar ideas muy distintas y, por lo tanto, no existe una buena base para una comunicación constructiva que dimensione la problemática real, dé luces a un diagnóstico unánimemente acertado y establezca posibles soluciones e intervenciones certeras, que sean consensuadas por la comunidad científica internacional. Cuestión que nos habla y pone en valor el sostenido trabajo realizado por la profesora Maslach a lo largo de estos años, ya que abrió una nueva forma de comprender estos complejos fenómenos desde una perspectiva transcultural y global.

Al existir muchas opiniones acerca del tema, es decir el síndrome de burnout, no se puede concretar una idea clara y concisa que aclare todas las dudas de las personas con esta enfermedad mental, por lo que no permite que la comunidad científica de un diagnóstico exacto.

Sin embargo, hoy en día existe un consenso amplio de opiniones sobre las cuales se entiende que el burnout es una respuesta del individuo al estrés laboral crónico. Una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas, y

disfunciones psicofisiológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

Al existir muchas opiniones también abre una puerta para realizar estudios y poder entender un poco más el síndrome y todos los problemas mentales, físicos que trae consigo.

12.1. Aspectos Epidemiológicos

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

No hay un acuerdo referente a las definiciones sobre el síndrome, hay ciertas similitudes en algunas manifestaciones, pero no algo 100% de igualdad; según los años que tenga el profesional desempeñándose es el nivel de estrés al que se enfrenta.

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El sexo femenino es el que según estudios está más propenso a una vida llena de estrés, ya que al desempeñarse en su carrera profesional le genera estrés y todavía al llegar a casa tiene que cumplir con más responsabilidades domésticas, todo este ajetreo la hace vulnerable a adquirir enfermedades psicológicas.

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

Los solteros son más vulnerables debido a que generalmente son jóvenes e inmaduros, sin embargo, una persona en una relación estable ha ganado un grado de madurez alto y puede contar con su pareja para afrontar situaciones difíciles, el cual es un gran apoyo para cualquier persona.

El horario laboral de estos profesionales puede conllevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Al tener muchos años desempeñándose profesionalmente, el personal se va adaptando a las fuentes de estrés y se va organizando con sus tareas diarias, sin embargo, alguien nuevo está iniciando a modificar toda su vida con nuevas responsabilidades y horarios.

Es conocida la relación entre Burnout y la denominada sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por estos trabajadores, en términos tanto cualitativos como cuantitativos. Sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout. Un planteamiento absolutamente necesario en la investigación acerca de un determinado constructo es la posibilidad de encontrar un instrumento de medida que Síndrome Burnout empíricamente ayude a describir los diferentes aspectos conceptuales asociados.

El Burnout no es ajeno a esta premisa e incluso, dada su dificultad de comprensión muestra una mayor necesidad de un instrumento de medición válido y fiable. En este sentido, han sido varios los intentos por desarrollar inventarios que evalúen los aspectos relacionados con el síndrome, dándose la circunstancia de que a veces la definición de la que parten los autores conduce a la construcción del instrumento, mientras que en otras ocasiones el proceso es a la inversa, lo que conlleva interpretaciones muy diversas acerca de cada uno de ellos.

Las personas que padecen este síndrome no son comprendidas por la sociedad, ya que toda persona que padece una enfermedad mental es excluido e incluso despreciado por todos, es por ello que se debe prevenir la enfermedad mental para evitar todo daño.

En unos casos se percibe conceptualmente el síndrome y los ítems se elaboran de acuerdo a esta concepción; mientras que, en otros, los autores, habiendo creado determinados ítems que se suponen miden la sensación de estar quemado, dotan de significado la definición que aparece como consecuencia del comportamiento de los mismos ítems.

Otro planteamiento relevante en cuanto a la construcción de un instrumento es que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e idealmente, en países diferentes, con lo que la riqueza de las conclusiones de cada instrumento mejora considerablemente. Estos aspectos los cumple sobradamente el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson al haber sido ampliamente utilizado, hasta el punto de que el resto de instrumentos apenas han tenido un desarrollo significativo en la literatura científica.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un inventario de 22 ítems, en los que se plantea al sujeto una serie de Síndrome Burnout 28 enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual.

El encuestado debe contestar a cada enunciado a partir de la pregunta con qué frecuencia siente usted esto, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. En la versión original era preciso diligenciar dos veces el inventario, ya que al individuo se le hacía una segunda pregunta con qué intensidad siente usted esto, puesto que el instrumento medía la frecuencia e intensidad del Burnout; sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la pregunta acerca de la intensidad, debido a que los resultados arrojados demostraron correlaciones muy bajas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencia sí se mantiene porque es similar al formato utilizado en otras medidas tipo auto informe, de actitudes y sentimientos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo Burnout: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de Burnout. Además, las autoras del estudio ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas como, por ejemplo: profesores,

asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo otras profesiones.

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información Síndrome Burnout sobre la salud, entre otros, de acuerdo con los planteamientos presentados por las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario.

Para el desarrollo y perfilamiento final del instrumento se han invertido ocho años, de tal manera que la prueba preliminar a 605 sujetos de diferentes profesiones estaba compuesta por 47 ítems; los correspondientes análisis estadísticos redujeron el inventario en 25, quedándose en los 22 ítems definitivos tras pasarlo a una segunda muestra de 1025 personas, también de diversas profesiones; es de anotar que para la versión definitiva se tuvo en cuenta un total de 11067 sujetos.

Este síndrome, originalmente observado en profesiones tales como médicos, psicoanalistas, guardia de cárceles, asistentes sociales y bomberos, hoy se extiende a todos aquellos que interactúan en forma activa y dentro de estructuras funcionales. Pasó de personas que cuidan personas de alto riesgo a funcionarios que interactúan en contextos de interacción conflictiva, con mayor o menor soporte. Hoy, se considera que estos empleados que interactúan cuidando y /o solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades exigidas, dentro de medios y organizaciones de logros evaluados en mayor o menor medida, son potenciales poseedores del síndrome de Burnout. Debido a la magnitud del problema en la actualidad, y por la necesidad de identificar la existencia de este síndrome en las diferentes poblaciones de alto riesgo.

12.2. BURNOUT (SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO)

Es un síndrome clínico descrito por Freudenberg, en 1974, con unas características concretas:

- Progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento.
- Síntomas de ansiedad y depresión.
- Desmotivación en el trabajo.
- Agresividad con los pacientes.

12.2.1. Pautas para crear un entorno saludable de trabajo

Un aspecto importante para conseguir que el lugar de trabajo sea saludable es la formulación de leyes, estrategias y políticas gubernamentales. En un lugar de trabajo saludable, los trabajadores y los directivos contribuyen activamente a mejorar el entorno laboral promoviendo y protegiendo la salud, la seguridad y el bienestar de todos los empleados. En un informe académico de 2014 se recomienda que las intervenciones tengan un triple enfoque:

- proteger la salud mental reduciendo los factores de riesgo relacionados con el trabajo.
- promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo y las cualidades y capacidades del personal.
- tratar de solucionar los problemas de salud mental, con independencia de su causa.
- Partiendo de esta base, en la guía del Foro Económico Mundial se destacan las siguientes medidas que pueden adoptar las organizaciones para crear un ambiente de trabajo saludable.

- tomar conciencia del entorno de trabajo y de cómo se puede adaptar para promover una mejora de la salud mental de los distintos empleados.
- aprender de las motivaciones de los directivos y empleados de la organización que han adoptado medidas.
- no reinventar la rueda y fijarse en las medidas adoptadas por otras empresas.
- conocer las necesidades de cada trabajador y las oportunidades de que dispone, con el fin de elaborar mejores políticas en materia de salud mental en el lugar de trabajo.
- conocer cuáles son las fuentes de apoyo a las que pueden recurrir las personas para pedir ayuda.
- Estas son las intervenciones y prácticas adecuadas para proteger y promover la salud mental en el lugar de trabajo
- aplicar y hacer cumplir las políticas y prácticas de seguridad y protección de la salud, que permitan detectar el estrés patológico, las enfermedades y el consumo nocivo de sustancias psicoactivas, así como facilitar recursos para ello.
- informar a los trabajadores de que pueden pedir ayuda

- promover la participación del personal en las decisiones, transmitir una sensación de control y de participación e implantar prácticas en la organización que promuevan un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal
- ofrecer a los empleados programas de desarrollo profesional
- reconocer y recompensar la contribución del personal.

Las intervenciones en materia de salud mental deben formar parte de una estrategia integrada de salud y bienestar que abarque la prevención, la detección temprana, el apoyo y la reincorporación o readaptación. Los servicios y los profesionales de la salud ocupacional pueden ayudar a las organizaciones a aplicar estas intervenciones donde estén disponibles, pero incluso cuando no lo estén, se pueden introducir una serie de cambios para proteger y promover la salud mental.

La clave del éxito consiste en implicar a las partes interesadas y al personal de todos los niveles cuando se lleven a cabo intervenciones de protección, promoción y apoyo y cuando se evalúe su eficacia.

Es de gran importancia intervenir a tiempo en nuestra salud mental, aún más siendo profesionales de la salud para poder prevenir síndromes de esta índole y así no perjudicar el área laboral ni la eficacia del personal

Herbert Freudenberger introdujo el concepto de Burnout describiéndolo como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Edelwich y Brodsky lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.

Maslach define el concepto desde una perspectiva tridimensional caracterizada por:

- Agotamiento emocional. Se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. Los sentimientos negativos son los que más perjudican nuestra salud mental
- Despersonalización. Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. El sujeto trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los usuarios, clientes o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

El distanciamiento es la principal reacción de defensa de la persona, lo que a su vez daña al resto de los compañeros de trabajo, porque su salud mental afecta su vida laboral tanto en acciones como en bajo rendimiento.

- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y personal. Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y

profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.

La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos, carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Al sentir menos capacidad laboral el profesional tiende a no cumplir las metas de su área de trabajo, lo que produce insatisfacción y lo que lleva a la irresponsabilidad en conjunto con sentimientos culpables que puede hasta llegar al abandono de su trabajo.

Pines, Aronson y Kafry sugieren que este síndrome se debe a un agotamiento físico, emocional y mental causado por que la persona se encuentra implicada durante largos periodos de tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente.

12.3. Diferenciación conceptual del burnout

(Olivares, Victor, 2007) Variados han sido los conceptos que a través del tiempo se han relacionado con el burnout, lo cual ha llevado confusión respecto de su adecuada delimitación y alcances verdaderos. Dada la gran complejidad del síndrome, frecuentemente se han vinculado a éste, de forma directa o solapada, conceptos como depresión, estrés laboral e insatisfacción laboral, entre otras posibles respuestas al estrés tensión, ansiedad, conflicto, fatiga, presión, nerviosismo, aburrimiento, agotamiento físico y psíquico, alienación, cansancio, neurosis existencial, indefensión, desencanto.

Al existir múltiples definiciones sobre este síndrome, tiende a confundir al personal investigativo ya que no hay información directa que sea de gran confiabilidad, es por eso que se tiende a confundir con otras enfermedades relacionadas pero que son de menos gravedad.

Muchos han sido los autores que han relacionado tedio con el burnout, situación donde en un comienzo definen tedio como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y de aptitudes, definición no lejana de la planteada por estos mismos autores para el burnout. Posteriormente, Pines abandona esta equiparada conceptual entre tedio y burnout, ampliando su concepción de este último, concluyendo que el burnout es un fenómeno de mayor amplitud que el tedio, pudiendo ser éste sólo un síntoma más del burnout, entendiéndolo más tarde como un predictor del síndrome, o una medida de agotamiento.

Quizás uno de los conceptos más controvertidos a la hora de diferenciarlo del burnout sea el de depresión, ya que ambos conceptos, junto con poseer ciertas similitudes como fatiga, dificultades para concentrarse y relajarse en el trabajo, tienen a su vez un cierto solapamiento respecto de los sentimientos de agotamiento emocional asociados en éstos.

La relación entre depresión y burnout fue establecida por estudios empíricos realizados usando instrumentos como el MBI y distintas medidas de depresión. Aquellas investigaciones concluyeron que el burnout se desarrollaría más propiamente en contextos del trabajo y situaciones específicas de éste, no interfiriendo necesariamente en otras áreas de funcionamiento de una persona, mientras que la depresión se enmarcaría dentro de contextos muchos más generales, afectando las actividades y funcionamiento global de los individuos.

Muchos estudios postulan que la depresión y el burnout son dos fenómenos diferentes, y que la relación estrecha existente entre ambos está basada en algunas similitudes sintomatológicas.

Cuando intentamos relacionar insatisfacción laboral con el burnout, nos vemos ante dos conceptos muy estrechamente ligados, pues son dos experiencias

psicológicas internas y de índole negativas, pero distintas en su delimitación, siendo la naturaleza que los une aún materia de especulación en el campo científico.

Situación corroborada por estudios que han destacado que el burnout causa bajos niveles de satisfacción laboral y no viceversa, concluyéndose, por tanto, que la insatisfacción es una consecuencia más del síndrome. Asimismo, se ha encontrado en diferentes estudios que, aunque la insatisfacción laboral aparece como un componente más en el burnout, no necesariamente la insatisfacción tiene que estar ligada a elevados niveles de agotamiento emocional, pudiendo coexistir éste con una buena satisfacción laboral.

El estar insatisfecho con el trabajo es lo que viene a producir el síndrome de burnout ya que esto viene a afectar de manera negativa a la vida del profesional, ya que al sentirse cansado tanto emocional como físicamente perjudica la vida profesional.

Tal vez el estrés laboral sea el concepto que más confusión conlleve cuando tratamos de delimitar el burnout. Desde la definición clásica de Selye, que señalaba que el estrés era una respuesta no específica del organismo resultante de una demanda sobre el mismo, teniendo efectos mentales o somáticos, el concepto ha presentado múltiples problemas en su definición y significado, ya que ha sido entendido como respuesta, estímulo e interacción, no llegando hasta nuestros días a un acuerdo sobre éste.

Al intentar conceptualizar el burnout resulta difícil ya que tiende a confundirse con el estrés, aunque el síndrome se derive del estrés, es ya avanzado siendo un estrés crónico, llamado síndrome del trabajador quemado

Desde una aproximación transaccional, el estrés laboral es entendido como una interacción entre la persona y el entorno, en que la respuesta del estrés (activación fisiológica y cognitiva excepcional) dispone al organismo para hacer frente a una demanda del medio (externa o interna) que excede los recursos del individuo, originando un cambio en su estado habitual de bienestar de naturaleza compleja.

El estrés laboral es algo de la vida diaria, por lo que nuestro organismo al intentar frenarlo resulta afectado y aún más perjudicado por lo que cambia radicalmente las actividades de su vida cotidiana.

Al parecer la investigación nos señala que el burnout se configuraría como una de las variadas respuestas del estrés laboral crónico, existiendo un solapamiento continuo entre las respuestas (psicológicas, fisiológicas y conductuales) y lo que son sus consecuencias.

En este sentido Evans y Fischer consideran que el burnout es una respuesta al estrés laboral, que se manifiesta en individuos cuyo trabajo se caracteriza por generar relaciones de ayuda a otras personas, situación que daría sentido y comprensión a la aparición de la despersonalización como uno de los elementos definitorios del burnout, y no así del estrés laboral.

Como se ha venido mencionando el síndrome de burnout se manifiesta debido a que el profesional vive a diario estrés en su área laboral, por lo que cada día se va haciendo más grande hasta desarrollar el síndrome, lo que provoca que el profesional pierda su personalidad por la falta de salud mental.

Un elemento más a favor de la delimitación conceptual del burnout respecto del concepto de estrés laboral lo constituye la posibilidad de incluir el proceso de desarrollo del propio síndrome en el episodio más amplio del estrés laboral, donde el burnout es una etapa final de un curso crónico.

Según la doctora Maslach, un aspecto diferenciador entre estos dos conceptos es el hecho de que el estrés puede ser entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para el individuo, mientras que el burnout sólo tendría efectos de índole negativo.

Durante el profesional presenta solamente estrés, no necesariamente puede perjudicar su vida laboral, sino que puede actuar a favor, ya que si él se presiona puede rendir aún más en sus metas laborales, pero, si esto sobrepasa los límites y aumenta el nivel de estrés va a desarrollar el síndrome el cual solo viene a perjudicar en todo sentido al profesional.

12.4. **Modelo tridimensional del burnout de Maslach**

Existe una gran dificultad en identificar los síntomas del burnout, dada la gran cantidad de fenómenos asociados al trastorno que destacan las investigaciones sobre el tema, y señalan hasta más de 100 síntomas asociados al síndrome, lo cual lleva a la confusión.

No obstante, podemos identificar grupos caracterizados por influir negativamente en los afectos y las emociones (como agotamiento emocional, irritabilidad, odio), en las actitudes (como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad), en las cogniciones (como baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, baja realización personal en el trabajo), en las conductas (como comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo), y en el sistema fisiológico del individuo (como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión)

El hecho de intentar identificar los síntomas característicos del Síndrome no ha sido una tarea nada fácil para muchos investigadores ya que tienden a confundirse, por lo que es mejor analizar cada emoción u efecto por grupo para analizarlo a profundidad y llegar a un diagnóstico.

Maslach entiende que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional. Siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, la doctora Maslach concluye que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Más tarde, Maslach añade que el burnout es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo, y un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal.

Mientras vamos avanzando en el estudio de este síndrome se puede observar que para llegar a padecer el síndrome primeramente se tiene que tener una fuente de estrés y debido a que un área de trabajo siempre hay estrés de por medio es que los profesionales son los más vulnerables a padecerlo.

Presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales. Despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiado distantes hacia otras personas. Por último, la falta de realización, agotamiento emocional es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos personales en el trabajo se refieren a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas.

Al estar ya con el síndrome se puede ver reflejado en las actitudes y acciones del trabajador, por lo que se ve afectada el área laboral, los demás compañeros de trabajo, los pacientes y la población en general, el simple hecho de que una persona este enfermo se ve afectada toda la atención.

Esta definición sintomática, propuesta por la profesora Maslach, ha sido utilizada de forma casi unánime por los distintos estudiosos del tema, siendo sin duda la conceptualización más aceptada del burnout en el concierto investigativo del orbe. Prueba de aquello es el consenso de las definiciones posteriores, centradas en una, algunas o todas las dimensiones sintomáticas originales propuestas por estas dos autoras.

12.5. El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el burnout que, según

definen estas autoras, son Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y baja Realización Personal en el Trabajo (RPT).

En su versión original, la escala para valorar los ítems constaba de dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación. La razón de mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo auto informé, de actitudes y sentimientos.

Este inventario se divide en tres sub escalas que se ajustan a tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emocional exhaustion), (9 ítems), despersonalización (Despersonalización), (5 ítems) y realización personal en el trabajo (Personal accomplishment), (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada "Implicación con el trabajo", siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems.

Cuestionario - Burnout

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Tabla 1. Cálculos de puntuaciones

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio Emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización Personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

(Maslach, Christina, 2017)

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

Tabla 2. Valores de referencia

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

(Maslach, Christina, 2017)

Cuestionario Burnout

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= Nunca.

1= Pocas veces al año.

2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes.

4= Una vez a la semana.

5= Unas pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

Tabla 3. Cuestionario Burnout

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	

12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

(Maslach, Christina, 2017)

En la última edición del manual se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar, encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. Este instrumento es la versión clásica del MBI. Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden 8 ítems, agotamiento emocional no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo 9 ítems y despersonalización desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo 5 ítems. Luego encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación.

Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas.

Y, finalmente, el MBI-General Survey (MBI-GS), una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal 6 ítems, agotamiento 5 ítems y cinismo 5 ítems.

12.6. El Maslach Burnout Inventory (MBI) y su espectro universal

A partir del surgimiento del MBI, ha nacido una vasta investigación empírica que ha tratado de determinar la veracidad de las propiedades psicométricas del instrumento, y la búsqueda confirmatoria de la tridimensionalidad del síndrome propuesta en sus escalas, tanto en muestras de profesionales como en estudios transculturales.

A continuación, se expondrán algunas de las principales fortalezas que presenta el MBI:

1. La gran aceptación internacional: el MBI se ha aceptado extensamente en todos los países de América Latina, la UE y en los EE.UU. Esto es una ventaja porque permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, a la vez que impulsa el desarrollo de adaptaciones del cuestionario.

2. Importante apoyo empírico de la estructura factorial: diferentes estudios factoriales de carácter exploratorio han reproducido una estructura de tres factores similar a la del manual para las diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal o rotación oblicua. Así, por ejemplo, Aluja, Blanch y García⁴⁴ confirmaron la estructura factorial de tres factores que explican el 43,39% de la variación (rotación ortogonal), con valores para agotamiento emocional de 19,45%, baja realización personal en el trabajo de 15,07%, y despersonalización

de 8,86%. Resultados similares se han encontrado en múltiples investigaciones apoyando la tridimensionalidad del síndrome. Asimismo, numerosos estudios que han utilizado análisis factorial confirmatorio recomiendan asumir una estructura de tres factores.

3. Evidencia de validez concurrente: Maslach y Jackson obtuvieron correlaciones significativas entre diversas escalas conductuales y el MBI, utilizando como estimaciones esposas y compañeros de trabajo. Al parecer, la puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el Tedium Measure (TM), el Staff Burnout Scale (SBS-HP) y el Mejer Burnout Assessment (MBA), siendo el 25% la varianza que estos instrumentos explican del MBI.

4. Evidencia de validez divergente: se ha evidenciado la validez divergente de la escala por las correlaciones significativas que se han encontrado entre las puntuaciones de dicha escala y las descripciones ante sus clientes, la sobrecarga objetiva de trabajo, el tiempo total de contacto directo con los pacientes y con las conductas del trabajador en el hogar, evaluadas por sus parejas, a la vez, de las bajas correlaciones con deseabilidad social y las correlaciones negativas con satisfacción en el trabajo.

12.7. Modelos explicativos del burnout

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables- antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados.

Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacaremos sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró. Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación:

Teoría Socio cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva. En estos modelos las causas más importantes son:

- a) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.
 - b) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.
- Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto; entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison, el Modelo de Pines, el Modelo de Cherniss y el Modelo de Thompson, Page y Cooper.

12.7.1. Modelo de Competencia Social de Harrison

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la competencia percibida como función del SB. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la

capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol.

12.7.2. Modelo de Pines

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos le dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.

Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

12.7.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

12.7.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper

Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que, tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de retirada mental o conductual de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy.

12.7.5. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:

- 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones.
- 3) La falta de control: Se explica como la capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

- Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo

tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo activo.

La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con la teoría de COR, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos; capacidad intrínseca para afrontar, condiciones, características personales, capacidad física

12.7.6. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas, hospitales puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

12.7.7. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización

personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski, uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol pobreza, conflicto y ambigüedad del rol en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.

En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral.

Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza sin eliminar la empatía o con cinismo. Si se desarrollan actitudes de despersonalización, aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

12.7.8. Modelos de Cox, Kuk y Leiter

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

Otro antecedente del Burnout es lo que Cox y cols denominan salud de la organización. Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los

sistemas psicosociales de la organización, estructuras, políticas, procedimientos, cultura, entre otros.

12.7.9. Modelo de Winnubst

Este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson, y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional.

Para Winnubst, la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout. Este autor, al igual que Golembiewski y cols defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.

Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el SB con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción. Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación.

12.7.10. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos

plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

12.7.11. Modelo de Gil-Monte y Peiró

Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido; conflicto y ambigüedad del rol, y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación.

12.8. Clasificación del síndrome de Burnout:

El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:

- Burnout activo: El empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: Suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

12.9. Tipos de burnout

(Montero Marin, Jesus, 2015) Otro inconveniente de la visión estándar del burnout es el de considerar a todos los casos de manera homogénea, a través de una definición basada en los mismos síntomas para todos ellos, siendo que la realidad psicosocial puede ser bien diferente en unos casos y otros. Ante esta limitación, y como alternativa a la definición clásica, se han propuesto diferentes subtipos o perfiles de burnout, en función de sus particularidades clínicas.

Se tiende a tratar el burnout como uno en específico sin considerar posibles clasificaciones o niveles de gravedad, por lo que se ha visto la necesidad de crear propuestas para tratar a los pacientes con este síndrome según su evolución clínica.

Estos perfiles pueden ser evaluados a través del Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout, el primero de los perfiles es el subtipo de burnout frenético, cuya principal característica es que trabaja cada vez más duro hasta el agotamiento, buscando éxitos a la altura de sus esfuerzos. Presenta una gran implicación, en el sentido de que trata de aumentar sus esfuerzos a la hora de hacer frente a las dificultades, con objeto de producir los resultados esperados. También presenta una ambición desmedida, ocasionada por una gran necesidad de obtener importantes logros, junto con la imposibilidad de reconocer las propias limitaciones.

Este es uno de los primeros perfiles que deben ser estudiados ya que este implica el inicio del síndrome donde el profesional se ve estresado, pero ya de una manera crónica, donde está impulsado a obtener logros con grandes ambiciones tanto que no puede limitar sus deseos.

Y por último, manifiesta una gran sobrecarga, entendida como la sensación de estar arriesgando la salud y la vida personal en la persecución de buenos

resultados en el trabajo Por todo ello, este perfil se ve asociado a altos niveles de agotamiento, y se ha visto relacionado con un estilo de afrontamiento basado en el intento de solucionar los problemas de forma activa, para lo cual hace uso de un elevado número de horas semanales de trabajo, o se implica en diferentes trabajos al mismo tiempo.

Por la ambición se ve envuelto en una enorme sobrecarga de estrés lo que viene a dañar su salud mental, ya que la única forma que encuentra de solucionar sus problemas muchas veces es el trabajo por lo que hace más fácil desarrollar el síndrome.

Este perfil suele presentar abundantes quejas respecto a la estructura jerárquica de la organización para la cual trabaja y al mismo tiempo se siente culpable ante la perspectiva de no ser capaz de alcanzar los objetivos que se había planteado inicialmente.

El tipo de estrés que sufre, proviene fundamentalmente de la tensión que le generan sus altas expectativas, aunque también de la frustración ante la perspectiva de no conseguirlas por otra parte, el subtipo de burnout sin-desafíos ha de hacer frente a condiciones monótonas y poco estimulantes, que fallan a la hora de proporcionar la satisfacción necesaria. Presenta indiferencia, ya que realiza las tareas del trabajo sin interés y de manera superficial; aburrimiento, puesto que sufre de falta de estimulación y de monotonía en el desarrollo de las tareas; y falta de desarrollo personal, entendida como la ausencia de crecimiento personal junto con el deseo de cambiar de puesto de trabajo.

Según el nivel de tensión o preocupación que el profesional viva en su área laboral se puede identificar el tipo de estrés presente, ya que vienen a manifestarse de diferentes maneras y cambia de forma radical su comportamiento habitual, evitando el desarrollo profesional.

Este perfil de burnout se relaciona con altos niveles de cinismo, debido a su falta de identificación hacia las tareas del trabajo, y tiene lugar en puestos llenos de tareas repetitivas, o de formas de trabajo mecánicas y rutinarias, por lo que se asocia a un estilo de afrontamiento escapista, basado en la distracción o evitación cognitiva.

La única defensa que el trabajador encuentra es evadir sus responsabilidades laborales, actuando de forma inapropiada, por lo que perjudica el área de atención como tal y la población atendida.

Los empleados Antes sin-desafíos tienen que hacer frente al desencanto causado por la sensación de estar atrapados en una actividad laboral que les resulta indiferente, que les aburre y no produce satisfacción, por lo que suelen presentar continuas quejas en relación a la rutina que le imponen sus obligaciones, Además, se ven invadidos por sentimientos de culpa originados por la ambivalencia que sienten respecto a su trabajo y sus deseos de cambio.

El hecho de no sentirse contento en una determinada área de trabajo vuelve una vida rutinaria de quejas, por lo que se sienten oprimidos y van presentando estrés, lo que trae consigo enfermedades mentales de mayor índole.

En el fondo, los afectados por este perfil han perdido la objetividad respecto a su derecho natural de experimentar necesidades de desarrollo personal, y al no intentar alcanzarlas, sienten una gran frustración.

El último de los perfiles, el subtipo desgastado, es un perfil de trabajadores que actúa con negligencia frente al estrés y la ausencia de gratificaciones.

Este perfil presenta sentimientos de desesperanza, debido a la sensación de falta de control sobre los resultados de su trabajo; y por la sensación de falta de reconocimiento respecto a los esfuerzos invertidos; por lo que finalmente opta por

la desatención y el abandono, como respuesta ante cualquier dificultad. Por todo ello, este tipo de perfil de burnout se encuentra fuertemente asociado a la percepción de ineficacia, es decir, a la sensación de incompetencia, y se ve ligado a una gran cantidad de años de servicio dentro de organizaciones del trabajo con sistemas de contingencia inadecuados.

En lo relativo a premios y castigos sobre la conducta. Es por ello que este perfil se queja continuamente de los sistemas de control de la empresa para la cual trabaja, Además, el perfil de burnout desgastado hace uso de un estilo pasivo de afrontamiento del estrés, basado fundamentalmente en la desconexión conductual, lo cual le genera una fuerte sensación de incompetencia, y le hace experimentar sentimientos de culpa, por no cumplir adecuadamente con las responsabilidades de su puesto de trabajo al igual que en el caso del subtipo sin desafíos, la principal fuente de estrés de este perfil proviene de la frustración, ya que incluso un poco de estrés en forma de tensión puede llegar a aliviar su negligencia.

El sentir culpa es una fuente de estrés elevada, ya que ataca directamente nuestro sistema nervioso, perjudicando así la tranquilidad y comodidad del profesional en su desempeño laboral.

Los diferentes subtipos de burnout pueden ser ordenados en un continuo en función de su nivel de dedicación hacia las tareas del trabajo.

La modificación en los niveles de dedicación, parece ser la forma mediante la cual, los individuos con burnout, tratan de ejercer algún tipo de control sobre el malestar psicológico que les origina la percepción de falta de reciprocidad en las relaciones de intercambio laboral.

Esta sensación de desequilibrio entre los esfuerzos invertidos y las recompensas obtenidas a cambio, es una importante fuente de malestar, y su presencia está fuertemente asociada a la manifestación de síntomas psicósomáticos.

El perfil más dedicado es el frenético, debido a su estilo de afrontamiento activo; después vendría el perfil sin-desafíos, por su estilo de afrontamiento evitativo; y por último estaría el perfil desgastado, ya que presenta un estilo de afrontamiento pasivo así, el nivel de dedicación hacia las tareas del trabajo, actuaría como un criterio de clasificación tipológica del síndrome de burnout.

Este criterio de clasificación es consistente con la idea de una transición a lo largo del tiempo entre los diferentes perfiles, mediante cambios de mayor a menor dedicación. En este sentido, los subtipos de burnout podrían ser entendidos como diferentes etapas en el desarrollo del síndrome entendido éste como una progresiva erosión en los niveles de compromiso y estarían formados por un patrón diferente de estrés percibido, asociado a su nivel de compromiso.

El no sentir un equilibrio en el trabajo, sentir que no valoran su esfuerzo por no ser recompensado acarrea malestar al no poder afrontar las situaciones, el profesional puede bajar en su rendimiento, no está comprometido con sus labores; y es ahí donde el estrés se apodera de ellos y los hace caer en un abismo sin fin de estrés desencadenando el burnout.

12.10. Diagnóstico:

(Hidalgo Murillo, Luis Fernando, 2015) Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad. Además, conviene que el profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de nunca a diariamente, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del SB citados anteriormente agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. De hecho, se agrupan en tres subescalas, una para cada uno de los componentes del síndrome del quemado

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección. En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala

Además del MBI, existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente

El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas) como aspecto a evaluar como parte del SB

12.11. Proceso de desarrollo del síndrome de burnout

(Perez Martinez, Anabella, 2010) En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales.

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.

Los síntomas del Síndrome de Burnout varían, no todos los profesionales reaccionaran de la misma manera al ser atacados por el estrés, es ahí donde se han creado múltiples definiciones sobre el síndrome, los cuales tienden a confundir.

Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano, Gil Monte, Peiró y Valcárcel, Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau, Farber, Leiter y Maslach, Pines y Aronson, Cherniss, Edelwich y Brodsky, entre otros. Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración.

El burnout va aumentando de categoría por etapas, las cuales van generando estrés poco a poco, cuando a un profesional lo ascienden está entusiasmado con su nuevo cargo sin embargo el estrés que traerá consigo puede estancarlo y

evitará su crecimiento profesional por lo que posiblemente no podrá resistir y se frustrará.

La apatía implica sentimientos de distanciamiento y des implicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional. Cherniss postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en cuatro fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.

La falta de interés y la desmotivación traen como resultado la falta de compromiso por su trabajo y sus actividades, es ahí donde la atención se ve afectada, mientras el profesional va pasando por las diferentes fases su vida se va desequilibrando aún más, hasta no poder encontrar solución a lo que se está presentado en su vida.

La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

- El modelo de Farber describe seis estadios sucesivos:
- Entusiasmo y dedicación.
- Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
- No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
- Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
- Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.

➤ Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía.

La aparición del Síndrome es un proceso que va evolucionando debido a todas las demandas que surgen en las áreas laborales lo cual va desgastando poco a poco al profesional, desgastando sus niveles de energía y le va afectando en su personalidad.

La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y, por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Al verse afectada la personalidad del profesional, indirectamente se ven afectados los pacientes con malas actitudes, ya que reciben una atención de muy mala calidad lo que dificulta el trabajo total.

Es el deterioro del auto concepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades. A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski. Plantean otro en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos.

Al perder la confianza como trabajador, el profesional tiende a perder su capacidad para realizar sus actividades laborales con eficacia, este síndrome no se presenta exclusivamente en trabajadores directos con atención si no que cualquier persona que tenga un empleo puede padecerlo.

También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y Cansancio Emocional.

A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional.

Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el auto concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil

Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos.

Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de realización personal y el incremento del cansancio emocional. De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada despersonalización. Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral. Manzano también apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional.

Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que, en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores Manassero y cols, Ramos, Hatinen y cols , proponen, por el contrario, una secuenciación más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas.

12.12. Fases del proceso de burnout (Fidalgo Vega, Manuel, 2000)

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del SQT, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome.

- Fase inicial, de entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.
- Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos estrés; por tanto, definitiva de un

problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

En esta primera fase es en la que el profesional tiene muchas expectativas las cuales requieren de muchísimo esfuerzo, lo que afecta la estabilidad del profesional, es ahí donde aprovecha el estrés para atacar directamente.

- Fase de frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

En esta fase afecta la parte moral del profesional, todo comentario afecta directamente la vida personal del profesional, provocando así desacuerdos entre los compañeros de trabajo; esto incide en la presencia de enfermedades tanto físicas como mentales.

- Fase de apatía: En la cuarta fase suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales, afrontamiento defensivo como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

La actitud y la conducta del profesional hacia los pacientes se ven afectados, ya que tratan con desfachatez las necesidades del área y la población, con tal de evitar las tareas abrumadoras de estrés.

- Fase de quemado: Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Ya cuando el trabajador está completamente con el síndrome la salida más fácil que encuentra es abandonar su empleo, lo cual le traerá aún más estrés ya que no estará satisfecho con su decisión lo que le traerá más carencias y más enfermedades mentales.

Esta descripción de la evolución del SQT tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Tabla 4. Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas adaptativas.	Malhumor
Irritación.	Modificación auto concepto.	Desorganización.	Aislamiento familiar.
Apatía.	Desorientación cognitiva.	Sobre implicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Distracción.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Cinismo.		
Falta de tolerancia.	Criticismo Generalizado		
Acusaciones a los clientes			

Fuente: (Perez Martinez, Anabella, 2010)

12.13. Causas del burnout

(Forbes, 2011) Dada la amplia gama de consecuencias o síntomas de la condición, es difícil establecer un set único de causas para la enfermedad, sin embargo; los estudios en el campo de la salud y la psicología organizacional han encontrado algunos factores promotores del burnout que merecen especial atención. A continuación, se presentan los principales.

Estas causas y consecuencias son un fenómeno que afectan la salud física, psicológica y mental de los trabajadores principalmente en los trabajadores de la salud, por eso se requiere de atención especial.

Como un primer agente de riesgo, el síndrome de burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de labores, pero en general doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores puerta a puerta, encuestadores, oficiales de cobro y otros muchos oficios y profesiones tienen mayor riesgo de desarrollar, con el tiempo, la condición.

El exceso de trabajo y el estrés laboral con llevan a padecer esta enfermedad y hacen que nuestro bienestar se valla desgastando rápidamente, es por eso controlar siempre la cantidad de trabajo a la que nos enfrentamos en el día a día.

Adicionalmente, suele caracterizarse por horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia, muchas veces valorados positivamente desde la óptica laboral y donde tales características se han convertido en un hábito, generalmente inconsciente, en áreas de cumplir las labores asignadas o los objetivos irreales impuestos.

Coordinar el tiempo en todas las actividades diarias para evitar el exceso de trabajo ya que esto puede traer consecuencias negativas. Es así porque un trabajador fatigado rinde menos y no es raro que a medio largo plazo enferme.

El síndrome puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, como organizacionales deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros.

El exceso de trabajo y el estrés tanto de la persona como de la empresa desencadenan este síndrome y unos de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven como señal de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.

En general, las condiciones anteriores se confabulan y pueden llegar a generar burnout en situaciones de exceso de trabajo, desvalorización del puesto o del trabajo hecho, trabajos en los cuales prevalece confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo. El estrés laboral es una base óptima para el desarrollo del burnout, al cual se llega por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante. En este proceso se distinguen tres fases:

- Fase de estrés: en la cual se da un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- Fase de agotamiento: en la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- Fase de agotamiento defensivo: en la cual se aprecian cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo. No se cuenta a la fecha con un único modelo que explique el burnout, pero sí se pueden considerar para interés de administradores, encargados de recursos humanos, psicólogos laborales y en general personal con trabajos de servicio que puedan presentar riesgos asociados al concepto, una serie de factores comunes o complementarios entre los modelos que brindan mayor detalle de posibles causas asociadas.

Causas (Estrada, Ana, 2018)

- Largas jornadas laborales
- Sobrecarga de trabajo
- Falta de oportunidades de crecimiento
- Desvalorización del puesto o del trabajo realizado
- Falta de incentivos y capacitación
- Bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados.
- Alineación entre los objetivos y valores del trabajador con los de la empresa.

12.14. Consecuencias de SQT para la organización y para el trabajador.

Las consecuencias del síndrome de burnout trastocan todas las esferas de la vida del individuo.

Salud

- Depresión
- Ansiedad
- Frecuentes cambios de humor
- Estrés crónico
- Fatiga
- Problemas de sueño, insomnio
- Deterioro cardiovascular

- Úlceras y otros desórdenes gastrointestinales
- Pérdida o incremento de peso
- Dolores musculares
- Migrañas
- Alergias
- Asma
- Problemas con los ciclos menstruales.

Social

- Poca interacción con sus compañeros de trabajo
- Aislamiento, la gente lo evita porque siempre está de mal humor
- Nula vida personal
- Problemas con sus compañeros, amigos y pareja

Trabajo

- Poca productividad
- Ya no trabaja como antes
- No tiene objetivos
- Toma de decisiones erróneas
- Actitud negativa con sus compañeros, el ambiente laboral se torna tóxico
- Aumento de absentismo
- Falta de motivación y compromiso
- Renuncia

(Fidalgo Vega, Manuel, 2000) El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables y a pesar de poner en juego todos sus recursos personales. No se puede suponer que la sensibilidad individual es la responsable de que el individuo sufra daños en su salud, sino que son las condiciones de trabajo a las que está expuesto las responsables de esto.

Con el pasar de los años el desgaste físico se va haciendo más notorio, aunque el trabajador se esfuerce van a llegar momentos en los cuales, aunque quiera no va poder seguir trabajando de una forma igual años anteriores y esto es responsabilidad de la organización o institución a la que se le está laborando.

No obstante, es posible que, a través de sus recursos personales de afrontamiento y del apoyo social del que se provea, pueda protegerse de la exposición a los factores de riesgo del SQT. En este sentido, no puede ser definido como un problema de adaptación, puesto que es obvia la obligación del empleador de adaptar el trabajo a la persona, como así lo regula el texto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. El SQT es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización.

Aparece un deterioro cognitivo; frustración y desencanto profesional, afectivo desgaste emocional y, en algunos casos, culpa y actitudinal; cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización, en el trabajador. Se han descrito desde el plano individual más de 100 síntomas relacionados con el SQT que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación.

El síndrome de Burnout conocido como el Síndrome del trabajador quemado sino es detectado a tiempo, puede llegar a afectar de mayor magnitud la salud a tal punto de provocar daños irreversibles, este padecimiento consta de un sin número de síntomas por lo tanto es capaz de llegar a afectar hasta las conductas de cada persona.

Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios.

En esta situación, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés consecuencias del estrés, de forma que, si perdura en el tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud, con alteraciones psicósomáticas alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos.

Al fallar las estrategias para reducir el estrés o ayudar para la ansiedad, comienzan a presentarse los síntomas de STQ lo cual se presenta por etapas las cuales van subiendo de nivel hasta con las últimas consecuencias serían padecer una patología crónica.

12.14.1. Para el Trabajador:

➤ Psicosomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.

Estas son algunas de las consecuencias que se pueden llegar a presentar si Burnout no es detectada a tiempo, afectando directamente nuestra salud.

➤ Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso barbitúrico, estimulantes y otros tipos de sustancias; café, tabaco, alcohol, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

Nuestro comportamiento tendría un cambio notorio hasta llegar a afectar la relación

Enfermera paciente, se presentan cambios de humor, agresividad por lo tanto esto afectaría la relación y calidad de vida.

➤ Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.

Al presentar estrés se desencadenan varias conductas que son perjudiciales para el trabajador, se desarrolla una forma de autoprotección por lo tanto se tiende a alejarse de las personas que nos rodean.

➤ Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

Se brinda una mala atención a los usuarios que lleguen para ser atendido en la unidad de salud por lo cual se ve en peligro la calidad y confianza de nuestro trabajo.

➤ Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento.

Influye de gran manera en la relación ya sean de amistad, de pareja y de igual forma la comunicación con nuestros compañeros de trabajo, como protección se tiende a alejarse.

12.14.2. Para la Organización:

Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales, indiferencia o frialdad directamente con las personas con las que trabaja; disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes.

La organización o institución se ve afectada directamente ya que se inicia faltar a las horas laborales o retirarse a mitad de las horas asignadas de esta manera se genera críticas hacia los responsables de las organizaciones provocando desconfianza hacia el personal que labora en cierto lugar.

12.14.3. Factores que influyen en el desarrollo del burnout.

(Apiquian, 2007) Los factores que más se han estudiado como variables que intervienen en el desarrollo del síndrome de Burnout son:

Características del puesto y el ambiente de trabajo: La empresa es la que debe organizar el trabajo y controlar el desarrollo del mismo. Corresponde a ella la formación del empleado, delimitar y dejar bien claro el organigrama para que no surjan conflictos, especificar horarios, turnos de vacaciones. Debe funcionar como sostén de los empleados y no como elemento de pura presión. La mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso. Ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones. La atmósfera se tensa y comienza la hostilidad entre el grupo de trabajadores. Según los expertos, el sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome.

Toda empresa debe equilibrar y organizar los horarios y la cantidad de trabajo a cada empleador para que esto no con lleve a conflictos y se brinde una mejor formación del empleado.

Los turnos laborales y el horario de trabajo, para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, del ciclo sueño vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

Al ser afectado el patrón sueño se alteran las emociones y se desarrolla con más facilidad el síndrome, ya que el profesional no descansa las horas necesarias que el cuerpo amerita sufre más alteraciones a nivel general

La seguridad y estabilidad en el puesto, en épocas de crisis de empleo, afecta a un porcentaje importante de personas, en especial a los grupos de alto riesgo de desempleo jóvenes, mujeres, los personas de más de 45 años.

Contar con un empleo fijo es de gran importancia para todo profesional ya que así puede mantener la estabilidad económica para él y su familia, sin embargo, al perder el empleo esto desencadena una fuente excesiva de estrés.

La antigüedad profesional, aunque no existe un acuerdo claro de la influencia de esta variable, algunos autores han encontrado una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un mayor nivel de asociación con el síndrome.

En los primeros años el profesional se está adaptando a su área laboral, el salario es poco; es aquí donde ya se van presentando estresores que se van acumulando por años hasta desencadenar el síndrome crónico.

- El progreso excesivo o el escaso, así como los cambios imprevistos y no deseados son fuente de estar quemado y en tensión. El grado en que un cambio resulta estresante depende de su magnitud, del momento en que se presenta y del nivel de incongruencia con respecto a las expectativas personales.

El hecho de experimentar un cambio repentino en nuestra área de trabajo es una fuente de estrés excesivo ya que tiene que adaptarse a nuevas responsabilidades; lo que viene a perjudicar las expectativas del profesional.

La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones, suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, que incluyen cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas que plantean las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los cuales se puede mencionar: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento de control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.

La tecnología viene siempre a facilitar el trabajo del profesional, pero trae consigo grandes cambios en la forma habitual de trabajar ya que se tiene que preparar emocionalmente y capacitar para poder adaptarse a la nueva vida tecnológica, lo que genera estrés y generalmente desencadena el síndrome.

La estructura y el clima organizacional, cuanto más centralizada sea la organización en la toma de decisiones, cuanto más compleja muchos niveles jerárquicos, cuanto mayor es el nivel jerárquico de un trabajador, cuanto mayor sean los requerimientos de formalización de operaciones y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el síndrome de Burnout.

La jerarquía es una fuente de estrés ya que, según el cargo dentro del área, son mayores las responsabilidades; también los procedimientos por área son fuentes de estrés ya que requieren mayor formación técnica.

Oportunidad para el control, una característica que puede producir equilibrio psicológico o degenerar en Burnout, es el grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar las actividades a realizar y los acontecimientos.

Si el ambiente laboral es sano, las fuentes de estrés son escasas, lo que permite al profesional poder desempeñarse libremente, realizar sus actividades diarias sin presión y vivir una vida libre de estrés y así prevenir el síndrome de burnout.

Retroalimentación de la propia tarea, la información retroalimentada sobre las propias acciones y sus resultados es, dentro de ciertos límites, un aspecto valorado por las personas en el marco laboral. La retroalimentación o feedback de la tarea, ha sido definido como el grado en que la realización de las actividades requeridas por el puesto proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño. La investigación realizada al respecto muestra por lo general que los trabajadores que ocupan puestos con esta característica presentan mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que ocupan puestos en donde esta retroalimentación falta o es insuficiente.

La retroalimentación viene a proporcionar amplios beneficios al personal ya que les permite poder realizar sus actividades laborales con eficacia y así son motivados a brindar atención de calidad a la población; con satisfacción, sin quejas lo que beneficia tanto al paciente como al profesional.

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

Para tener un ambiente laboral positivo es necesario fomentar una buena comunicación con el resto del personal, ya que de lo contrario tendríamos un ambiente tensionado y esto influye de manera directa en la calidad, organización y confianza del grupo.

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en los trabajadores, aunque no queda claro en la literatura.

El salario tiene un gran impacto en la vida de cada trabajador para cubrir las necesidades que se presentan, de esta forma al no tener un buen salario y no poder cubrir todos los gastos que se presentan, como seres humanos iniciamos a preocuparnos al punto de caer en estrés.

La estrategia empresarial puede causar el burnout: empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores; aquéllas que no gastan en capacitación y desarrollo de personal, aquéllas en las que no se hacen inversiones en equipo

y material de trabajo para que el personal desarrolle adecuadamente sus funciones, limitan los descansos, entre otros.

Al no poseer una buena estrategia como organización, la responsabilidad recae sobre el personal que labora en las instituciones, contribuyendo a causar molestias ya sean físicas o psicológicas alterando la zona de confort de cada trabajador. Al contrario, si se contara con una buena organización todo sería más fácil de conllevar.

(OMS, 2019) El trabajo es beneficioso para la salud mental. Sin embargo, un entorno laboral negativo puede causar problemas psíquicos.

Según un reciente estudio dirigido por la OMS, la depresión y la ansiedad tienen unas repercusiones económicas importantes: se ha estimado que cuestan anualmente a la economía mundial U\$ 1 billón en pérdida de productividad.

Es necesario trabajar para distraernos y dedicarnos a ciertas funciones asignadas por el personal a cargo de nosotros, pero al no tener un ambiente positivo todos los resultados son negativos afectando la salud de cada trabajador.

El acoso y la intimidación en el trabajo son problemas frecuentes que pueden tener considerables efectos negativos en la salud mental. productividad. Por otro lado, es bien conocido que el desempleo es un factor de riesgo de problemas mentales, mientras que la obtención de un empleo o la reincorporación al trabajo ejercen efectos protectores.

La mayoría de la población se estresa al no contar con un trabajo ya sea fijo o temporal y cuando ya se obtiene el trabajo se tiende a sufrir acoso o a ser intimidados por las personas de un mayor rango, provocando renuncias e incluso efectos negativos en la salud mental.

Estos son algunos de los riesgos para la salud mental:

(Noriega Mariano, 2004) En el personal al cuidado de la salud, el trabajo estresante es más frecuente en las trabajadoras menos cualificadas, mientras que la carga mental se manifiesta más alta en los grupos cualificados. Entre los elementos que generan mayor carga mental y estrés están: insuficiente entrenamiento y exceso de tensión debida a los horarios. La fatiga se encuentra asociada, generalmente, con una carga de trabajo excesiva.

El síndrome de burnout tiende a afectar al personal que labora para el cuidado de la salud esto se debe a los horarios sobrecargados que se llegan a tener e incluso por la falta de comunicación con el resto del personal del área laboral, esto provoca un desgaste tanto físico como emocional.

- políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud
- prácticas ineficientes de gestión y comunicación
- escaso poder de decisión del trabajador o ausencia de control de su área de trabajo
- bajo nivel de apoyo a los empleados
- horarios de trabajo rígidos
- falta de claridad en las áreas u objetivos organizativos.

12.15. Tratamiento para el síndrome de burnout

(Hidalgo Murillo, Luis Fernando, 2015) Las estrategias para tratar el *burnout* van encaminadas a reducir los niveles de estrés, el tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del SB, algunas de ellas son:

- Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo

- Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar la agenda laboral
- Formación continua dentro de la jornada laboral.

12.16. Ansiedad y depresión.

12.16.1. Estrategias y técnicas de intervención frente al burnout

(Perez Martinez, Anabella, 2010) Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida.

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine, que determinó los cuatro siguientes:

- Identificar el Burnout.
- Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.
- Ramos planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:
 - Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea solución de problemas.

- Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo:

- Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Peiró, Ramos y Gonzales Roma, citados por Hombrados, clasifican los programas de intervención en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores nivel organizacional, procesos de apreciación nivel social o estrategias de afrontamiento nivel organizacional. Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

12.16.2. Estrategias orientadas al individuo

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

- Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de

habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida.

➤ 2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional formación continuada, rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre distracción extra laboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby, tomar descansos pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Potter también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión. También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

El tener un tiempo libre en el trabajo es de gran beneficio y una excelente estrategia que sería útil fuese implementada en todas las áreas laborales ya que eso ayuda a despejar la mente del profesional y así prevenir enfermedades psicológicas.

Ramos y Manassero y cols complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. Entre ellas destacan:

1. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
2. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.

3. Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular, con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.

4. Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.

5. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.

6. Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.

12.16.3. Estrategias sociales

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto. Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo. En nuestro ámbito, se constata la importancia de la integración en los grupos de familiares de Alzheimer, en los que, aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación.

El prevenir un síndrome de esta magnitud debería ser uno de los principales enfoques y debe ir orientada a una mejor calidad de vida del profesional y se

valore el trabajo brindado por el trabajador y promover la integración de todos los compañeros de trabajo para evitar enfermedades mentales.

12.17. Estrategias Organizacionales

Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario –lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico-; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales

No obstante, cada vez más se reconoce la importancia de una buena y exhaustiva información sobre familias y grupos en que puede apoyarse el sujeto, con el fin de orientarle hacia ellos. Pero hay que tener mucho cuidado para que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor

12.18. Medidas preventivas ante el burnout

- Desde la aparición del concepto, se han intentado desarrollar estrategias para eliminar o reducir los riesgos que dan lugar a su aparición, así como para mejorar la calidad de vida laboral y prevenir el estrés en el trabajo. Paradójicamente, se suele poner el acento en la intervención individual, cuando se sabe que las causas residen en el entorno de trabajo.

- Desde que se consta con la definición de este síndrome se han ido desarrollando estrategias para intentar controlar o reducir dicha enfermedad para, mejorar la calidad de vida de cada trabajador.
- Los gestores de recursos humanos han de colaborar para prevenir este riesgo, así como los servicios de prevención, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias de prevención e intervención.
- Los recursos humanos de toda empresa deben de conocer esta enfermedad para así prevenirla en muchos empleadores y brindarles medidas de prevención y mejorar la calidad de vida en cada trabajador.
- Las medidas para prevenir el burnout se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación. Es una clasificación orientativa, tomando como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones. En un caso implementando acciones de corte fundamentalmente organizativas, en otro fomentando o regulando las interacciones que se producen en la empresa entre los individuos, y finalmente se categorizan aquellas acciones que están focalizadas en el trabajador, las individuales. No obstante, todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización.
- Se debe prevenir el síndrome de burnout fomentando medidas de prevención como un punto de referencia trabajando en equipo, organizado y categorizando aquellas acciones que son individuales en el trabajador.

Nivel organizativo:

- Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
- Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
- Promover el trabajo en equipo.

- Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
- Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.
- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.
- Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo.

Nivel interpersonal:

- Es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo
- Se recomienda realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
- Dirigir bien y con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.
- Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.
- Establecer trabajos de supervisión profesional en grupo a los trabajadores.

Nivel individual:

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
- Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.
- Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.
- Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
- Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
- Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
- Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobre implicación y la indiferencia.
- Establecer programas de supervisión profesional individual.
- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
- Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.

- Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo puesto de trabajo.

12.19. Desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud

(Gil Monte, Pedro, 2001) El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos.

El vivir una vida laboral llena de estrés no solo afecta de manera emocional, si no que físicamente el profesional se ve afectado ya que los excesos de horas de trabajo desgastan el cuerpo humano, además que con los nuevos cambios en la tecnología la toma de decisiones es más compleja y acarrea más estrés.

Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

a) En el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

Como carreras de vocación tomamos los problemas de los pacientes como si fueran nuestros e intentamos apoyarlos hasta encontrar una solución, lo que trae una carga más en la vida del profesional y genera más estrés en la búsqueda de soluciones.

b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas,

conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

Al tener una interacción negativa entre compañeros de trabajo e incluso usuarios vendrá a aumentar la carga de estrés excesiva y reducirá la eficacia en el trabajo del profesional, es ahí donde resulta el síndrome del trabajador quemado.

c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

El contar con una estructura organizativa muchas veces generan confrontaciones entre profesionales, todo esto resulta en generadores de estresores por los roles excesivos y problemas entre colegas.

d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y prestigio.

Todo cambio además de traer beneficios en la actualización de los sistemas de salud, también traen cambios en la preparación del profesional por lo que día con día deber seguir estudiando para cumplir efectivamente con las responsabilidades.

Tabla 5. Diferencias entre estrés y SQT estrés BURNOUT

Estrés	BURNOUT
Sobre implicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico en el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	El SQT solo tiene efectos negativos

Fuente: (SaludLaboral.org, 2015)

Consecuencias de las enfermedades psicológicas

(Clinic family Health Book , 2019) La enfermedad mental es una de las principales causas de discapacidad. Si no se trata, la enfermedad mental puede ocasionar graves problemas emocionales, físicos y conductuales. Las complicaciones que, en ocasiones, se asocian a la enfermedad mental comprenden las siguientes:

- Infelicidad y disminución de la alegría de vivir.

(Pertusa Martínez, salvador, 2010) La infelicidad se puede definir como un sentimiento de insatisfacción personal provocado por mil posibles circunstancias distintas, puede ser pasajera o, lo que es más grave, persistente y duradera.

- Conflictos familiares.

(Ortega, Sara, 2015) Un conflicto entre uno, varios, o todos los miembros de la unidad familiar, padres, hijos, hermanos. Un conflicto es algo que está en proceso, generalmente parte de un comentario, un malentendido, un problema de expectativas o una descarga de tensión.

- Problemas de pareja

(Calero, P., 2000) Aparecen cuando en los 2 miembros existen dos motivaciones de carácter opuesto, pero de igual intensidad. Son la base de los malos entendidos de la relación de pareja y son los causantes de la insatisfacción, frustración y debilitamiento y hasta pérdida de la pareja si no están bien resueltos. Mantener la satisfacción en la relación de pareja requiere un gran esfuerzo por ambas partes, así como la utilización de ciertas habilidades que ayuden al buen funcionamiento de la misma como la comunicación, el respeto, la complicidad, pasión.

- Aislamiento social

(Perez Porto, Julian, 2011) Es la acción y efecto de aislar, este verbo refiere a dejar algo solo y separado de otras cosas; apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás; abstraer la realidad inmediata de la mente o de los sentidos; o impedir el paso o la transmisión del calor, el sonido.

- Problemas vinculados al consumo de tabaco, alcohol o drogas

(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015) El uso de las drogas y el alcohol está asociado con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso serio de drogas más tarde en la vida, el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio.

- Ausentismo u otros problemas relacionados con el trabajo o la escuela

(Perez Porto, Julian, 2016) Alude a la inasistencia de una persona a un lugar donde debe cumplir con una obligación o desarrollar una función.

- Problemas económicos y financieros

(Raffino, Maria Estela, 2020) Son un conjunto de fenómenos producidos cuando los recursos no son suficientes para satisfacer las propias necesidades.

- Pobreza y falta de vivienda

(Coll Morales, Francisco, 2018) Es la condición caracterizada por una privación severa de necesidades humanas básicas.

- Daños a sí mismo y a otros, incluso suicidio u homicidio.

(Perez Porto, Julian, 2016) supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término que proviene de dos vocablos latinos y una traducción aproximada podría ser matarse a sí mismo.

- Debilitamiento del sistema inmunitario que dificulta al cuerpo resistir las infecciones

(salud bayer, 2020) una mala alimentación, cambios de temperatura frecuentes exposición a contaminación o padecer enfermedades que afectan al sistema inmune como la anemia, entre otras. Cuando esto pasa, el cuerpo suele mostrar algunos indicios.

- Enfermedad cardíaca y otras afecciones.

(biblioteca nacional de medicina de los EE.UU, 2020) Es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos.

(Valencia, Marcelo , 2007) Se han desarrollado diversas estrategias y recomendaciones para mejorar la salud mental de la población en el mundo, entre estas se encuentran las 10 propuestas de la OMS. que resumimos de la siguiente manera:

- Proporcionar tratamiento en los servicios de atención primaria.
- Hacer accesibles los psicofármacos.
- Proporcionar atención comunitaria.
- Promover la educación sanitaria.
- Involucrar a las comunidades, a las familias y a los usuarios.
- Establecer políticas, programas y legislaciones a escala nacional.
- Desarrollo de los recursos humanos,
- Establecer vínculos con otros sectores.
- Evaluar la salud mental comunitaria
- Destinar mayor apoyo a la investigación.

13. Estrategias para la mitigación de enfermedades ocupacionales.

Es un curso de acción conscientemente deseado y determinado de forma anticipada con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos (Fernandez, 2012)

13.1. Tipos de estrategia.

➤ Estrategia de motivación.

Son maneras directas de estimulación que dirige y sostiene el comportamiento, interés y la perspectiva de todos los actores de los procesos sobre las actividades laborales que se emprenden a realizar para el logro de los propósitos y objetivos. (prezi, 2012)

Esto es la acción de estimular a los trabajadores de cualquier empresa con el objetivo de que se obtenga un mejor rendimiento en el logro de los objetivos de la empresa, de esta manera se desarrolla la actividad laboral con un mejor desempeño, creatividad y responsabilidad, pero el principal fin es lograr trabajadores satisfechos y por ende motivados con la capacidad para contagiar la motivación o los demás compañeros.

Estrategias Motivacionales. (Mashida, 2013)

- Ambiente laboral confortable

Un ambiente de trabajo confortable contribuye a la buena salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, lo que a su vez incrementa su productividad.

La mejora sostenible de la seguridad y la salud en el trabajo se puede lograr proporcionando un ambiente de trabajo seguro, saludable y confortable.

(Gaviria Uribe, Alejandro, 2018) Dentro de las medidas esenciales de las precauciones estándar se incluyen:

- Higiene de mano
- Uso de guantes
- Uso de mascarilla
- Uso de elementos de protección personal
- Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos corto punzantes.
- Cuidado para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos
- Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

Artículo	Imagen
Bata	
Protección ocular (gafas)	
Protección ocular y facial (escudo facial)	
Guantes	
Respiradores	
Mascarillas	

Ilustración 6 elementos de protección

Fuente: (Gaviria Uribe, Alejandro, 2018)

13.2. **Técnica:**

- Reconozca y acepte la responsabilidad del empleador para proporcionar un ambiente seguro y saludable.
- Comunique a todos los trabajadores la política de seguridad y salud en el trabajo y lleve a cabo programas sobre la base de esta política.
- Lleve a cabo una evaluación y control de riesgos adecuada para identificar y mitigar los peligros en el lugar de trabajo.
- Ponga en práctica todos los requisitos legales de seguridad y salud en el trabajo.
- Asegúrese de que los trabajadores reciban información, instrucción y formación suficiente sobre los riesgos asociados con sus actividades de trabajo y las medidas de protección necesarias.
- Trate de mejorar el ambiente de trabajo y hacerlo más confortable para los trabajadores. Utilice indicadores, por ejemplo, con respecto a la iluminación, el ruido, las concentraciones de polvo en el aire con polvo y de sustancias químicas peligrosas.
- Asegúrese de que los puntos de vista de los trabajadores se reflejen en la toma de decisiones sobre la mejora del entorno de trabajo.
- Utilice materiales de información adecuados y carteles para sensibilizar a los trabajadores acerca de los riesgos en el lugar de trabajo, las medidas preventivas adecuadas y los avances que se realizan en controlarlos.

Proporcione instalaciones de descanso limpias.

- Las Instalaciones de descanso para los trabajadores limpias y bien mantenidas aseguran una buena higiene y orden en la empresa.
- Los trabajadores que realizan un trabajo arduo y peligroso o trabajan en zonas contaminadas necesitan áreas limpias de descanso. Estas áreas deben estar libres de los riesgos de inhalación de aire contaminado, la absorción de los contaminantes a través de la piel y la ingestión a través de los alimentos.

- Un lugar de descanso limpio y acogedor con todos los servicios, ayuda a mantener buenas condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores.
- Las instalaciones de descanso limpias son una señal de un lugar de trabajo favorable.

Técnica:

1. Proporcione un número suficiente de salas de descanso bien situadas, lejos del puesto de trabajo y mantenga la higiene de estas áreas. Compruebe regularmente la limpieza y el mantenimiento de las instalaciones.

2. Junto con las áreas de descanso, proporcione un buen mantenimiento de las siguientes instalaciones con la debida consideración a las mujeres embarazadas y las madres de lactantes:

- El acceso a agua potable limpia;
- Zonas para comer libres de polvo y de contaminantes industriales;
- instalaciones sanitarias, duchas y vestuarios higiénicos y en buen estado.

3. Las áreas de descanso debe tener asientos adecuados tales como sillas (con respaldo y brazos), sofás y mesas. Las áreas de descanso deben estar libres del ruido, del polvo y productos químicos y otros contaminantes industriales. Se debe mantener una temperatura agradable en las áreas de descanso (ofrezca un calentador en los países fríos y aire acondicionado en los países tropicales), con una ventilación adecuada.

4. Mejore el diseño de las áreas de descanso e introduzca, si es necesario, servicios adicionales en consulta con los trabajadores.

5. Las Instalaciones de descanso no debe ser utilizadas para cambiarse la ropa de protección personal que ha sido contaminada durante las operaciones de trabajo. Debe haber habitaciones separadas para el cambio de ropa de trabajo y ropa de calle.

6. Proporcione a las mujeres embarazadas y las madres de lactantes instalaciones adicionales donde puedan reposar y descansar o alimentar a sus bebés, si es necesario.

7. Debe prohibir fumar a todos los trabajadores en las áreas de descanso. Si es necesario, deben existir salas o áreas separadas para fumadores, y siempre deben tener señales de advertencia de que fumar es malo para la salud.

13.3. Estrategias físicas

(Baute, Raul, 2016) La recreación puede proporcionar a los trabajadores la relajación de la fatiga física y principalmente psicológica, podemos referirnos a la recreación como el proceso de cambio de superación permanente del hombre, recrearse es hacerse más humano y más perfecto en cada actividad de la vida diaria.

La misma se caracteriza por ser viva y refrescante, promoviendo una respuesta emocional personal. Una reacción psicológica, una actitud, un enfoque, una manera de vivir, ayudándoles al desarrollo y logro de un equilibrio de la dimensiones físicas, mentales, emocionales, espirituales y sociales del individuo.

Trabajo de pie

El trabajo de pie ocasiona una sobrecarga de los músculos de las piernas, los hombros y la espalda. Para eliminar la sensación de cansancio debe alternarse con posturas de movimiento o sentado.

Para evitar posturas inadecuadas se considerarán que los mecanismos de accionamiento y control de las herramientas estén dentro del área de trabajo, y que la altura del plano de trabajo sea el adecuado, en función del tipo de actividad a realizar.

Trabajar por varias horas de pie significa un esfuerzo extra para los músculos y pueden resultar complicaciones médicas, sin embargo, podemos prevenir estos efectos si tomamos ciertas medidas para aliviar el esfuerzo de nuestro cuerpo.

13.4. **Medidas preventivas.**

- Adaptar a la altura del plano de trabajo las dimensiones del individuo evitando la inclinación del tronco y la elevación de los brazos que en tareas ordinarias tendrán un ángulo de 90°.
- Mantenerse estirado y recto.
- Situarse con los hombros hacia atrás, la cabeza arriba y la pelvis hacia delante.
- Colocar un pie en lugar elevado si se está largo tiempo en un sitio y cambiar de pie periódicamente.
- Evitar la inclinación del tronco.
- Realizar pausas en el trabajo para cambiar de postura.

Recomendaciones.

- Si un trabajo debe realizarse de pie, se debe facilitar al trabajador un asiento o taburete para que pueda sentarse a intervalos periódicos.
- Se debe trabajar con los brazos a lo largo del cuerpo y sin tener que encorvarse ni girar la espalda excesivamente.

- Es recomendable que los zapatos de tacón alto, si se va a estar mucho tiempo de pie o caminando, se eviten. Un zapato completamente plano, sin ningún tacón, tampoco es lo ideal, especialmente si existen problemas de rodilla. Un tacón de 1,5 a 3 cm. suele ser adecuado.
- La superficie de trabajo debe ser ajustable a las distintas alturas de los trabajadores y las distintas tareas que deban realizar.
- Si la superficie de trabajo no es ajustable, hay que facilitar un pedestal para elevar la superficie, o una plataforma, para elevar su altura.
- Hay que trasladar peso, de vez en cuando, ya que disminuye la presión sobre las piernas y la espalda.
- Preferiblemente, en el suelo debe haber una estera para que el trabajador no tenga que estar de pie sobre una superficie dura. Si el suelo es de cemento o metal, se puede tapar para que absorba los choques. El suelo debe estar limpio, liso y no ser resbaladizo.
- Debe haber espacio suficiente en el suelo para las rodillas a fin de que el trabajador pueda cambiar de postura mientras trabaja.

13.5. Trabajo sentado

El trabajo sentado, aunque es más cómodo que el trabajo de pie, el trabajador debe mantener la columna lo más erguida posible y frente al plano de trabajo lo más cerca de éste, como norma básica de prevención, así como utilización de sillas de cinco ruedas regulables tanto el respaldo como el asiento en altura e inclinación.

Esta posición tiene una serie de ventajas con respecto a la postura de pie, en primer lugar, el cuerpo tiene mayor número de superficies de apoyo: el suelo, el asiento, el respaldo, los reposabrazos e incluso la superficie de trabajo. Esta postura exige un gasto energético mucho menos que el trabajo en pie.

El trabajo en posición sentada no provoca lesiones inmediatamente, las patologías derivadas de esta postura de trabajo se irán manifestando con el paso de los años.

13.6. **Medidas preventivas.**

- Sentarse recto, cerca de la mesa, la espalda contra el respaldo, las rodillas dobladas y los pies en el suelo.
- Usar cojín para soportar la parte baja de la espalda si no tenemos silla ergonómica.
- Volver el cuerpo entero, no girarlo.
- Sostener las páginas elevadas para su lectura.
- Apoyar el codo sobre la rodilla para hablar por teléfono y no acunarlo en el cuello.
- Romper los períodos de estar sentado con estiramientos y andando.
- Cambiar de postura periódicamente.
- El mobiliario utilizado también hay que tenerlo en cuenta.
- El trabajador tiene que poder llegar a todo su trabajo sin alargar excesivamente los brazos ni girarse innecesariamente.

Recomendaciones:

- Estar sentado todo el día no es bueno para el cuerpo, sobre todo para la espalda, por eso las tareas laborales que se realicen deben ser algo variadas para que el trabajador no tenga que hacer únicamente trabajo sentado.

- Un buen asiento es esencial para el trabajo que se realiza sentado. El asiento debe permitir al trabajador mover las piernas y cambiar de postura con facilidad.

13.7. Movimientos repetitivos:

Los movimientos repetitivos son:

Un grupo de movimientos continuos mantenidos durante un trabajo que implica la acción conjunta de los músculos, huesos, las articulaciones y los nervios de una parte del cuerpo y provoca en esta misma zona fatiga muscular, sobrecarga, dolor y, por último, lesión.

Cuando hablamos de movimientos repetitivos hacemos referencia a todas aquellas actividades de tipo repetitivo que implica la realización de esfuerzos o movimientos rápidos de pequeños grupos musculares, generalmente de las extremidades superiores, agravadas por el mantenimiento de posturas forzadas y una falta de recuperación muscular.

13.8. Medidas preventivas:

- Tener en cuenta el diseño ergonómico del puesto de trabajo. Adaptar el mobiliario (mesa, sillas, tableros de montaje.) y la distancia de alcance de los materiales (piezas, herramientas, objetos) a las características personales de cada individuo (estatura, edad,) favoreciendo que se realice el trabajo con comodidad y sin necesidad de realizar sobreesfuerzos.
- Realizar las tareas evitando las posturas incómodas del cuerpo y mantener, la mano alineada con el antebrazo, la espalda recta y los hombros en posición de reposo.
- Evitar los esfuerzos prolongados y la aplicación de una fuerza manual excesiva.

- Utilizar herramientas manuales de diseño ergonómico que cuando se sujeten permitan que la muñeca permanezca recta con el antebrazo.
- Reducir la fuerza que se emplea en ciertas tareas (carpinterías, industrias cárnicas textil.) manteniendo afilados los útiles cortantes y aguantando los objetos con ganchos o abrazaderas.
- Emplear las herramientas adecuadas para cada tipo de trabajo y conservarlas en buenas condiciones y sin desperfectos.
- Utilizar guantes de protección que se ajusten bien a las manos y que no disminuyan la sensibilidad de las mismas, puesto que, de lo contrario, se tiende a aplicar una fuerza por encima de lo necesario.
- Evitar las tareas repetitivas programando ciclos de trabajo superiores a 30 segundos.
- Igualmente, hay que evitar que se repita el mismo movimiento durante más del 50 por ciento de la duración del ciclo de trabajo. Efectuar reconocimientos médicos periódicos que faciliten la detección de posibles lesiones musculoesqueléticas.
- Realizar el trabajo a una distancia no mayor de 20 a 30 cm. Frente al cuerpo para evitar tener que estirarse.
- Antes de empezar a trabajar ajusta la superficie de trabajo. Si la superficie de trabajo no es ajustable, utiliza una plataforma para elevar la altura de trabajo o un pedestal para elevar el plano de trabajo, siempre que sea posible.
- Establecer pausas periódicas que permitan recuperar las tensiones y descansar favoreciendo así la alternancia o el cambio de tareas.

Recomendaciones:

- Si la situación de la tarea se estima prolongada, se recomienda establecer pausas cada cierto tiempo, facilitando a las trabajadoras la rotación de tareas.
- Se deberá tener en cuenta la evolución de la técnica, con el fin de adquirir equipos que minimicen los movimientos repetitivos de las tareas que conllevan el desempeño del puesto determinado.

13.9. Manipulación de cargas:

Según el REAL DECRETO 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores.

El esfuerzo humano, tanto de forma directa (levantamiento, colocación); como de manera indirecta (desplazamiento, empuje, tracción) es la clave de la manipulación manual de cargas. Para entender la importancia del esfuerzo, es muy importante apunta que, por ejemplo, transportar o mantener la carga alzada si se considera manipulación manual de cargas.

Medidas preventivas:

- Sustituir en la manera de lo posible el manejo manual de cargas por dispositivos mecánicos que resuelvan buena parte de los problemas, pero hay que tener cuidado para que no introduzcan otros riesgos.

Si no es posible se deberá:

- Adiestrar al personal que vaya a realizar manipulaciones de cargas en técnicas de manejo seguro de cargas.
- Vigilar el correcto diseño del puesto de trabajo. Como por ejemplo disminuir el peso de la carga o la frecuencia del manejo, mejorar la disposición de los elementos o el diseño de los puntos de agarre, mejorar la calidad del suelo para los desplazamientos, evitar escaleras, señalizar y almacenar correctamente las cargas, disponer áreas de trabajo bien distribuidas y perfectamente iluminadas.
- Seleccionar cargas en función de la capacidad del trabajador.
- Seguir las instrucciones en técnicas de manejo de cargas. Normalmente al manipular una carga se debe:
 - Posicionar de forma correcta los pies. Separar los pies a una distancia de unos 50 cm.
 - Poner el tronco derecho.
 - Pegar los brazos al cuerpo.

- Aprovechar el peso del cuerpo.
- Doblar la cadera y las rodillas para coger la carga.
- Sujetar de forma correcta la carga entre las dos manos.
- Supervisar los métodos de manipulación, manejar cargas pesadas entre dos o más personas.
- Utilizar elementos de protección individual, como guantes, delantales, botas con puntera.

Recomendaciones específicas de la manipulación de cargas:

- Antes de levantar una carga hay que tener en cuenta el peso:
- El máximo recomendado es:

Tabla 6. manipulación de cargas

Trabajadores en general	Una masa máxima de 25 kg
Trabajadores con características especiales (mujeres, jóvenes y mayores)	15 kg
Posición sentados	15 kg
Trabajadores entrenados	40 kg
Trabajo entre dos personas	16,6 kg

(Baute, Raul, 2016)

- A la hora de manipular las cargas para el desempeño del trabajo, se han de tener en cuenta los siguientes factores:
 - La frecuencia de la manipulación,
 - La forma de la carga y el centro de gravedad,
 - Las distancias que han de recorrer,
 - Las características individuales de cada trabajador,
 - Si en el objeto que vamos a manipular existen puntas o salientes y,

- El camino que debe ser recorrido, y si hay obstáculos eliminarlos antes de proceder a levantar la carga.
- Los pies deben estar separados a cada lado de la carga aproximada de 50 cm. uno de otro, o uno delante del otro en la dirección del movimiento.
- Tomar firmemente la carga, usando la palma de la mano y todos los dedos, manteniendo la carga cercana al cuerpo.
- Durante el transporte, mantener la carga en el centro del cuerpo y hacer la fuerza con las piernas.
- Dejar los brazos extendidos y pegados al cuerpo, realizando la fuerza para levantar la carga solo con las piernas.
- Cuando se transporte la carga evitar el arrastre para no sobrecargar la zona lumbar.
- Es mejor empujar aprovechando el peso del cuerpo para desplazar el objeto. Debes de apoyarte de espaldas y usar solo los músculos de las piernas al hacer el esfuerzo.
- Intentar repartir el peso en ambos brazos.
- Las cargas deberán tener preferentemente el centro de gravedad fijo y centrado. Si esto no fuera así, siempre que sea posible, se deberá advertir en una etiqueta o informar de ello al trabajador.
- Las cargas con el centro de gravedad descentrado se manipularán con el lado más pesado cerca del cuerpo.
- Al manipular la carga entre varias personas hay que tener en cuenta:
 - Todos han de funcionar en equipo.
 - Si la carga es muy pesada o hay un desnivel, pedir ayuda a otro compañero, que tenga una altura parecida a la tuya.
 - Una persona dirigirá al resto y se encargará de evaluar la carga y el número de trabajadores que hacen falta.
 - El que dirige explicará al resto cómo recibir la carga, los puntos de apoyo, características del camino, etc.
 - Todos se regirán por un código de señales preestablecido.

- Colocará a cada trabajador según sus características físicas, así, por ejemplo, los trabajadores bajos irán delante.
- Durante el movimiento los trabajadores situados detrás se desplazarán a un lado respecto de los de delante para tener visibilidad.
- Si solo son dos operarios es recomendable que caminen a contrapié para evitar golpes de la carga.

➤ Estrategia de convivencia:

Consideran que las estrategias Socializadoras, son aquellas que obtienen su energía del grupo, capitalizando el potencial que procede de puntos de vista diferentes. El objetivo básico consiste en ayudar, posibilitar y experimentar el trabajo, el estudio conjuntamente para plantear y resolver problemas de naturaleza académica y social.

Considerando lo expuesto puede afirmarse que, si se desea un aula activa y cooperativa, el docente debe trabajar técnicas y estrategias que dinamicen el proceso educativo, dado que la sociedad exige de trabajo en equipo, de responsabilidad, de flexibilidad y participación que permitan alcanzar competencias a nivel individual y grupal (Matehus, 2007)

Un ambiente positivo en el lugar de trabajo crea una atmosfera de entusiasmo y motivación para los empleados, quienes pueden mejorar el rendimiento de una organización, trabajar en un buen ambiente laboral es fundamental para la salud psíquica de cada empleado, cosa que también influye directamente en su productividad. Y uno de los puntos para construir un buen ambiente en cualquier tipo de trabajo es respetar las normas de convivencia.

- Ejercicios de relajación:

Las técnicas de relajación están especialmente indicadas en los trastornos de tipo psicosomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales. (Henriquez, 2010)

Técnicas de relajación progresiva. Son útiles en la ansiedad, depresión, impotencia, baja autoestima, fobias, miedos, tensión muscular, hipertensión, cefaleas, alteraciones digestivas, insomnio, tics, temblores. (Henriquez, 2010)

El objetivo es conseguir niveles profundos de relajación muscular través de distintos ejercicios de tensión/relajación, por ello es importante prestar atención a estas sensaciones (tensión/relajación) para tomar conciencia de nuestro cuerpo. Con el entrenamiento, la persona pondrá en marcha estas habilidades una vez haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.

Preparación

- Buscar un lugar tranquilo y libre de interrupciones.
- Llevar ropa cómoda que permita la movilidad.
- Reclinarse cómodamente sobre un sillón acolchado o similar y descruzar brazos y piernas.
- Si es necesario, apoyar la cabeza en un cojín de forma que se encuentre ligeramente levantada.
- Puede comenzarse la relajación realizando tres respiraciones profundas. Se aconseja ir avanzando progresivamente en la relajación, aplicándola cada vez en distintos grupos musculares y practicado unos 15 minutos diarios.
- Si aparecen calambres o molestias durante la práctica, generar menos tensión de su cuerpo.

Pasos generales:

Tensionar voluntariamente cada grupo muscular 3 o 4 segundos y relajarlo después varios segundos (20-30 segundos) siguiendo el siguiente orden. Prestar atención a las sensaciones de tensión y relajación que se generan relajación de cara, cuello y hombros:

- Frente: Arrugar, ejerciendo tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de las cejas.
- Ojos: Abrir y cerrar. Notar la tensión en los párpados y en el exterior de los ojos.
- Nariz: Arrugar, ejerciendo tensión en el puente y los orificios.
- Boca: Sonreír ampliamente (o abrir la boca lo máximo posible). Notar la tensión en los labios superior e inferior y en ambas mejillas. Después fruncir los labios.
- Lengua: Presionar la lengua contra el paladar
- Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes.
- Cuello y nuca: Hacer estiramientos del cuello hacia delante atrás y derecha-izquierda.
- Hombros: Elevar los hombros intentando tocarnos las orejas y después dejar caer.
- Relajación de brazos y manos: Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y mano
- Relajación rápida y completa: Consiste en tensar y relajar todos los músculos a la vez. Se puede hacer tumbado o de pie. Requiere una cierta experiencia, pero una vez adquirida se puede conseguir un correcto estado de relajación en tan sólo unos minutos.

Ejercicio de Respiración:

Técnicas respiratorias: Muy útiles en los procesos de ansiedad, hostilidad, resentimiento, tensión muscular, fatiga y cansancio crónico. (Henriquez, 2010) Citado por (Mejia, 2014).

Un control correcto de la respiración es una de las estrategias más sencillas y potentes para hacer frente a una respuesta de estrés. Uno de los síntomas del estrés es la hiperventilación: respiración rápida, acelerada y superficial que contribuye a aumentar los niveles de estrés.

Cabe decir que también el ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, no utilizando toda la capacidad pulmonar, lo que afectará a la circulación sanguínea, los músculos (que tendrán un aporte de oxígeno insuficiente) y otros órganos de nuestro cuerpo.

Generalmente al inspirar solemos concentrar el aire en la parte superior de los pulmones resultando una respiración insuficiente y consumiendo además más energía. Si respiramos con el diafragma (desplazando el abdomen hacia fuera y hacia dentro) se dejará más espacio a la caja torácica y a los pulmones para que se expandan, con lo que se consigue una respiración más completa y pausada. Así pues, la aplicación de dichas técnicas tendrá dos propósitos:

- Enseñar a respirar correctamente en nuestra vida cotidiana.
- Combatir la respiración insuficiente en los momentos de estrés.

Consejos prácticos:

- Inhale lentamente por la nariz.
- No coja demasiado aire.
- Mantenga unos tres segundos el aire en los pulmones.
- Expúlselo con lentitud sacando todo el aire por la boca.

- La respiración pausada y controlada puede realizarse de varias maneras, no se fuerce y encuentre la que le resulte más cómoda

Una prueba sencilla y rápida para saber si nuestra respiración es diafragmática, consiste en ponerse de pie y colocar una mano sobre el pecho y otra sobre el estómago. Durante un minuto, respire con normalidad. Observe sus manos, ¿cuál de ellas se mueve?

- Si es la mano que está sobre el estómago, está realizando una respiración diafragmática.
- Si es la mano que está sobre el pecho, la respiración es pectoral o superficial, que es menos eficaz y no contribuye a relajarnos.

La respiración es esencial para la vida, una respiración correcta es una técnica eficaz para afrontar el estrés. Ha de ser natural, completa, tal como lo hacen los bebés. Recuerde que una respiración correcta permite reducir la ansiedad, la tensión muscular y el cansancio.

IX. Conclusiones

- La caracterización sociodemográfica del departamento de Matagalpa respecto a la atención en salud, se puede afirmar una excelente distribución de los servicios de atención por lo que se refleja en la disminución del personal comparado con el año 2015 en la actualidad esto por la organización de los turnos y sectores.
- Las enfermedades mentales afectan el bienestar físico, mental y social de las personas y de su entorno, entre las más vistas encontramos mobbing y síndrome de burnout.
- Al concluir esta investigación predominaron las siguientes consecuencias psicológicas: depresión, ansiedad, estrés, infelicidad, vicios, problemas familiares, problemas de pareja, aislamiento social y problemas económicos de esta manera afecta la vida profesional, personal y social de las personas que padecen enfermedades mentales.
- Para la realización de este seminario de información se retomaron estrategias para enfermedades psicológicas en las cuales resaltaron estrategias motivacionales, físicas y estrategias de convivencia.

Bibliografía

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (07 de 04 de 2015). *aacap.org*. Obtenido de los adolescentes el alcohol y las drogas: [https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-el-Alcohol-y-Otras-Drogas-](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-el-Alcohol-y-Otras-Drogas-003.aspx#:~:text=El%20uso%20de%20las%20drogas%20y%20el%20alcohol%20est%C3%A1%20asociado,relaciones%20sexuales%20no%20planificadas%20y)

003.aspx#:~:text=El%20uso%20de%20las%20drogas%20y%20el%20alcohol%20est%C3%A1%20asociado,relaciones%20sexuales%20no%20planificadas%20y

aacid, Organización panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

. (2015). *Paho.nic*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2020, de Paho.nic: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=718-indicadores-basicos-de-salud-matagalpa-2015&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&Itemid=235

Apiquian, A. (2007). *El síndrome de Burnout en las empresas*. Yucatán: Universidad Anáhuac Mexico Norte. Recuperado el 29 de 08 de 2020, de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>

Asamblea Nacional de la Republica de Nicaragua. (1996). *Código del trabajo*. Managua.

Baute, Raul. (23 de 05 de 2016). *Estrategias de actividad física- recreativas para la practica de la actividad física*. Obtenido de Monografias.com: <http://www.monografias.com>

Bermejo, Jose Carlos. (14 de 7 de 2007). *Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia*. Obtenido de scielo,conicit: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art04.pdf>

Biblioteca nacional de medicina . (10 de octubre de 2019). *Enfermedades Mentales*. Obtenido de Mediplus: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>

biblioteca nacional de medicina de los EE.UU. (27 de 01 de 2020). *medlineplus.gov*. Obtenido de enfermedades cardiovasculares:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm#:~:text=La%20enfermedad%20cardiovascular%20es%20un,Esta%20acumulaci%C3%B3n%20se%20llama%20placa.>

bussinnes, Law. (13 de 28 de 2019). *BPL*. Obtenido de higiene y seguridad ocupacional en Nicaragua: <https://www.blplegal.com/es/Higiene-y-Seguridad-Ocupacional-en-Nicaragua>

calero, p. (12 de 02 de 2000). *ecured.cu*. Obtenido de conflicto de pareja: https://www.ecured.cu/Conflicto_de_parejas

Caro,Laura. (14 de 08 de 2017). *historia de la salud ocupacional desde la edad media*. Obtenido de lifeder.com: <https://www.lifeder.com/historia-salud-ocupacional/>

Carpio, R., Goicochea, S., Chavéz, J., & Santayana, N. y. (2018). Guía de practica clinica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgía aguda y subaguda en el seguro social de Perú. *EsSalud*, 353.

Carvajal, C. D., & Ñurinda, M. . (2016). SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR EL TIULO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. . *Gestión de Recursos Humanos: Ergonomía en el Puesto de Trabajo*. Managua, Nicaragua.

Castilla Del Pino, Carlos. (1980-1982). *Intrducion a la psiquiatría*. Madrid: Alianza Editorial S.A. Madrid, Calle Milán,38.

Castillero Mimenza Oscar. (17 de septiembre de 2013). *Enfermedades mentales*. Obtenido de Tipos de enfermedades mentales: <http://ww.psicologiymente.com>

Castillo, J. A. (2015). *Monografias.com*. Recuperado el 22 de 09 de 2020, de Monografias. com : <http://www.monografias.com/trabajos104/norma-ohsas-18001/normaohsas->

Clinic family Health Book . (13 de Septiembre de 2019). *Mayo Clinic*. Obtenido de Enfermedad Mental: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>

coll morales, francisco. (24 de 01 de 2018). *economipedia.com*. Obtenido de pobreza: <https://economipedia.com/definiciones/pobreza.html>

Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel . (s.f.). *enfermedad ocupacional y accidente de trabajo*. managua.

Dr. Romero, M. (2006). *Docencia*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2020, de Docencia: <https://www.um.es/docencia/agustinr/Tema6-0607a.pdf>

Dr: Jose Gasteasoro Dr: Leon Ezequiel Lopez Pereira Dr: Gilma Juarez Quintero. (2012). *modulo de enfermedades ocupacionales* . managua.

Dra. Hidalgo, A. (s.f.). *CIP*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2020, de CIP: <http://www.cip.org.ec/attachments/article/2720/3.%20EP%20+%20CASOS%20PRACTICOS%20EP.pdf>

Estrada, Ana. (22 de Abril de 2018). Síndrome de Burnout, causas y consecuencias. *Revista Moi*, 3. Obtenido de Revista Moi: <https://www.revistamoi.com/sube-godinez/sindrome-de-burnout-causas-y-consecuencias/>

Fernandez, L. A. (Enero de 2012). *Escuela de organizacion industrial/ Concepto de estrategia empresarial*. Recuperado el 18 de Marzo de 2020, de http://www.eoi.es/api_v1dev.php/fedora/asset

Fidalgo Vega, Manuel. (16 de junio de 2000). *Síndrome de estar quemado por el trabajo*. Obtenido de Ministerio del trabajo y asuntos sociales : https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768

Fidalgo Vega, Manuel. (2000). *Síndrome de estar quemado por el trabajo* . España.

Forbes, R. (2011). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de*. San Jose, Costa Rica: CEGESTI. Recuperado el 29 de 8 de 2020, de https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf

Gallego, S. (2012). *portal.INS*. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de portal.INS: http://portal.inscr.com/NR/rdonlyres/CA9CEF0F-A164-45A7-A441-79BFA5EF051C/5013/1007800_PrincipiosdeErgonomC3ADa_web.pdf

Gaviria Uribe, Alejandro. (2018). Manual de medidas basicas para el control de infeccion en IPS. 18.

Gil Monte, Pedro. (Julio de 25 de 2001). *Revista Psicologicacientifica*. Obtenido de El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindr_ome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_

Giménez, S. S. (2004). Cervicalgias, Tratamiento Integral . *Farmacia Preventiva*, 47.

Gomez, I. L. (s.f.). *Ergonomía* . España.

González, C. D., & Jiménez, N. D. (2017). FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS Y SINTOMATOLOGÍA MÚSCULO ESQUELÉTICA ASOCIADA EN TRABAJADORES DE UN CULTIVO DE FLORES DE LA SABANA DE BOGOTÁ: UNA MIRADA DESDE ENFERMERÍA. *FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS Y SINTOMATOLOGÍA MÚSCULO ESQUELÉTICA ASOCIADA EN TRABAJADORES DE UN CULTIVO DE FLORES DE LA SABANA DE BOGOTÁ: UNA MIRADA DESDE ENFERMERÍA*. Bogotá, Colombia.

Henriquez, H. (2010). Estrategias para el manejo de estrés. En H. Henriquez, *Estrategias para el manejo de estrés* (pág. 36). Carabobo.

Hidalgo Murillo, Luis Fernando. (10 de Marzo de 2015). *Medicina legal de Costa Rica*. Obtenido de Síndrome de Burnout: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

Hortal, A. R., Salido, O. M., Navarro, A. P., & Candelas, R. G. (2005). Epicondilitis. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 79-88.

IMF. (2020). *IMF Business School*. Recuperado el 15 de septiembre de 2020, de IMF Business School: <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/sin-categoria/ergonomia-fisica-condiciones-trabajo/>

José, G. (1980). *Psicología, los orígenes de una ciencia*. Barcelona, España: MMVIII EDITORIAL OCEANO Milanesat, 21-23.

La Gaceta No.133 . (13 de Julio de 2007). *Dyn*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2020, de Dyn: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2219/OSH%2520LAW.pdf>

López, C. S. (16 de Novirmbr. de 2016). *Fisterra*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de Fisterra: [https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cervicalgia-dorsalgia/#:~:text=La%20cervicalgia%20es%20el%20dolor,1%25%20de%20los%20casos\).](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cervicalgia-dorsalgia/#:~:text=La%20cervicalgia%20es%20el%20dolor,1%25%20de%20los%20casos).)

Mashida, S. (2013). *prevencion de estrés*. Recuperado el 26 de abril de 2020, de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_235393.pdf

Maslach, Christina. (2017). *Comprendiendo el Burnout*. Santiago, Chile.

Matehus, T. (2007). *Propuesta de Estrategias Didacticas*. Recuperado el 18 de marzo de 2020, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_823/a_11110/11110.pdf

medicinalaboraldevenezuela. (2009). *¿QUÉ HACER CON UNA ENFERMEDAD OCUPACIONAL?* Obtenido de Medicina Laboral de Venezuela C.A: https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/enfermedad_ocupacional.html

Mejía, H. (2014). Programa Preventivo para disminuir el Estrés laboral en el personal de Enfermería que labora en el Hospital Básico de San Gabriel del Cantón Montufar 2014. *Tesis de Grado previa la obtención del título de: LICENCIADA EN ENFERMERIA*. Tulcán, Ecuador: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES: "UNIANDES".

Ministerio de Salud. (2017). *Sectores de Matagalpa*. Matagalpa.

Montero Marin, Jesus. (09 de 10 de 2015). Obtenido de EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v29n1/v29n1a04.pdf>

Moreno, M., & Rodrigue, A. (2017). Trocanteritis. *Expert's Opinion*, 5.

National Institutes of Health. (2012). Síndrome del Túnel Carpiano. 1-2-3-6-7-8.

Noriega Mariano. (16 de septiembre de 2004). *Los trabajadores de la salud*. Obtenido de Vida, trabajo y trastornos mentales: <http://www.cadernos de saude publica.es>

Olivares, Victor. (8 de abril de 2007). *Scielo*. Obtenido de Comprendiendo el burnout: <https://www.scielo.org/psicologia/articulo/comprendiendo-el-burnout>

Olivares, Victor. (8 de Abril de 2007). *Scielo*. Obtenido de Comprendiendo el burnout: <https://www.scielo.conicit.cl>

OMS. (14 de Mayo de 2019). *Salud mental en el trabajo*. Obtenido de salud mental: http://www.mental_health/in_the_workplace/es/

Organización Mundial de la Salud. (30 de Mayo de 2019). *Salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado el 29 de 8 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

ortega, sara. (14 de 10 de 2015). <https://www.fundacioncadah.org/>. Obtenido de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/adolescentes-con-tdah-conflictos-familiares-.html>

Perez Martinez, Anabella. (4 de septiembre de 2010). *Vivatacademia*. Obtenido de EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL : <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>

Pérez, T., Nuñez, C., & Mollá, J. y. (2008). Lumbalgia. En T. Pérez, C. Nuñez, & J. y. Mollá, *Enfermedades reumáticas*. (pág. 403). Valencia .

perezporto, julian. (14 de 09 de 2011). *definicion.de*. Obtenido de definicion de aislamiento:

<https://definicion.de/aislamiento/#:~:text=Aislamiento%20es%20la%20acci%C3%B3n%20y,calor%2C%20el%20sonido%2C%20etc.>

perezporto, julian. (11 de 11 de 2016). *definicion.de*. Obtenido de definicion de ausentismo: <https://definicion.de/ausentismo-escolar/>

Pertusa, D. S. (28 de Febrero de 2010). *Enfermedades del ambiente laboral: mobbing y burn-out*. Recuperado el 29 de 8 de 2020, de Enciclopedia de la salud: <https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010022845464/salud-mental/otros/enfermedades-del-ambiente-laboral-mobbing-y-burn-out/>

pertusamartinez,salvador. (01 de 07 de 2010). *hola.com*. Obtenido de la infelicidad: <https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010070145497/mayores/generales/la-infelicidad/>

prezi. (27 de Noviembre de 2012). *Estrategias motivacionales*. Recuperado el 20 de marzo de 2020, de Prezi: <http://www.prezi.com/estrategias-motivacionales>

Rabines Juarez, A. O. (marzo de 2012). Recuperado el 29 de Agosto de 2020, de <https://pdfs.semanticscholar.org/e9e6/2e2894776ecc671684de83b4bec7198eb29d.pdf>

Rabines Juarez, Angel. (10 de enero de 2018). *Tesis UNMSM*. Obtenido de Factores de riesgo: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf

raffino, maria estela. (27 de 08 de 2020). *concepto.de*. Obtenido de problemas economicos: <https://concepto.de/problemas-economicos/#:~:text=Se%20entiende%20por%20problemas%20econ%C3%B3micos,las%20naciones%2C%20organizaciones%20y%20personas.>

Reyes, Norman. (2011). *Tesis monografica* . Leon .

salud bayer. (03 de 2020). *salud.bayer.es*. Obtenido de 5 sintomas para saber si tus defensas estan bajas : <https://salud.bayer.es/bayer-tecuida/index.php/sintomas-defensas->

bajas#: ~: text=Un%20sistema%20inmunol%C3%B3gico%20puede%20estar,cuerpo%20suele%20mostrar%20algunos%20indicios.

SaludLaboral.org. (12 de Enero de 2015). *Riesgos psicosociales Burnout o síndrome del quemado*. Recuperado el 12 de Octubre de 2020, de Fundación para la prevención de riesgos laborales: <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/4-riesgos-psicosociales/4-2-burnout-o-sindrome-del-quemado/>

secretaría de salud laboral. (2016). *Enfermedades profesionales*. Madrid.

Sociedad Española de Reumatología. (2015). Hombro doloroso. *Enfermedades*, 2--3-4.

Tallarda, Laura Andrés . (02 de Junio de 2020). *Lavanguardia*. Obtenido de cómo afecta el coronavirus a la salud mental: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200602/481435303101/como-afecta-coronavirus-salud-mental.html>

Valencia, Marcelo . (16 de Abril de 2007). *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. . Obtenido de Trastornos mentales y problemas de salud mental: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

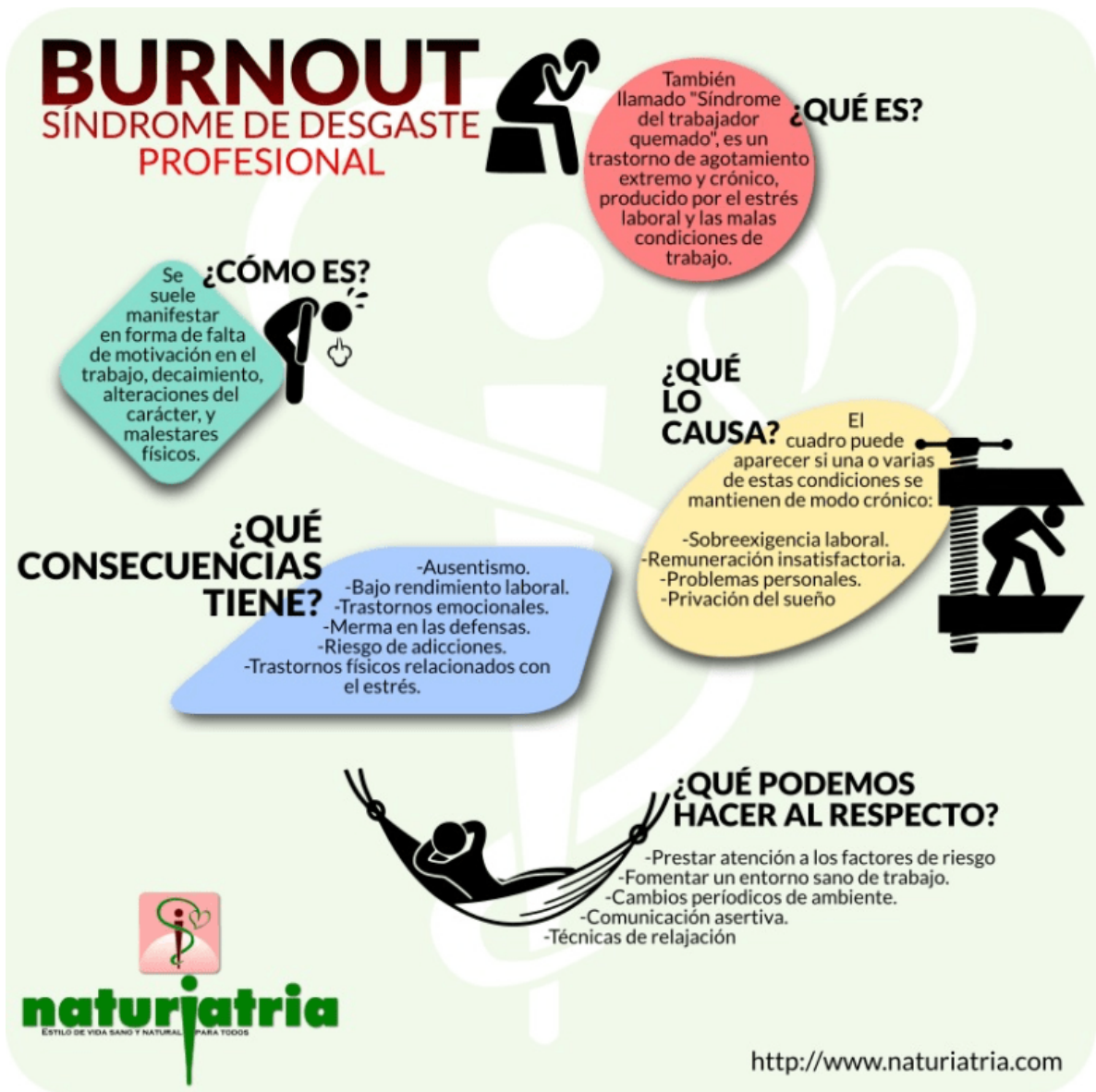
Velázquez, M. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. Bilbao: LA LEY. Recuperado el 29 de 8 de 2020, de https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/libro/medicina_201320/es_saludmen/adjuntos/salud_mental_trabajadores.pdf

WageIndicator Foundation. (2020). *Tu salario.org Nicaragua*. Obtenido de Salud y Seguridad: <https://tusalario.org/nicaragua/derecho-laboral/salud-y-seguridad>

Wolfgang, L., & Vedder, J. (s.f.). Ergonomía . En *Enciclopedia de Salud y Seguridad del trabajo*. (págs. 30-31-32). España.

ANEXOS

Anexo 1. Síndrome de Burnout



Anexo 2. SQT en las áreas de salud



Anexo 3. Epicrisis



De los Pipitos 1/2 c. al Norte - Bolonia - Managua - Nicaragua
Tel: 266-3946 / 268-0431 / 266-3643 - Fax: 268-5210
Email: medlab@medlab.com.ni

Handwritten notes:
Lopez
Leon

Fecha del examen: 23/06/2010 14:29
Paciente: **BRIONES CRUZ / JOSE SALVADOR** (NSS: (Asegurado))
Sexo: **Masculino** Nacido el: **27/11/1969 (Edad : 40 años)**
Recetada por: **HIDROGESA PLANTA CARLOS FONSECA** ID protocolo : **76843** (Finalizado)
Nota :

EPICRISIS

Paciente masculino, quien labora como operador auxiliar de controles hidro, desde hace 20 años, con exposición a factores de riesgos y exigencias laborales tales como: condiciones de Seguridad (Máquinas, Herramientas, etc.), calor, ruido, hidrocarburos, trabajo de pie, movimientos repetitivos de miembros superiores, de manera habitual y constante.

Niega antecedentes de: Explosiones, Infecciones Óticas, Uso de Medicamentos Ototóxicos, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Parotiditis y Sordera Familiar.

Otoscopia: Ambos Oídos: Conductos auditivos permeables y Membranas Timpánicas indemnes;

Se le realizó: Audiometría Tonal Via Aérea: Hipoacusia bilateral con afectación en la frecuencia 6000 hertz

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1- Hipoacusia bilateral de posible causa laboral.

INDICACIONES:

- 1- Audiometria de control en seis meses.*
- 2- Interconsulta con Otorrinolaringología.*
- 3- Realizar Audiometria tonal, aérea y ósea más timpanometría, para precisar diagnóstico.*
- 4- Uso estricto de los Medios de Protección Auditivos.*
- 5- No ingesta de Medicamentos Ototóxicos.*

Handwritten signature:
Dr. Alma Regina Sequeira E.
Diplomado en Medicina Laboral
Codigo 8936

DRA ALMA REGINA SEQUEIRA
Diplomado en Medicina Laboral
Código MINSa: 8936

----- FIN DEL PROTOCOLO -----

Handwritten signature:
EZEQUIEL

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

Anexo 4. Evaluación audiológica



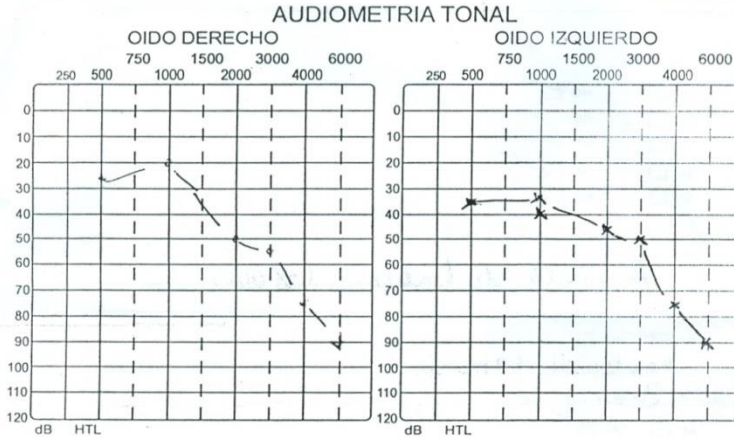
Residencial Bolonia, Los Pipitos 1/2 c. al norte
 Tel.: 2266-3946 / 2266-3643 • Fax 2268-5210
 E-mail: medlab@cabinet.com.ni • Managua, Nicaragua

EVALUACION AUDIOLÓGICA

Nombre: Domínguez Vega Habueros Edad: 53 Exp. No. _____
 Fecha de Nac.: 04/08/57
 No. de Cédula: 449-040857-0001 L Teléfono: _____
 Ocupación: Responsable de bodega Empresa: Planta Culo Fonseca.
 Fecha: 6/6/11 Remitido por: _____

OTOSCOPIA	
O.D.	<u>Normal</u>
O.I.	<u>Normal</u>

WEBER					
	250	500	1000	2000	4000
O.D.					
O.I.					



PROMEDIOS TONALES

P.T.A.	
O.D.	
O.I.	

CONVENCIONES

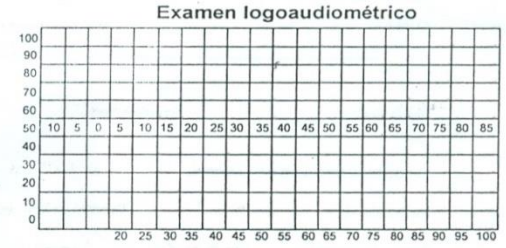
	O.D.	O.I.
V.A.	○	×
MSK	△	□
V.O.	▽	◇
MSK		
NRE	∠	∠

NIVEL DE ENMASCARAMIENTO EFECTIVO

	RUIDO	250	500	1000	2000	4000	8000
V.A. O.D.							
V.A. O.I.							
V.O. O.D.							
V.O. O.I.							

LOGOaudiometria

	O.D.	O.I.
SAT: UMBRAL DE CONCIENCIA DEL HABLA		
SRT: UMBRAL DE RECEPCION DEL HABLA		
SD: DISCRIMINACION DEL HABLA		




DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO: Hiperausia neurosensorial bilateral
Temp normal.

RECOMENDACIONES: Valorar por otoneurología

Jorge A. Rodríguez Incer
 OTORRINO LARINGÓLOGO
 MEDICINA DEL TRABAJO
 COD. MINSA 9557

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

Anexo 5. Carta de solicitud de estudio y registro de enfermedad profesional


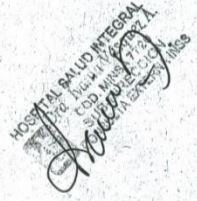


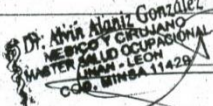
**HOSPITAL
SALUD INTEGRAL**
LIDER EN TECNOLOGIA MEDICA

Montoya 1 c. al lago, 1c. abajo ½ c. al lago.
Teléfono: 2251-2030 • Fax: 2268-0271
Managua, Nicaragua

EPICRISIS

Nombres y Apellidos: Domingo de Guzmán Vega M. Edad 57a
 No. de Expediente: RP-0580372-5
 Fecha: 22/03/12

FECHA DE INGRESO	
DIAGNÓSTICO EGRESOS	1) Px que es laborado por Otorino- 2) laringología y Medicina Laboral. 3) con diagnósticos de Hipoacusia
Resultados de Exámenes Que Fundamentaron El Diagnóstico	1) Neurossensorial Bilateral. Audiometría reporta Hipoacusia 2) Neurossensorial Bilateral.
Tratamiento	3) Px con dificultad para conver- saciones en voz baja
Padecimientos que se Descartaron Consideraciones  Recomendaciones	Considerando los factores clínicos, de laboratorio, médico legal, valoración especializada e higie- nico epidemiológica Ocupacio- nal, se aborda el caso de una causa conclusiva con causa de causa Ocupacional.
Medicamentos Inmunizaciones	
Alimentación  Recomendaciones	Hipocausia Neurossensorial Bilateral de origen Ocupacional
Control Sub-Siguiente A:	


 Nombre y código del Médico
 MD- 1912-02

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

Anexo 6. Epicrisis



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

CARTA DE SOLICITUD DE ESTUDIO Y REGISTRO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Estelí, 8 de abril del 2011.

Doctor Roberto Incer
Médico del Trabajo
IPSS Salud Integral
Su despacho.-

Estimado Dr. Roberto Incer

Por este medio solicito a usted sus buenos oficios a fin de que inicie el estudio por sospecha de enfermedad laboral, en el caso del @ Sr@: Juan Antonio Rivas Gue con Número de Seguro Social 207470-7 y de quien su especialista tratante emite diagnóstico de Hipocausia bilateral.

Por tanto le solicitamos que concluido el caso nos remita Epicrisis completa que exprese los resultados de laboratorio e investigación ocupacional, que sustenten la conclusión diagnóstica y su origen.

En vista de que el formato NEL, que anteriormente se utilizaba no es obligatorio según la Ley de Seguridad Social y su Reglamento, también pedimos que se adjunte a su epicrisis, la presente carta de solicitud, ya que ambos documentos servirán para que el asegurado declare ante la Delegación INSS correspondiente y se ingrese el evento en el registro computarizado de nuestra Institución.

Sin más a que agregar me suscribo de usted muy cordialmente.

Atentamente,

Dr@. [Signature]
Médico Evaluador CMI (Departamento)

O,

Lic. _____
Trabajadora Social

Area de Atención al Derechohabiente de Riesgos Profesionales
INSS central.

Cc. Archivo del Médico Evaluador CMI o,
Expediente asegurado Área de Atención al Derechohabiente de RP. Planta Baja INSS Central



INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

FRENTE AL CEMENTERIO SAN PEDRO. APDO. POSTAL 1649 - PBX: 222-6300/01
PAGINA WEB: www.inss.gob.ni

(Dr. Lopez Pereira, Leon Ezequiel)

GLOSARIO

A

Abulia: Es la falta de voluntad a la disminución notable de su energía

Agorafobia: Este trastorno consiste en un miedo y una ansiedad intensos de estar en lugares de donde es difícil escapar o de disponer ayuda

Ambigüedad: comportamiento hecho palabra, o expresión que pide entenderse o interpretarse de diferentes maneras

Apatía: Estado de desinterés y falta de motivación o entusiasmo en que se encuentra una persona y que comporta indiferencia ante cualquier estímulo extremo

Aquejada: pena o angustia en una persona

Atracción: Acción que se realiza con exceso

B

Betún: sustancia de origen natural compuesto principalmente de hidrogeno y carbono

Bulimia: Es un trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimentos.

Burnout: consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por el cansancio psíquico o estrés que surge de la relación con otras personas en un difícil ambiente laboral

C

Cariz: Aspecto que presenta una cosa o un asunto

Ciclotímico: Es un trastorno mental, una forma leve del trastorno bipolar, en la cual una persona tiene oscilaciones del estado de ánimo durante un periodo de años que van desde depresión leve hasta euforia emocional

Cleptomanía: Es la incapacidad recurrente para resistir en impulso de robar objetivos que por lo general no necesita y suelen tener poco valor

D

Dialectico: conjunto de razonamiento y argumentaciones de un discurso o una discusión y modo de ordenarlo.

Disociativas: Es una palabra que se utiliza para describir la conexión entres cosas generalmente asociadas entre sí

Distimia: Trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión mayor, menos severa pero más crónica

Dismorfia: Es un trastorno de salud mental en el que no se puede dejar de pensar en uno o más defectos percibidos o defectos en la apariencia

E

Enuresis: Micción involuntaria que ocurre por las noches mientras se duerme, después de la edad en la que un niño debería de ser capaz de controlar la vejiga

Encopresis: incontinencia fetal o evacuación involuntaria de los intestinos es el paso repetido de heces hacia la ropa

Espectro: Persona en grado extremo de delgadez o decadencia física

Escapista: Que alude responsabilidades y que tiende a evadirse de los problemas de la realidad

F

Fluctuación: variación de la intensidad lo medida de una cosa

Feedback: realimentación o retroalimentación

H

Histeria: Estado de intensa y excitación nerviosa, provocado por una circunstancia o una situación anómala, en el que se produce reacciones exageradas y que hace que la persona que lo padece muestre sus actitudes afectivas llorando o gritando

Hipersomnia: Es un trastorno del ciclo del sueño-vigilia normal que suelen coincidir con el de luz- oscuridad y en el que se produce una excesiva necesidad de dormir durante el día sin causa aparente o en el que el sueño nocturno se alarga excesivamente

Histriónico: patrón general de exceso e inestable emotividad, necesidad de ser en centro de atención

Homogéneo: Que está firmado por elementos con características comunes referidas a su casa o naturaleza, por lo que permite establecer entre ellos una relación de semejanza y uniformidad

I

Intrapsíquico: Proceso que ocurre en la psique. Generalmente se refiere al conflicto surgido entre dos tendencias opuestas dentro de uno mismo

Índole: Es la condición o naturaleza de las cosas, se utiliza para nombrar a la inclinación natural propia de cada ser humano

Inoculación: Operación de inocular o transmitir a una persona los gérmenes de una enfermedad

Intrínseca: Que es propio o característico de la cosa que se expresa por si misma y no depende de las circunstancias

J

Jaquecas: dolor fuerte de cabeza que afecta, generalmente a un lado o una parte de ella y a menudo va acompañarlo de náuseas y vómitos

M

Monótona: Que es siempre igual y por esta razón produce aburrimiento o cansancio

N

Neurocognitivos: alteraciones en las capacidades cognitivas, como la memoria, la resolución de problemas y la percepción.

O

Oblicuo: que está en una posición media entre la vertical y la horizontal.

P

Psíquico: se designa aquello perteneciente o relativo a la mente y las funciones psicológicas.

Preponderancia: Influjo, dominio o superioridad de una cosa sobre otra.

R

Ría: es un accidente geomorfológico que designa una de las formas que puede tomar el valle fluvial en torno a la desembocadura de un río, cuando un valle costero queda sumergido bajo el mar por la elevación del nivel de agua.

Res cogitans: sustancia mental es, junto con la *res extensa*, una de las dos sustancias que, conforme al dualismo cartesiano, el cual, sin embargo, es causa de sí mismo. A esta sustancia se le ha llegado a identificar con el alma, la mente o la conciencia de los sujetos pensantes.

S

Somático: se utiliza para nombrar, en un ser animado, a aquello que es corpóreo o material. En la biología y la medicina, un síntoma somático es aquel cuya naturaleza es eminentemente de este tipo, a diferencia de los síntomas psíquicos.

T

TOC: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad, caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación, y conductas repetitivas denominadas compulsiones, dirigidas a reducir la ansiedad asociada.

Tipología: es la ciencia que estudia los tipos o clases, la diferencia intuitiva y conceptual de las formas de modelo o de las formas básicas.

Taxonomía: es la ciencia que estudia los principios, métodos y fines de la clasificación. Este término se utiliza especialmente en biología para referirse a una clasificación ordenada y jerarquizada de los seres vivos y en educación para ordenar y diseñar los objetivos del aprendizaje.

U

Unánime: que tiene la misma opinión o el mismo sentimiento sobre algo.

V

Vulnerable: se utiliza como adjetivo para hacer referencia a una persona o cosa que puede ser dañado o recibir lesiones, bien sea físicas o morales.

Vértigo: puede estar asociado con trastornos del oído interno; del nervio vestibular, el tronco cerebral; o de la corteza cerebral.