

Universidad Inca Garcilaso De La Vega

Facultad de Tecnología Médica

Carrera de Terapia Física y Rehabilitación



SÍNDROME DE BURNOUT: ENFOQUE FISIOTERAPÉUTICO

Trabajo de suficiencia Profesional

Para optar por el Título Profesional

ESTRADA AYALA, Kery Cristian

Asesor:

Mg. ARAKAKI VILLAVICENCIO, Jose Miguel Akira

Lima – Perú

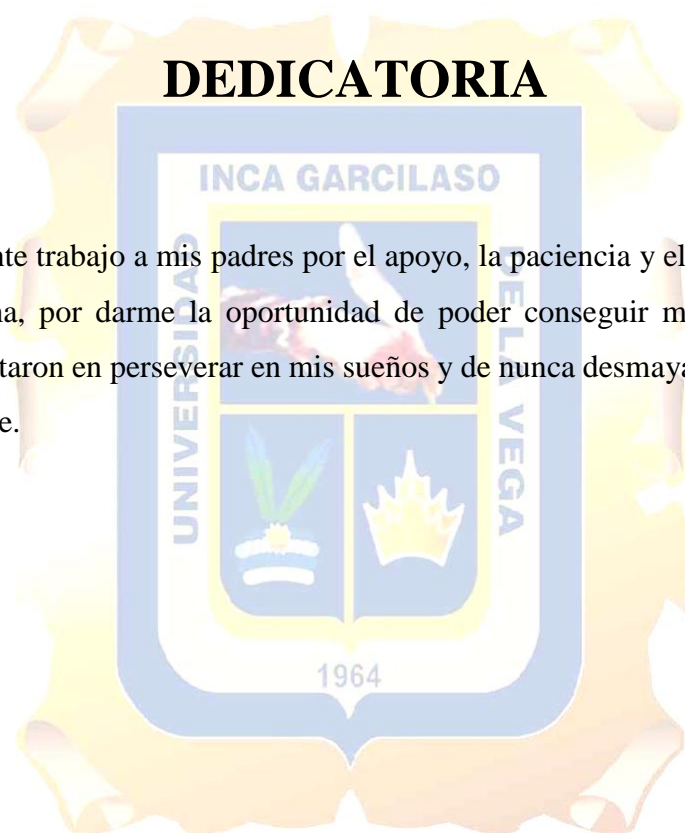
Noviembre – 2018

The logo of the Universidad Inca Garcilaso de la Vega is centered in the background. It features a shield with a blue border and a yellow background. At the top of the shield, the text "INCA GARCILASO" is written in blue. Below this, there is a central emblem depicting a hand holding a quill pen. The shield is divided into four quadrants: the top-left contains a green plant, the top-right contains a yellow crown, the bottom-left contains a white book, and the bottom-right contains a yellow crown. The text "UNIVERSIDAD" is written vertically on the left side and "DE LA VEGA" on the right side. At the bottom of the shield, the year "1964" is displayed. The entire logo is set against a yellow, parchment-like background with decorative corners.

**SÍNDROME DE BURNOUT:
ENFOQUE FISIOTERAPÉUTICO**

DEDICATORIA

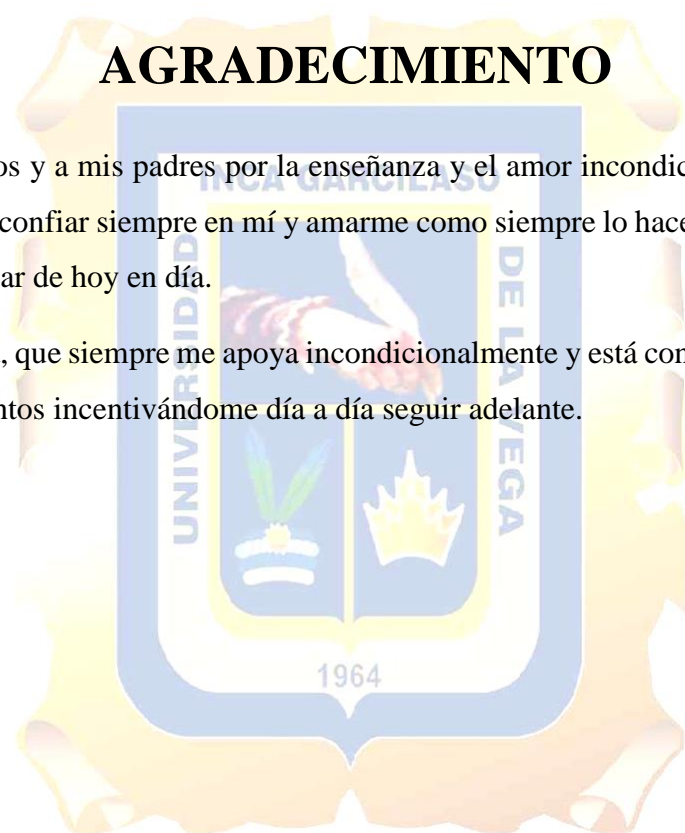
Dedico el presente trabajo a mis padres por el apoyo, la paciencia y el sacrificio de ellos hacia mi persona, por darme la oportunidad de poder conseguir mis sueños quienes siempre me alentaron en perseverar en mis sueños y de nunca desmayar, sino, luchar por lo que uno quiere.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres por la enseñanza y el amor incondicional que siempre me brindan, por confiar siempre en mí y amarme como siempre lo hacen, ya que sin ellos no estaría en lugar de hoy en día.

A mi enamorada, que siempre me apoya incondicionalmente y está conmigo en los malos y buenos momentos incentivándome día a día seguir adelante.



RESUMEN

El síndrome de Burnout hace referencia al nivel de estrés laboral que ocurre en profesionales afectándolos física y emocionalmente se precisa mantener una relación de ayuda constante y directa con otras personas. El objetivo de este trabajo de investigación es fomentar y dar a conocer los distintos tratamientos multidisciplinarios, que va ayudar al individuo sobrellevar sus dolores, trabajando así a nivel psiquiátrico, medicamentoso, fisioterapéutico, psicológico, nutricional, entre otros para ayudar a la disminución de las sintomatologías presentadas. Se realizó un protocolo de tratamiento basado en una evidencia de ejercicios aeróbicos para evaluar el ejercicio como estrategia de intervención para reducir el grado de Burnout en médicos residentes en un periodo de ocho semanas, teniendo resultados favorables, esta evidencia es la única encontrada con respecto a un tratamiento fisioterapéutico; por lo tanto se puede decir que es el primer estudio en realizarse en la carrera de Terapia física y Rehabilitación en el Perú.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, estrés laboral, dolor, relación interpersonal, tratamiento multidisciplinario

ABSTRACT

Burnout syndrome refers to the level of work stress that occurs in professionals affecting them physically and emotionally, it is necessary to maintain a constant and direct relationship of help with other people. The objective of this research is to promote and publicize the different multidisciplinary treatments, which will help the individual cope with their pain, working at the psychiatric, medicinal, physiotherapeutic, psychological, nutritional, among others to help reduce the pain. presented symptomatology. A treatment protocol was carried out based on evidence of aerobic exercises to evaluate the exercise as an intervention strategy to reduce the degree of Burnout in resident physicians in a period of eight weeks, having favorable results, this evidence is the only one found with respect to a physiotherapeutic treatment; therefore it can be said that it is the first study to be carried out in the career of Physical Therapy and Rehabilitation in Peru.

Keywords: Burnout syndrome, work stress, pain, interpersonal relationship, multidisciplinary treatment.

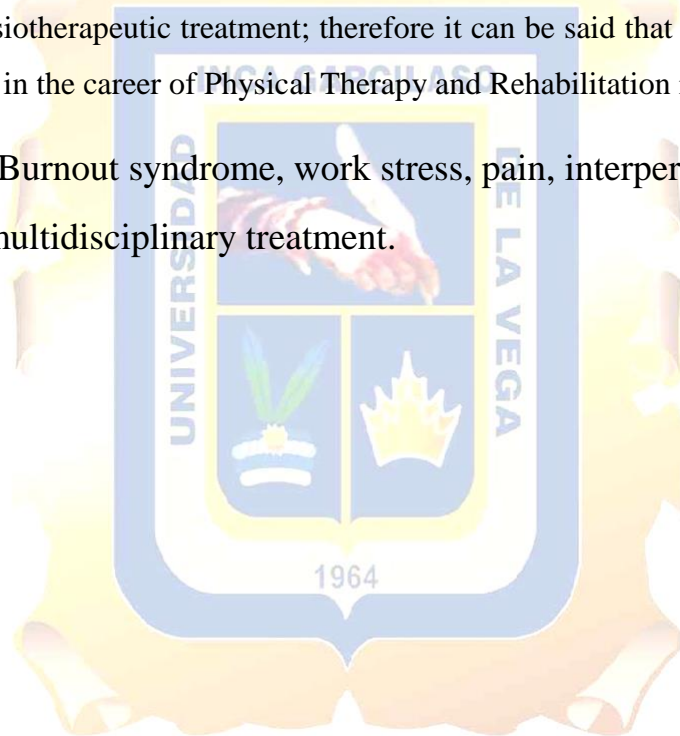


TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: DEFINICION.....	11
1.1. JUSTIFICACION.....	12
1.2. OBJETIVOS	13
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES	13
CAPÍTULO III: CARACTERISTICAS.....	15
3.1. SINTOMATOLOGIA.....	16
CAPÍTULO IV: MANIFESTACIONES.....	17
4.1. FISICOS	17
4.1.1. RENDIMIENTO Y ESTRÉS.....	19
4.1.2. LA NECESIDAD DE RECUPERACIÓN.....	19
4.1.3. EL ESTRÉS DE UN HOMBRE.....	20
4.1.4. ANTICIPACIÓN	21
4.2. AFECTIVOS.....	21
4.3. COGNITIVOS	22
4.4. COMPORTAMIENTOS.....	22
4.5. MOTIVACIONALES	23
CAPÍTULO V: TIPOS Y NIVELES	23
5.1. ESTRÉS AGUDO.....	23
5.2. ESTRÉS AGUDO EPISÓDICO	23
5.3. ESTRÉS CRÓNICO.....	23
5.4. ESTRÉS CRÓNICO, SISTEMA INMUNE Y SALUD.....	23
CAPÍTULO VI: MODELOS DEL PROCESO DE BURNOUT (CICLO DE BURNOUT).....	24
6.1. SEGÚN FREUDENBERGER Y NORTH (2006).....	24
6.1.1. UNA COMPULSIÓN DE PROBARSE A UNO MISMO:	24
6.1.2. TRABAJAR MÁS DURO:	24
6.1.3. ABANDONAR SUS NECESIDADES:	24
6.1.4. DESPLAZAMIENTO DE CONFLICTOS:.....	24
6.1.5. REVISIÓN DE VALORES:.....	25
6.1.6. NEGACIÓN DE PROBLEMAS EMERGENTES:	25
6.1.7. RETIRADA:.....	25
6.1.8. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO OBVIOS:.....	25
6.1.9. DESPERSONALIZACIÓN:	25

6.1.10.	VACÍO INTERIOR:	25
6.1.11.	DEPRESIÓN:	25
6.1.12.	SÍNDROME DE BURNOUT:	25
6.2.	SEGÚN GORKIN (2004)	26
6.2.1.	AGOTAMIENTO FÍSICO, MENTAL Y EMOCIONAL:	26
6.2.2.	VERGÜENZA Y DUDA:	26
6.2.3.	CINISMO E INSENSIBILIDAD:	26
6.2.4.	FRACASO, IMPOTENCIA Y CRISIS:	26
6.3.	SEGÚN GIRDIN (1996)	26
6.3.1.	LA ACTIVACIÓN DEL ESTRÉS:	26
6.3.2.	CONSERVACIÓN DE ENERGÍA:	27
6.3.3.	AGOTAMIENTO:.....	27
6.4.	SEGÚN MILLER Y SMITH (1993)	27
6.4.1.	LA LUNA DE MIEL.....	27
6.4.2.	EL DESPERTAR.....	27
6.4.3.	LA FATIGA CRÓNICA Y LA IRRITABILIDAD DE BROWNOUT SON PROMINENTES. .	27
6.4.4.	BURNOUT A ESCALA COMPLETA	28
6.4.5.	EL FENÓMENO FÉNIX.....	28
CAPÍTULO VII: EVALUACIÓN		29
7.1.	CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY	29
7.1.1.	TEST PARA MEDIR LAS ÁREAS DE IMPACTO DEL SÍNDROME BURNOUT.....	30
7.2.	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	31
7.3.	EVALUACION MÉDICA.....	32
7.3.1.	EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO 33	
7.4.	EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	35
7.4.1.	ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).....	36
7.4.2.	ESCALA NUMÉRICA VERBAL (ENV).....	36
7.4.3.	ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL (EDV).....	37
7.4.4.	TERMÓMETRO DE DOLOR DE IOWA (IPT)	37
7.4.5.	ESCALA CONDUCTUAL BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS).....	37
7.4.6.	ESCALA EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)	38
7.4.7.	ESCALA DE CAMPBELL - BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT SCALE	39
7.4.8.	ESCALA SOBRE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR (ESCID). .. ¡Error! Marcador no definido.	
CAPÍTULO VIII: TRATAMIENTO.....		41

8.1.	TRATAMIENTO MULTIDICIPLINARIO.....	41
8.1.1.	A NIVEL DE NUTRICION:.....	41
8.1.2.	A NIVEL PSIQUIAQUIATRICO:.....	42
8.1.3.	A NIVEL DE TRABAJO SOCIAL:	43
8.2.	TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO	44
8.3.	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	45
8.3.1.	TRATAMIENTO DEL ESTRÉS CON LO SIMPLE Y NATURAL	46
CAPÍTULO IX: PROTOCOLO / PROGRAMA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO		48
9.1.	EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA TERAPIA FÍSICA EN EL SINDROME DE BURNOUT	48
CAPÍTULO X: PROTOCOLO / PROGRAMA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO		49
10.1.	TRATAMIENTO A CORTO PLAZO	49
10.2.	TRATAMIENTO A MEDIANO PLAZO	50
Objetivos:		50
10.3.	TRATAMIENTO A LARGO PLAZO	50
10.4.	PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA EL SINDROME DE BURNOUT	51
10.4.1.	OBJETIVO GENERAL:.....	51
10.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
10.4.3.	EVALUACIÓN.....	52
10.4.4.	MASAJES.....	53
10.4.5.	EJERCICIOS INDUCCION MIOFACIALES	53
10.4.6.	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS	54
10.4.7.	EJERCICIOS AERÓBICOS	55
10.4.8.	EJERCICIOS RESPIRATORIOS.....	58
CONCLUSIONES		62
BIBLIOGRAFÍA		63
ANEXO 1: EVALUACIÓN		67
ANEXO 2: TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO		74

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SBO) como problema de salud, es un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en sus demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre-exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectan negativamente el rendimiento y calidad del servicio. El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran básicamente en un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. Hay muchos factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo y no hay acuerdo unánime para la etiología de este síndrome. Se ha determinado que alguna de las características de la personalidad, pueden llevar más fácilmente a una persona a desarrollar este síndrome.

En los últimos tiempos las personas que laboran en organizaciones atraviesan una sobrecarga de responsabilidades, presión laboral y monotonía que repercute en su salud, contexto social, actividades laborales y grado de satisfacción con su empleo, en general afecta su calidad de vida; así como también se han producido profundos cambios en muchos del puesto de trabajo. Los presupuestos han sido recortados, los trabajadores han sido reducidos y, a menudo, menos empleados han dejado de realizar la misma cantidad de trabajo.

Como resultado, los trabajadores están más acosados que nunca, aún intentar controlar o limitar el volumen de trabajo asignado es a menudo inútil. En el peor de los casos, decir que no es visto por la organización como inaceptable, y un paso hacia el despido. Dado este ritmo exigente, el tiempo fuera del trabajo debería ser el período durante el cual un empleado puede relajarse y recuperarse de las tensiones del día.

CAPÍTULO I: DEFINICIÓN

El Síndrome de Burnout (SBO) también llamado Síndrome de Desgaste Profesional o del Quemado presenta diferentes definiciones a lo largo del tiempo siendo una de las más aceptadas la que la denomina como el cansancio emocional que conlleva a una falta de motivación y va aumentando hasta llevar al sujeto a tener sentimientos de inadecuación y fracaso. Los factores sociales en general y los factores socioeconómicos en particular son importantes en el contexto de la salud mental como la salud mundial Organización (OMS) documentada en aspectos de salud mental en 2004, la evidencia más clara se asocia con indicadores de pobreza, incluidos niveles bajos de educación, y en algunos estudios con viviendas deficientes e ingresos insuficientes. Los ingresos pueden ser generados por el trabajo, que tiene un demostrable efecto sobre la salud. El agotamiento a menudo se ha documentado en el contexto del trabajo y grupos de ocupación específicos, y a menudo se ha asociado con estrés y/o estrés crónico. Al mismo tiempo, el agotamiento ha sido analizado en relación con socios, agotamiento de los padres y situaciones en el que los pacientes con demencia, por ejemplo, requieren atención y apoyo. La sintomatología del agotamiento que surge es extraordinariamente diverso el agotamiento se puede describir como una condición basada en el agotamiento prolongado de las energías de un individuo, caracterizadas por el agotamiento emocional, logros personales reducidos y sentimientos de insuficiencia y despersonalización. El agotamiento presenta ciertas facetas y otras características que están relacionadas con el individuo, siempre contexto y/o relacionados con la organización y en condiciones de vida. Puede ser lo personal respuesta, con elementos centrales emocionales, de un individuo al estrés persistente, mostrando síntomas psíquicos y somáticos, aunque las causas inmediatas pueden no estar claras.

Por otro lado, el agotamiento ha sido un diagnóstico legítimo desde 1997. Muchas las preguntas permanecen, como: ¿El agotamiento un proceso en el que el síndrome de agotamiento podría formar un bloque de construcción de la depresión?; a partir del estrés crónico, el agotamiento podría así desarrollarse en síntomas depresivos y / o una depresión clínica y / o una depresión autoinformada con muchos síntomas. Alternativamente, puede ser simplemente un trastorno de ajuste individual. Al inicio de la condición, las personas con agotamiento a menudo se distinguen por una alta motivación, alto compromiso, y destacada performance y ambición; otros síntomas

potenciales incluyen cansancio, trastornos del sueño, irritabilidad, cinismo y falta de concentración. Características individuales, tales como la edad, el género, el sector, la ocupación, la situación laboral, y el medio ambiente y los factores sociales interactúan con el estrés y / o afrontan el estrés en el trabajo. La publicación actual por Houkes que, si bien el agotamiento afecta a ambos sexos, es más probable que se desencadene por la despersonalización en los hombres y por el agotamiento emocional en mujer. Otros encontraron de nuevo que los hombres sufrieron más agotamiento emocional.

El agotamiento no fue visto como el producto de una crisis ocasional en el lugar de trabajo, sino como la respuesta al estrés diario y crónico y al ataque sin fin de emociones tensión que agobiaba a los individuos. Este desgaste de los individuos y el resultado emocional. El agotamiento es la primera dimensión del síndrome y es clave para entendiéndolo Como lo describen Maslach y Jackson, el agotamiento es un síndrome de agotamiento emocional eso ocurre frecuentemente entre individuos que hacen "trabajo de personas" de algún tipo como sus recursos emocionales se agotan, los trabajadores sienten que ya no pueden dar de sí mismos a nivel psicológico. El agotamiento emocional suele ir acompañado de un cansancio general, la incapacidad para dormir adecuadamente por la noche, letargo físico y una gran cantidad de síntomas fisiológicos incluyendo problemas estomacales, problemas digestivos, fatiga muscular, y dolores de cabeza.

1.1.JUSTIFICACION

El reconocimiento del síndrome de Burnout ha aumentado durante los últimos años, encontrándose múltiples estudios en el que se analiza las causas, siendo la de mayor relevancia relacionada con el trabajo.

Estaría justificado llevar a cabo este estudio de investigación para determinar, la prevalencia, las características y el tratamiento multidisciplinario, sobretodo, enfatizar el tratamiento fisioterapéutico del síndrome de burnout en los pacientes que lo padecen.

Se considera a este estudio como el primero de un enfoque terapéutico en el país, esperando dar a conocer una nueva forma de tratamiento, mediante programas de terapia física dando a conocer la atención y prevención de este trastorno entre los pacientes.

1.2.OBJETIVOS

Prevenir e identificar el síndrome de burnout, junto con su sintomatología y los factores que le conlleva a producirlo para tener conocimiento en que momento debemos actuar y evitar llegar al momento más crítico de nuestra salud.

Dar a conocer el adecuado tratamiento fisioterapéutico ejerciéndolo de la mano con las otras disciplinas como la psicología, trabajo social, terapia alternativa, nutricionista, etc.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

El síndrome de burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de

vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. El presidente del Instituto Americano de Estrés (AIS), Paul J. Rosch, dice que el estrés crónico en el lugar de trabajo a menudo conduce a significativos problemas de salud como presión arterial alta, problemas cardiovasculares enfermedades, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares y puede agravar muchas ya condiciones existentes. El estrés y el agotamiento también aumentan la probabilidad de accidentes en el lugar de trabajo mayor el agotamiento se ha relacionado con el riesgo de desarrollar problemas de espalda y otros trastornos musculoesqueléticos en la parte superior del cuerpo. Se sabe que tiene una conexión con la diabetes, la supresión de la inmunidad sistema, la pérdida de memoria y la reducción de las neuronas en el cerebro. Los investigadores han encontrado, además, una correlación entre el trabajo estrés y agotamiento y diversos índices autoinformados de angustia personal, incluyendo el agotamiento físico, el insomnio, el aumento del consumo de alcohol y drogas, y problemas maritales y familiares.

En 2005, se informó en la prensa que uno de cada cinco trabajadores en Escocia pensó que sus trabajos eran "altamente estresantes". Varios años más tarde, en 2011, el Ejecutivo de Salud y Seguridad del Reino Unido (un organismo independiente que realiza investigaciones y mantiene un ojo en el trabajo relacionado problemas de salud, seguridad y enfermedad) estimaron que el estrés era responsable de 10.8 millones de días de trabajo perdidos ese año.

En los Estados Unidos, en 2009, una encuesta realizada por el estadounidense La Asociación Psicológica encontró que el 69 por ciento de todos los empleados se sentía que su trabajo era una fuente importante de estrés. El cuarenta y uno por ciento sentían; destacó durante una jornada laboral típica y más de la mitad de los encuestados. Pensaba que el estrés tenía un impacto negativo en su productividad en el trabajo. Ese mismo año, el Instituto Nacional de Seguridad y salud ocupacional (NIOSH) informó que el 26 por ciento de los trabajadores están "a menudo o muy a menudo quemados o estresados por su trabajo" y el 29 por ciento dijo sentirse "bastante o extremadamente estresado en el trabajo". También se ha estimado que más de El 75 por ciento de todas las visitas a los médicos están relacionadas con el estrés. Los costos se incurren como resultado de la reducción de la productividad y los ingresos, disminuyó satisfacción laboral, aumento del ausentismo y baja laboral, cambio de personal, baja moral, y la necesidad de trabajadores de reemplazo, junto con compensaciones, litigios y reclamaciones por invalidez.

Así, según los pocos estudios peruanos (tesis y artículos originales) la prevalencia fluctúa entre 11,49% y 57,2% (1,2). Mientras que en otros países pude llegar a una prevalencia tan baja como 9% hasta una tan alta como 75% en Australia.

En el Perú, se realizó una búsqueda en Google Scholar con los términos burnout, quemarse por el trabajo, quemado por el trabajo, síndrome de estar quemado y Perú, encontrando pocos documentos sobre Síndrome de Burnout en del Perú. La escasez de estudios sobre este tema es preocupante, pues impide que se tenga datos confiables que permitan desarrollar las estrategias pertinentes para su mejora. Esta escasez es aún mayor fuera de Lima. Se estima que un 20% de las bajas laborales que se producen en el desempeño de la profesión son de carácter psicológico, una tercera parte de éstas, encuadran con el síndrome de burnout.

En el Perú, desde el año 2014, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) mide el Síndrome de Burnout mediante el MBI-HSS (The Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey) como parte de la evaluación de satisfacción del usuario interno de los servicios de salud. No obstante, al no existir un consenso acerca de los puntos de corte que utilizar, no se puede identificar con certeza la prevalencia del Síndrome de Burnout en dicha población, en consecuencia, se podría sobreestimar o disminuir el real impacto del síndrome. Sin embargo, las principales organizaciones de salud son el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Si se reconoce que ambos representan contextos laborales distintos, con características propias que pueden ser generadores de estrés se puede presumir que no hay certeza para reconocer si difiere o no la manera como se presentan las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de dichas entidades. (Párrafo explicativo) Opcional.

CAPÍTULO III: CARACTERÍSTICAS

Con respecto a las características encontramos tres dimensiones muy importantes en el Síndrome de Burnout las cuales son: de agotamiento emocional, cinismo o despersonalización y falta de realización personal en el trabajo o ineficacia, dimensiones referidas inicialmente por Maslach y Jackson.

1. El agotamiento emocional es la sensación de cansancio, fatiga y vacío que experimenta el trabajador ante situaciones de excesiva exigencia, sobrecarga de trabajo y

escasos recursos emocionales. De igual forma, el trabajador siente que ya no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo. En esta dimensión se presenta pérdida de energía, de interés hacia la función desempeñada, insatisfacción e irritabilidad. Este agotamiento emocional se caracteriza por un tedio que resulta de las constantes interacciones de los trabajadores con sus clientes y usuarios. Esta dimensión del síndrome puede tener manifestaciones físicas, psíquicas e incluso puede evidenciarse de las dos formas; con implicaciones a nivel laboral en las que el trabajador percibe que su facultad de sentir disminuye o desaparece, reduciéndose así sus recursos emocionales hasta sentir que no tiene nada que ofrecer a sus usuarios o clientes.

2. De otra parte, la despersonalización o cinismo es una respuesta negativa del trabajador hacia quien recibe sus servicios. Se caracteriza por insensibilidad, apatía, indiferencia, considerando a las personas como objetos. Con estas actitudes, el trabajador busca básicamente establecer una distancia con las personas que se benefician de sus servicios. La despersonalización consiste en una actitud deshumanizada y cínica hacia los usuarios o clientes, la cual se acompaña de irritabilidad y desmotivación laboral. A nivel laboral, la persona se distancia no solo de sus usuarios, sino también de sus compañeros de trabajo, debido a que percibe que la responsabilidad de sus frustraciones y bajo rendimiento laboral es causado por ellos, generando así una actitud altamente negativa hacia la esfera laboral.

3. La tercera dimensión del síndrome es la falta de realización personal o ausencia de eficacia profesional. El trabajador experimenta sentimientos de incompetencia laboral, autoconcepto negativo, bajo desarrollo y desempeño profesional, pérdida de ideales, inutilidad y fracaso. En esta dimensión el trabajador también puede llegar a abandonar actividades familiares, sociales y recreativas. De igual manera, esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con los usuarios.

3.1. SINTOMATOLOGIA

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos. Uno 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 un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al

individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas. Aquellas consecuencias del estrés laboral asociadas al Síndrome del Burnout con evidencia empírica de acuerdo a la literatura, son:

Síntomas Psicosomáticos	Síntomas emocionales	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga crónica • Dolores de cabeza • Dolores musculares (cuello, espalda) • Insomnio • Pérdida de peso • Ulceras y desórdenes gastrointestinales • Dolores en el pecho • Palpitaciones. • Hipertensión. • Crisis asmática. • Resfriados frecuentes. • Aparición de alergias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo • Depresión • Frustración • Aburrimiento • Distanciamiento afectivo • Impaciencia • Desorientación • Sentimientos de soledad y vacío • Impotencia. • Sentimientos de omnipresencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinismo. • No hablan. • Apatía. • Hostilidad. • Susplicacia. • Sarcasmo • Pesimismo • Ausentismo laboral • Abuso en el café, tabaco, alcohol, fármacos, etc. • Relaciones interpersonales distantes y frías • Tono de voz elevado (gritos frecuentes) • Llanto inespecífico • Dificultad de concentración • Disminución del contacto con el público / clientes / pacientes • Incremento de los conflictos con compañeros • Disminución de la calidad del servicio prestado • Cambios bruscos de humor. • Enfado frecuente.

CAPÍTULO IV: MANIFESTACIONES

4.1. FISICOS

Estar vivo es experimentar estresores físicos y emocionales en forma regular base. Nuestros cuerpos y mentes normalmente se adaptan a las diferentes demandas que la vida cotidiana hace sobre nosotros. Respuestas de estrés son normales e integrales a la vida. Puede ser físico o psicológico, son importantes para cuerpos y mentes saludables; puede ser causada por cosas tanto placenteras como desagradables. Necesitan estar vinculados al descanso y la recuperación, sin estrés, nuestros cuerpos se vuelven débiles e insalubres. El ejercicio es muy bueno para nosotros, y sin embargo, produce estrés a nuestros cuerpos, el caminar es una forma de ejercicio que involucra a los músculos poniendo tensión y en los huesos a medida que el movimiento a su vez fortalece los huesos y aumenta la densidad ósea. Para que no se vuelvan frágiles y se fracturen fácilmente es solo cuando hay demasiado estrés que puede causar daños. Hubo un fragmento reciente

en la prensa sobre un corredor de maratón que tenía algo de dolor en su cadera durante el entrenamiento; comenzó a correr el Maratón de Londres cuando sintió que el dolor empeoraba, sin embargo, él siguió y logró completar la maratón, aunque cojeando todo el camino; después todavía tenía mucho dolor y se hizo una radiografía de su cadera. Había sufrido una fractura por estrés en el cuello de su fémur en donde el hueso del muslo se une a la cadera, y necesitaba una operación, el estrés repetido en su cadera a través de correr lo había tensado tanto que el hueso se había agrietado. Muchas cosas nos estresan físicamente, como conducir un auto, resfriarnos o incluso comiendo una gran comida. Todos estos son parte integrante de la vida cotidiana, y no lo hacen generalmente producen daños. Así como la tensión física, mental y emocional. Las cepas también contribuyen al estrés, las cosas que nos angustian y nos molestan son estresantes, pero también lo son las cosas buenas, como enamorarse, irse de vacaciones o una gran fiesta de celebración.

Cuando nos encontramos en una situación (o anticipamos una) donde necesitamos reaccionar o prepararse para algo, los químicos de nuestro cuerpo cambian. Parte de nuestro sistema nervioso innato, autónomo, el sistema simpático, entra en acción inconscientemente. Funciona para hacer que nuestros cuerpos y mentes sean más eficientes, y provoca la liberación de varias hormonas en la sangre (adrenalina, cortisol y noradrenalina), desencadenando una cadena de reacciones químicas. Estas hormonas viajan por la sangre y afecta todas las partes del cuerpo, preparándolos para acción. El azúcar de glucosa se libera en el torrente sanguíneo para proporcionar energía para utilizar los músculos, el corazón comienza a latir más rápido y la respiración se acelera permitir que el oxígeno sea entregado al cerebro y los músculos. La sangre es desviada de la piel y los órganos digestivos a los músculos, y se tensan, listos para la acción, y las pupilas se dilatan para que podamos ver más claramente. Todo este proceso a menudo se conoce como la "respuesta de huida o lucha", cuando los sistemas del cuerpo se activan para permitirnos actuar en nuestro pico, y está incorporado en nuestros cuerpos. Puede ser muy útil en peligrosas situaciones Si estamos caminando en un campo y vemos un toro en la esquina lejana, el sistema entra en acción automáticamente, tan pronto como se percibe el peligro, lo que nos permite correr a la valla y salir del peligro. No necesitamos conscientemente, piénsalo y decide correr, simplemente corremos. Después nos hace sentirse agotado a medida que las hormonas se disipan, pero aliviado de que estamos a salvo. Nuestros los niveles hormonales volverán a la normalidad mientras descansamos

y nos relajamos, esta misma reacción ocurre de manera más silenciosa cada vez que nos enfrentamos a una demanda percibida, ya sea conduciendo en tráfico pesado, dando una presentación en trabajar, o tener un desacuerdo con un ser querido. Los productos químicos se lanzan automáticamente para prepararnos para la acción y estos productos químicos se preparan para que nuestro cuerpo trabaje de manera más eficiente.

4.1.1. RENDIMIENTO Y ESTRÉS

El desempeño general de las personas mejora con la mayor excitación producida por las hormonas del estrés, hasta un punto óptimo. Con muy poco estrés estamos aburridos y bajo rendimiento. Cantidades moderadas de estrés son estimulantes y nos permiten rendir bien. Si el estrés continúa aumentando por encima de este nivel o es de naturaleza crónica y continua, nos agotamos, nos sentimos fatigados y nuestro rendimiento se deteriora rápidamente hasta el punto de avería. Se llama la curva en “U” invertida, aunque cuando estamos bajo estrés tenemos la intención de esforzarnos más a medida que aumenta el estrés, la realidad es que nuestro rendimiento en realidad disminuye, y eventualmente, si no hay reducción en el nivel de estrés, nos enfermamos y rompemos, y somos incapaces de funcionar normalmente.

4.1.2. LA NECESIDAD DE RECUPERACIÓN

Los problemas graves con el estrés comienzan cuando el flujo y reflujo normales del estrés, las hormonas están alterados. Esto puede suceder cuando una demanda tras otra es empujado sobre nosotros y no tenemos el tiempo o la oportunidad de descansar adecuadamente en entre ellos. Sin tiempo para desconectar y relajarnos, nunca volveremos a un estado de reposo normal, y comenzamos a vivir en un estado de excitación continua, con altos niveles de hormonas del estrés circulan en nuestra sangre. El efecto de estas hormonas es para hacernos sentir tenso y tembloroso, vernos pálidos, tener dolores musculares y dolores de cabeza por tensión. Nuestra concentración será pobre, y nos hará dormir mal, podemos terminar yendo a ver a nuestro médico de cabecera con una variedad de exámenes físicos quejas que realmente son causadas por los efectos prolongados de las hormonas del estrés en nuestro cuerpo. Un alto nivel persistente de la hormona del estrés cortisol eventualmente causa un agotamiento de los esteroides circulantes en la sangre. Estos esteroides mantienen nuestros niveles de energía y nuestra capacidad para resistir el estrés. Cuando el estrés es constante y crónico, incluso el almacén de cortisol del cuerpo se vacía, entonces nuestra energía la inmunidad se

reduce y nos hacemos muy susceptibles a los virus y nos sentimos fatigados si no se hace nada, esto finalmente lleva al agotamiento completo.

4.1.3. EL ESTRÉS DE UN HOMBRE

Cuando consideramos niveles óptimos de estrés y no nos estresamos, necesitamos para recordar que todos estamos hechos de manera muy diferente. Lo que puede parecer el estrés intolerable para una persona es el nivel de estrés que resulta en la mejor presentación.

¿Por qué debería ser esto?

Las exigencias percibidas sobre nuestra percepción de las situaciones afectan a cómo nos sentimos acerca de ellas, La forma en que nosotros pensamos en demandas potencialmente estresantes afecta nuestros niveles de estrés. Estaremos haciéndonos las siguientes preguntas:

¿Esto va a tomar mucho tiempo y esfuerzo?

¿Puedo realmente hacer frente a eso ahora?

¿Importa si digo que no puedo hacerlo?

La forma en que respondamos estas preguntas afectará la tensión que sentimos. Entonces, si se nos pide que asumamos un trabajo adicional, y es algo que hemos hecho antes y estamos familiarizados con esto, no nos sentiremos tan estresados como lo haríamos si fuera totalmente nuevo. Incluso podríamos saborear el desafío y pensar que podría ser divertido. Sin embargo, si sentimos que apenas tenemos tiempo para hacer todo lo que se espera de nosotros, de todos modos, una tarea adicional puede parecer la última gota, y aumentar enormemente la sensación de estrés y presión sobre nosotros. Podríamos negarnos a hacerlo, pero si nuestro nuevo jefe nos ha pedido, será importante para nosotros aparecer en una buena luz. En este caso, la tarea se sentirá exigente, nos preguntaremos si podemos hacer frente y, sin embargo, nos sentiremos en deber de hacerlo y no defraudar a la gente. Esto será muy estresante nuestra personalidad y temperamento subyacentes, algunos de nosotros nacemos con un temperamento muy relajado y relajado; pequeño parece que nos molesta, otros encuentran desafíos y plazos estimulantes, y trabajan mejor haciendo cosas en el último minuto bajo presión. Si somos

más emocionalmente reactivos a las situaciones y rápidamente nos sentimos ansiosos y estresados, nos puede ser difícil tolerar incluso el estrés moderado, por lo que es muy importante tanto para entendernos y conocernos a nosotros mismos, como para aceptar la forma en que somos y aprende a acomodarlo tanto como podamos.

4.1.4. ANTICIPACIÓN

La anticipación afecta nuestros niveles de estrés. Muchas veces si estamos aburridos pensamos en alguna situación futura agradable, como conocer a un buen amigo, y como nosotros nos sentimos entusiasmados e interesados. Sin embargo, también anticipamos exigencias difíciles para nosotros, como conducir un largo camino o tener que dar una charla, o seguir sin vacaciones el mismo acto de anticipación, en realidad eleva nuestros niveles de hormonas del estrés. Todos nos sentimos nerviosos (y estresados) en la perspectiva de algo diferente o algo que percibimos como difícil. Si, por ejemplo, un ser querido tiene que tener una operación importante, podemos ser muy estresantes a medida que anticipamos lo que podría salir mal.

4.2. AFECTIVOS

El agotamiento emocional es probablemente el síntoma más icónico del agotamiento. Depresivo y los síntomas de ansiedad son comúnmente reportados en términos de estado de ánimo depresivo, cambios estado de ánimo, disminución del control emocional, temores no definidos, aumento de la tensión, ansiedad sentimiento, agresión, irritabilidad, sensibilidad excesiva, disminución de la empatía emocional con destinatarios, aumento de la ira e insatisfacción, la evidencia ha demostrado que el agotamiento es un mediador entre los trabajos estrés y aparición o exacerbación de los síntomas depresivos.

Otros han apoyado la relación recíproca entre el agotamiento y la depresión

Los síntomas y esa tensión laboral predisponen al agotamiento por depresión. Sin embargo, trabajo la tensión también puede llevar al agotamiento directamente. La depresión y la ansiedad pueden discriminar el agotamiento de las víctimas que no se quemaran en términos de diferentes patrones de indicadores de salud y factores de estilo de vida. Además, hay evidencia para apoyar la idea de que el agotamiento, la depresión, y la ansiedad. En mujeres, el agotamiento se asoció positivamente con los biomarcadores, mientras que la ansiedad fue asociada negativamente con ellos. En los hombres, la depresión se asoció positivamente con biomarcadores, pero no con agotamiento o ansiedad.

4.3. COGNITIVOS

La indefensión es el síntoma cognitivo que es prominente a nivel individual. En el nivel interpersonal, el agotamiento muestra un cínico y deshumanizante percepción de los demás, negativismo, pesimismo, empatía cognitiva disminuida, estereotipos etiquetado de maneras despectivas, culpas, aire de grandiosidad y rectitud, hostilidad, Sospecha, proyección, paranoia, sensación de no ser apreciado, y desconfianza hacia gestión. A nivel intrapersonal, irracional. Pueden ocurrir creencias, incluidas las necesidades de dependencia, la evitación de problemas y la impotencia. El deterioro de la memoria también puede ocurrir y puede discriminar burnout de nonburnout.

4.4. COMPORTAMIENTOS

En la etapa final del estrés laboral crónico, los cambios de comportamiento obviamente aparecen en términos de reacción al aumento de la excitación. Individualmente, dependencia y evitación de problemas, son creencias irracionales relacionadas con el agotamiento. Los enfermos de agotamiento son propenso a la hiperactividad, la impulsividad, la dilación (aplazamiento), el abandono de recreación actividades, y quejas compulsivas. También aumentan su consumo de alcohol para aliviar la frustración. Agotamiento emocional y la falta de logros personales se relacionan negativamente con el comportamiento de ciudadanía. Debido a un control de impulsos más pobre, la agresión y la violencia son comunes. Los colegas pueden encontrarlos con arrebatos violentos, conflictos interpersonales, responder a los demás de forma mecánica, utilizando dispositivos de distanciamiento, celos y compartimentación. En los médicos, hay más casos frecuentes de atención subóptima al paciente. Rendimiento laboral se ve afectado por la efectividad reducida, una tendencia a cometer errores, disminución de la productividad, tardanzas, robo, resistencia a cambio, dependiente en exceso de los supervisores, vigilancia frecuente del reloj, seguimiento rígido. Las reglas, aumento de accidentes, incapacidad de organización y mala gestión del tiempo. A nivel organizativo, el agotamiento puede predecir la baja por enfermedad y el aumento de la enfermedad. Días de vacaciones y períodos de licencia por enfermedad por año. También es relacionado con la rotación de empleados, intención de renunciar, y compromiso organizacional reducido. Sin embargo, algunos autores han argumentado que sólo El

agotamiento emocional está relacionado con la intención de la rotación, no con todas las dimensiones de agotamiento

4.5.MOTIVACIONALES

Cuando las víctimas del agotamiento son conscientes de sus expectativas poco realistas, se pierde el idealismo, seguido de una pérdida de celo. Reducción de la motivación también puede ser vista como desilusión la resignación, la desilusión, el aburrimiento y la desmoralización. La vida y la satisfacción laboral disminuyen. Colegas pueden ver ellos pierden interés, se desanimen, usan a otros para satisfacer necesidades personales y sociales, y convertirse en demasiado involucrado. El rendimiento en el trabajo es peor como resultado de la baja moral, pérdida de motivación laboral, resistencia al trabajo y disminución de la iniciativa laboral. Puede convertirse en una aversión al trabajo

CAPÍTULO V: TIPOS Y NIVELES

Bustos (2015) Comenta sobre los diferentes tipos o niveles que se encuentran con sus propias características y síntomas con forme a duración y distinto tratamiento, entre los más mencionados se encuentran el desequilibrio sentimental y emocional, como también problemas musculares y digestivos, aunque el estrés se hace presente en algún momento de la vida depende de las personas y la vida cotidiana, entre los tipos se puede mencionar.

5.1. ESTRÉS AGUDO

Indica que es el estrés más usual, únicamente son de las alteraciones pasadas y futuras que viven los seres humanos y los síntomas aparecen en cualquier momento.

5.2.ESTRÉS AGUDO EPISÓDICO

Hay muchas personas que tienen estrés agudo por el poco control que tienen de la vida y no pueden tener una buena rutina, las personas que padecen estrés agudo tienden a ser “descontrolados, sujetos irritables, ansiosos y tensos”, tienen poco vinculo hacia las relaciones y sobre todo el lugar de trabajo es el lugar más estresante.

5.3.ESTRÉS CRÓNICO

Se indica que es cuando el estrés agudo pasa a ser crónico es cuando las personas llegan a poseer enfermedades de adaptación.

5.4. ESTRÉS CRÓNICO, SISTEMA INMUNE Y SALUD

Se identifica cuando las personas sufren de dicho estrés pero no encuentran ninguna solución o no buscan alguna solución por lo que los lleva a tener problemas fisiológicos, hormonales y anímicos.

CAPÍTULO VI: MODELOS DEL PROCESO DE BURNOUT (CICLO DE BURNOUT)

El Síndrome de Burnout no ataca de la noche a la mañana; se desarrolla gradualmente con el tiempo. Muchas autoridades en el campo del agotamiento han dividido el proceso en fases o etapas. Los pasos no necesariamente se siguen en orden. Muchos saltan ciertas etapas; otros se encuentran atravesando varias etapas al mismo tiempo. La duración de cada fase también puede variar de un individuo a otro.

6.1. SEGÚN FREUDENBERGER Y NORTH (2006)

Propusieron el Ciclo de agotamiento de 12 etapas para mostrar los detalles psicodinámicos del proceso de agotamiento. El modelo comienza con expectativas poco realistas y luego describe el proceso dinámico hasta que aparece el agotamiento. Los modelos de Freudenberger presentan etapas fragmentadas con secuencias cronológicas innecesarias, mientras que otros organizan las etapas por gravedad. Las etapas incluyen:

6.1.1. UNA COMPULSIÓN DE PROBARSE A UNO MISMO:

Las personas tienen una imagen ideal de sí mismas y trabajando duro para que los colegas reconozcan esto.

6.1.2. TRABAJAR MÁS DURO:

Para asegurarse de que sean insustituibles.

6.1.3. ABANDONAR SUS NECESIDADES:

Demasiada dedicación al trabajo, presentando signos de adicción al trabajo, como dormir o comer menos, pasar menos tiempo con la familia y amigos.

6.1.4. DESPLAZAMIENTO DE CONFLICTOS:

Son conscientes de que su vida va mal en algunos casos. Manera, pero todavía no se dan cuenta. Surgen los primeros síntomas físicos de estrés, tales como dolores de cabeza, náuseas, dolores musculares, particularmente dolor de espalda baja, problemas sexuales, trastornos del sueño, pérdida de apetito y falta de aliento.

6.1.5. REVISIÓN DE VALORES:

Para seguir trabajando duro mientras se descartan sus habilidades básicas. Necesidades y relaciones físicas, sienten la necesidad de evitar el autoconflicto a la emoción embotada.

6.1.6. NEGACIÓN DE PROBLEMAS EMERGENTES:

Intolerancia al contacto social con otros, incluso en una forma trivial. Cinismo, insensibilidad (falta de simpatía), agresión y reproche de los demás obviamente ocurren.

6.1.7. RETIRADA:

Se aíslan y minimizan el contacto social, pierden dirección por lo que tratan de trabajar estrictamente para gobernar. Las sustancias pueden ser utilizadas para liberar estrés.

6.1.8. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO OBVIOS:

Otros ven enormes cambios de una manera viva y persona comprometida con un individuo temeroso, tímido y apático que se siente sin valor dentro como resultado del exceso de trabajo.

6.1.9. DESPERSONALIZACIÓN:

Al sentirse como una máquina, la persona pierde el contacto consigo misma. Y ya no percibe sus propias necesidades.

6.1.10. VACÍO INTERIOR:

El vacío interior se expande sin descanso, por lo que la persona lo intenta para superar esto mediante el aumento de la actividad impulsiva, como la sexualidad exagerada, Comer en exceso, y el uso de drogas o alcohol emergen.

6.1.11. DEPRESIÓN:

Se producen síntomas del estado de ánimo y cognitivos de la depresión, como la indiferencia, Desesperanza, agotamiento y abandono del futuro. La vida pierde sentido.

6.1.12. SÍNDROME DE BURNOUT:

Las víctimas de Burnout desean fuertemente escapar de la situación, A veces acompañado de pensamientos suicidas. Sin colapso físico y mental. Ocurre, se necesita tratamiento médico inmediato.

6.2. SEGÚN GORKIN (2004)

Gorkin (2004) sugirió la idea de las cuatro etapas del agotamiento, que parece un proceso de autocomprobación con escenarios familiares que se encuentran comúnmente en personas con agotamiento. Las etapas incluyen:

6.2.1. AGOTAMIENTO FÍSICO, MENTAL Y EMOCIONAL:

Sentirse agotado después de trabajar duro día a día.

6.2.2. VERGÜENZA Y DUDA:

Experimentar un profundo sentimiento de pérdida y cambio percibido como incontrolable.

6.2.3. CINISMO E INSENSIBILIDAD:

La incertidumbre crónica y la vulnerabilidad se vuelven irritables. Y respuestas irónicas a los demás.

6.2.4. FRACASO, IMPOTENCIA Y CRISIS:

El afrontamiento parece desentrañarse, no ser vulnerable solo al mal humor, pero a la depresión clínica. Puede ser el momento para algunos médicos o asesoramiento profesional.

6.3. SEGÚN GIRDIN (1996)

Girdin (1996) propusieron las tres etapas del agotamiento, que muestran el agotamiento proceso secuencialmente con listas de comprobación de síntomas. Se cumple un criterio si al menos se presentan dos síntomas a cualquier nivel. Las etapas incluyen:

6.3.1. LA ACTIVACIÓN DEL ESTRÉS:

Es una etapa de respuestas fisiológicas y psicológicas, que incluye irritabilidad persistente, ansiedad persistente, periodos de hipertensión arterial, bruxismo (el rechinar de los dientes durante el sueño), el insomnio y el olvido. Adicionalmente, Palpitaciones cardíacas, arritmia cardíaca inusual (latidos omitidos), problemas de concentración, Dolores de cabeza, problemas estomacales, y síntomas

gastrointestinales agudos pueden ser presentadas Sin embargo, algunos han argumentado que la excitación por estrés y el agotamiento son distintos constructos.

6.3.2. CONSERVACIÓN DE ENERGÍA:

Si un intento de compensar el estrés falla, los resultados incluyen retraso excesivo, postergación (aplazamiento), tiempo libre excesivo, Disfunción sexual (deseo o rendimiento), cansancio persistente por la mañana, Retiro social de amigos y familiares, aumento del cinismo, resentimiento, aumento del uso de sustancias (nicotina, cafeína, alcohol o medicamentos recetados), Apatía excesiva y falta o pérdida de espiritualidad.

6.3.3. AGOTAMIENTO:

Las personas que llegan a esta etapa serán conscientes de que la vida ha salido mal. Pueden tener tristeza o depresión persistentes, problemas estomacales o intestinales crónicos, fatiga mental crónica, fatiga física crónica, dolores de cabeza crónicos o migrañas, el deseo de "abandonar" la sociedad, el deseo de alejarse de la familia, Amigos, e incluso ideación suicida recurrente.

6.4. SEGÚN MILLER Y SMITH (1993)

6.4.1. LA LUNA DE MIEL

El trabajo es un ideal, por lo que la persona está altamente motivada y entusiasta. Ellos necesitan fuertemente trabajar adecuadamente y sentirse encantados con el trabajo, Con colegas, y con la organización.

6.4.2. EL DESPERTAR

Los tiempos felices se desvanecen. La persona se da cuenta de que sus expectativas. No son realistas Nada satisface sus necesidades, ni recompensas ni reconocimiento. Sienten que la vida ha sido un error, pero no pueden manejarlo. Al trabajo difícil no cambia nada, se sienten cansados y frustrados. Competencia profesional y la capacidad se reduce.

6.4.3. LA FATIGA CRÓNICA Y LA IRRITABILIDAD DE BROWNOUT SON PROMINENTES.

El estilo de vida de la víctima. Se cambia para escapar de la frustración. Las actividades impulsivas se consideran sexo, bebidas, drogas, fiestas, o ir de compras. Desempeño laboral y productividad. Obviamente se deterioran. Pueden proyectar frustración sobre otros en términos de Cinismo, desapego y crítica

abierta. El uso de sustancias se puede encontrar.

6.4.4. BURNOUT A ESCALA COMPLETA

Esta etapa se produce si el burnout no está resuelto. La desesperación es la característica dominante de esta etapa final. Puede durar varios meses, pero en la mayoría de los casos desde hace varios años. El sujeto experimenta una abrumadora sensación de fracaso y una devastadora pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

6.4.5. EL FENÓMENO FÉNIX

Después de un descanso completo y relajación, la víctima agotada puede recuperarse para ser más realistas con respecto a las expectativas de trabajo, aspiraciones, y objetivos.



CAPÍTULO VII: EVALUACIÓN

En el Síndrome de Burnout podemos encontrar diversos tipos de evaluaciones, debido a que cada profesión tiene distinta forma de buscar el por qué y cómo se manifiesta este síndrome en las personas, basándose en las dimensiones de agotamiento emocional, cinismo o despersonalización y falta de realización personal en el trabajo o ineficacia.

7.1. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. (Tabla 1)

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:
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= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

7.1.1. TEST PARA MEDIR LAS ÁREAS DE IMPACTO DEL SÍNDROME BURNOUT

Es el siguiente: Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo. (Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente). (Tabla 2)

7.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads, por sus siglas en inglés) se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una mejor herramienta para la detección de distrés psicológico en población médicamente enferma (en comparación con el resto de escalas de autoaplicación en el área) y evitar equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. Desde su publicación, el hads ha sido traducido a más de 25 idiomas y varias poblaciones. La traducción al español y su validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986). La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002) reportó que el hads ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. Específicamente en México, se ha validado en cáncer de mama y obesidad demostrando adecuadas propiedades psicométricas.

El HADS es un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). Los autores de la versión original en inglés se propusieron, desde el inicio del proceso de desarrollo del instrumento, definir cuidadosamente y distinguir claramente entre los conceptos de ansiedad y depresión. Los ocho reactivos de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y la revisión de la escala Present State Examination (pse), así como de la investigación acerca de las manifestaciones psíquicas de la ansiedad. De esta manera, los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por su parte, los ocho reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión. Así, la subescala de depresión indaga, básicamente, cuestiones como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, tener pensamientos pesimistas o la capacidad de reír. El tiempo total de respuesta es de aproximadamente diez minutos. En las instrucciones se pide al paciente que describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy. Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando

un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión. (Tabla 3)

7.3. EVALUACION MÉDICA

El Síndrome de Burnout también ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto y pérdida del interés por los usuarios, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio. Otros autores lo conceptualizan como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo; o como un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos. A pesar de la existencia de otras definiciones sobre el Síndrome de Burnout. De manera que la definición que con más frecuencia se maneja no se deriva de una teoría sobre el fenómeno, sino de un conjunto de investigaciones psicométricas exploratorias. Uno de los problemas que se han originado al proceder de esta manera es la ausencia de un modelo para explicar el desarrollo del proceso. En la revisión de la bibliografía especializada se pueden identificar hasta cinco modelos diferentes para explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout según el MBI, considerando el orden secuencial que tienen sus síntomas (la relación antecedentes vs. consecuentes que se establece entre ellos).

Otro instrumento clásico en la evaluación del Síndrome de Burnout, es el Burnout Measure (BM), que consta de 21 reactivos, y evalúa el Síndrome de Burnout mediante tres dimensiones o síntomas denominados agotamiento emocional, agotamiento físico y agotamiento mental. Aunque el instrumento ha resultado válido y fiable ha recibido algunas críticas debido a que sólo ha evaluado agotamiento emocional, pero no otros síntomas del Síndrome de Burnout, o porque, a pesar de la definición multidimensional que Pines et al. Dan del síndrome, el BM es concebido como un cuestionario unidimensional que no operacionaliza de manera adecuada la definición del síndrome emitida por sus autores. Existen otros instrumentos clásicos, válidos y fiables para la evaluación del Síndrome de Burnout como el Staff Burnout Scale for Health

Professionals pero quizá la ausencia de un desarrollo teórico paralelo al instrumento o la hegemonía del MBI han hecho que su utilización sea muy escasa. Las insuficiencias del MBI o del BM, unido a la frecuencia con la que el SQT aparece en la actualidad, y la necesidad de su evaluación, han generado nuevos desarrollos teóricos sobre el fenómeno y la necesidad de construir instrumentos alternativos fiables y válidos que superen esas insuficiencias y permitan la evaluación adecuada del SQT, es el caso del «Copenhagen Burnout Inventory» (CBI), «Oldenburg Burnout Inventory» (OLBI), o el «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT).

7.3.1. EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

El modelo teórico que sustenta al CESQT se basa en que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se deriva de las relaciones interpersonales problemáticas laborales, y se desarrolla en aquellos individuos que trabajan con personas, con una frecuencia especial en los profesionales del sector servicios que están en contacto directo con los usuarios. El síndrome se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de ilusión por el trabajo), un deterioro emocional, y actitudes y comportamientos de indiferencia, indolencia, distanciamiento y en ocasiones de maltrato al usuario. En algunos casos aparecen sentimientos de culpa. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del Síndrome de Burnout. El Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo junto con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El Perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del Síndrome de Burnout. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. El modelo psicométrico del CESQT tiene veinte reactivos distribuidos en cuatro dimensiones denominadas:

1. Ilusión por el trabajo (cinco reactivos). Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es

fuente de realización personal. Debido a que los reactivos que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el Síndrome de Burnout.

2. Desgaste psíquico (cuatro reactivos). Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar a la dimensión de «Agotamiento emocional» del MBI-HSS.

3. Indolencia (seis reactivos). Se define como la presencia de actitudes de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la organización. Los individuos que alcanzaron una puntuación alta en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los usuarios. Esta dimensión es similar a la dimensión de «Despersonalización» del MBI-HSS.

4. Culpa (cinco reactivos). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar a la dimensión de «Agotamiento emocional» del MBI-HSS. Indolencia (seis reactivos). Se define como la presencia de actitudes de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la organización. Los individuos que alcanzaron una puntuación alta en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los usuarios. Esta dimensión es similar a la dimensión de «Despersonalización» del MBI-HSS. Culpa (cinco reactivos). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales.

El instrumento se desarrolló a partir de una serie de estudios cualitativos realizados mediante entrevistas a individuos que habían desarrollado el Síndrome de Burnout en algún grado, diagnosticados según los síntomas clínicos por profesionales expertos. Siguiendo el protocolo de entrevista de Sackman, se obtuvieron un conjunto de síntomas, causas y desencadenantes del Síndrome de Burnout, así como una descripción cualitativa del proceso. Los síntomas fueron sometidos a un análisis inter-jueces en el que nueve especialistas, profesores de psicología (expertos en psicología social, psicología del trabajo y de las

organizaciones, y en psicología cognitiva y de las emociones) los etiquetaron como emociones, cogniciones, o actitudes. A partir de esta clasificación se elaboraron un total de 74 reactivos. En su elaboración se tuvo presente la delimitación semántica del ítem y los aspectos de redacción y comprensión adecuados. Después de varios estudios psicométricos con profesionales de enfermería y con profesionales que trabajaban con personas con discapacidad psíquica, se retuvieron veinte elementos que presentaron de manera repetida valores adecuados de asimetría y curtosis, una adecuada distribución factorial (una carga superior a .40 en un único factor) con rotación Varimax y extracción de cuatro factores con valor propio (eigenvalue) superior a uno, un ajuste del modelo factorial confirmatorio, y su agrupación ofrecía suficiente consistencia interna (superior a .70). El CESQT ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes, entre las más relevantes cabe señalar que:

- a. parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico,
- b. si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI-HSS, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del Síndrome de Burnout, y en el grado de afección que presentan los individuos, y
- c. supera las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos de origen anglosajón. El Síndrome de Burnout no es un proceso exclusivamente intrapsíquico, ni un fenómeno ajeno al marco cultural que lo genera. Las condiciones económicas y los valores sociales son determinantes importantes en su desarrollo, es un resultado de prácticas socioculturales y un problema laboral transcultural. Por ello, el proceso de validación del CESQT pasa necesariamente por la realización de estudios comparativos sobre su fiabilidad y validez en diferentes países y culturas. El objetivo de este estudio es la validación del CESQT en maestros mexicanos de educación básica. Se hizo llegar a la hipótesis de un modelo de cuatro factores como el del modelo original descrito.

7.4. EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva, estado emotivo y las experiencias dolorosas previas. Estos factores hacen que un paciente presente un gran dolor aunque no presente causas que en teoría las justifique. Esto puede inducir al terapeuta físico a subestimar el dolor. Las escalas ayudan a detectar el dolor. En el ámbito de la terapia intensiva existen diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos.

7.4.1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población.

Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de $\pm 2\text{mm}$. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

7.4.2. ESCALA NUMÉRICA VERBAL (ENV)

En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor. Puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. En ocasiones, y en pacientes concretos, el uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad. La ENV tiene una muy buena correlación con la EVA, con una menor incidencia de no respondedores (2% frente a 11%).

7.4.3. ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL (EDV)

Esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4. La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería: dolor ausente = 0, ligero = 1-3, moderado = 4-6 e intenso = 7-10. Puntuaciones > 3 por la escala numérica o 3 por la escala verbal son inaceptables y deben aplicarse medidas analgésicas.

7.4.4. TERMÓMETRO DE DOLOR DE IOWA (IPT)

Otra escala que ha demostrado ser de mucha utilidad en pacientes adultos mayores con déficit cognitivo moderado a severo o que tienen dificultades en comunicarse verbalmente es el Termómetro de dolor de Iowa (IPT). El mismo tiene forma de termómetro, es vertical y posee una graduación de transparencia hasta el rojo intenso, indicando el máximo dolor. Al costado presenta referencias escritas sobre intensidad del dolor.

7.4.5. ESCALA CONDUCTUAL BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

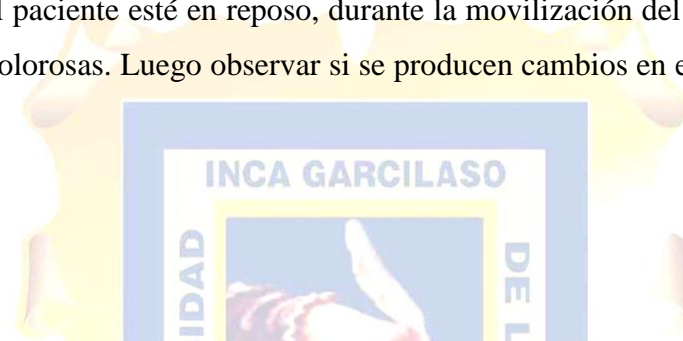
El instrumento valora del 1-4 la expresión facial, la movilidad y conducta de las extremidades superiores y la presencia o no de lucha contra el ventilador.

Ahlers y col. (2010) informó que la escala es igualmente válida para pacientes en estado de sedación consciente (donde el nivel de dolor referido por el paciente puede no ser confiable). Las 3 subescalas del BPS contribuyen a la evaluación del dolor; siendo la mayor contribución la expresión facial, siguiendo con el movimiento de los miembros superiores y por último, la adaptación a la ventilación mecánica. Son comportamientos de dolor: muecas, frente fruncida, rigidez, retracción, párpados cerrados y apretados, nariz fruncido, labio superior levantado, verbalización, puños cerrados. La aceptación de la ventilación mecánica puede ser afectada por la hipoxemia, el broncoespasmo y las secreciones.

La puntuación va de un mínimo de 3 (relajado y tolerando movimientos) hasta un máximo

de 12. Si la puntuación es ≥ 6 , se considera inaceptable. Chanques y col. (2006) definen dolor como un valor de BPS ≥ 6 y dolor severo como BPS > 7 .

Una limitación de la escala BPS es que solo estima si el estímulo producido es o no doloroso y si el tratamiento es efectivo para aliviar el dolor, teniendo poca utilidad para cuantificar la intensidad del dolor. Por otro lado, la validez de la escala disminuye en la medida que aumenta la profundidad de la sedación de los pacientes. Es importante saber que la incidencia de dolor ha sido informada sobre todo durante procedimientos dolorosos, pero sorprendentemente, existen muy pocos datos sobre la incidencia de dolor en reposo. Por esto, como regla general, es necesario evaluar el dolor con el BPS en el momento que el paciente esté en reposo, durante la movilización del paciente y durante las maniobras dolorosas. Luego observar si se producen cambios en estos valores con el tratamiento.



Escala BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

** versión al Español no validada y solo a efectos de comprensión del presente trabajo*

Graduación del dolor	
Presencia de dolor	≥ 6
Dolor inaceptable	> 7
OBJETIVO	< 6

7.4.6. ESCALA EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

7.4.7. ESCALA DE CAMPBELL - BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT SCALE

En 2008, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) publicó las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación, entre las que se menciona la importancia de la monitorización y cuantificación de la intensidad del dolor en pacientes críticos sin capacidad de comunicación, para lo cual propone la utilización de la Escala de Campbell, que aparece traducida al español en el documento de consenso de la SEMICYUC, a la vez que proponen la necesidad de su validación para hacer extensivo su uso. Esta escala, no validada, cuenta con 5 ítems conductuales (muscultura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad), con un rango total de puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 10 puntos (máximo dolor). La misma está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor, sino para cuantificar su intensidad. La graduación del dolor del 1 al 10 la hace más equiparable a las escalas usadas en los pacientes conscientes (EVA, EVN). Otra posible ventaja es que contempla un mayor número de ítems conductuales comparada con las escalas BPS y CPOT, lo que podría disminuir el artefacto por causas ajenas al dolor, ya que parece existir una correlación positiva entre el número de ítems conductuales manifestados por

el paciente y el dolor que presenta. Sin embargo, el uso de esta escala está poco extendido y necesita ser validada.

Escala de Campbell	Puntaje
MUSCULATURA FACIAL	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
TRANQUILIDAD	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
TONO MUSCULAR	
Normal	0
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	2
RESPUESTA VERBAL	
Normal	0
Quejas, lloros, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2
CONFORTABILIDAD	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤3

CAPÍTULO VIII: TRATAMIENTO

El Síndrome de Burnout es un síndrome multifactorial que requiere un equipo multidisciplinario que involucra la psiquiatría, psicólogo, trabajo social, nutrición, fisioterapia.

8.1. TRATAMIENTO MULTIDICIPLINARIO

8.1.1. A NIVEL DE NUTRICION:

Los resultados de numerosas investigaciones sobre el burnout o síndrome de quemarse por el trabajo han puesto de manifiesto su repercusión en variables fisiológicas, psicológicas, organizacionales y sociales que inciden en el individuo provocándole alteraciones emocionales y conductuales de diversa índole. De entre dichas alteraciones caben destacar disfunciones en sus hábitos de alimentación, consumo excesivo de tabaco y alcohol, trastornos del sueño, conflictos familiares, insatisfacción laboral, absentismo, problemas con los compañeros de trabajo, con los supervisores y trastornos en el estado de ánimo, entre otras.

Pese a esto, no existen muchos estudios que hayan analizado el burnout y la salud física. De los pocos que lo han hecho, existe consenso a la hora de concluir que los profesores con niveles elevados de burnout son quienes experimentan una peor salud física frente a sus iguales con bajos niveles del síndrome. Así mismo, de las numerosas consecuencias fisiológicas provocadas por el burnout pueden señalarse los problemas asociados a la salud. Estos pueden ser de diversa índole aunque parecen proliferar las úlceras, la pérdida de apetito, los problemas gastrointestinales, una dieta pobre y la anemia. De hecho, existen evidencias a favor de la relación entre salud, bienestar y una adecuada nutrición. Además, ciertas variables como el estrés pueden generar cambios en los hábitos de alimentación que pueden tener como consecuencia una ingesta pobre e inadecuada.

8.1.2. A NIVEL PSIQUIAQUIATRICO:

El trastorno depresivo mayor es actualmente uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población mundial (3-5%). Repercute negativamente en los ámbitos biológico, psicológico y social de quienes lo padecen. De acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales versión IV (DSM IV), se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos en los que al menos durante dos semanas se presenta el estado emocional caracterizado por: ánimo depresivo, pérdida generalizada del interés o la percepción del placer en casi todas las actividades, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. La depresión afecta a la vida laboral de las personas y condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como síndrome de burnout o desgaste profesional, que, cuando se trata de personal médico o paramédico, puede considerarse más severo, ya que se pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación. A mediados de la década de 1970, el psiquiatra H. Freudenberger describió el síndrome burnout o desgaste profesional, aunque no con tal nombre, como una enfermedad psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones cuyo objeto de trabajo eran las personas.

El psiquiatra laboraba en una clínica de Nueva York y observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un periodo determinado (normalmente un año), presentaban pérdida de energía notoria que progresaba hasta llegar al agotamiento y presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Su definición reagrupaba diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas «adictas al trabajo»: «Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador».

8.1.3. A NIVEL DE TRABAJO SOCIAL:

Los escenarios actuales del Trabajo Social se encuentran atravesados por la crisis económica y social mundial y por el auge de la globalización deriva en la presión ejercida sobre los trabajadores sociales que se ven en una encrucijada entre las exigencias de las organizaciones, las demandas de los ciudadanos y sus valores y principios filosóficos de la profesión.

La intervención específica del trabajador social remite a la posibilidad de integrar dos dimensiones: una interna y otra externa a la Institución. Para llevar a cabo la tarea utiliza las técnicas específicas tales como la entrevista domiciliaria y las visitas a las instituciones de las cuales las personas participan, así como la observación directa de la realidad comunitaria. La aplicación de éstas técnicas requiere de un tiempo y un objetivo concreto en relación a la investigación y diagnóstico de la situación.

La intervención profesional del trabajador social dentro del equipo interdisciplinario, aporta una mirada integral de la realidad de la persona. Esta intervención se hace posible a través de la relación de ayuda, la cual es definida como “La ayuda es el producto de una interacción dinámica de pensamiento y acción entre un trabajador social y un usuario, que ha permitido a este último encontrar o volver a encontrar sus capacidades de actuar y pensar y resolver un problema social”.

Si bien como se mencionó el stress varía de acuerdo a la persona se puede decir que esta situación laboral estresante se produce, principalmente dentro del marco del mercado laboral de las profesiones centradas en las prestaciones de servicios. Los autores Gil Monte y Peiró expresan el objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario y se caracterizan por el contacto directo con las personas a las que se destina ese trabajo. Por lo expuesto precedentemente, ante esta situación, el trabajador social puede implementar estrategias personales y profesionales para poder afrontar los síntomas del Síndrome de Burnout y poder continuar trabajando en la profesión.

8.2. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

El Síndrome de Burnout se puede definir como una combinación compleja de síntomas diferentes que a menudo resultan de una actividad repetida a largo plazo, insoportable y asociada al estrés relacionado con la profesión. Freudenberger describió el Síndrome de Burnout (BOS), quien creó el término Burnout. Caracterizó el agotamiento según un conjunto de los síntomas incluyen mental más que físico agotamiento, producto de las exigencias del trabajo.

(Considerado excesivo por el sujeto afectado). Otros síntomas pueden asociarse como cansancio, dolor de cabeza, insomnio o somnolencia, reacciones de ira exageradas y negativamente pensamiento limitado y enfocado.

Los trabajadores quemados pueden parecer deprimidos. Sin embargo, la depresión se produce sin una específica causa mientras que el agotamiento está definitivamente asociado a una situación bien identificada. Maslach centrado en el burnout en profesionales con alto nivel de presión social (profesores, trabajadores sociales). Maslach desarrolló un método específico para evaluar el agotamiento, el Inventario de Maslach-Burnout (MBI). Los MBI caracteriza el agotamiento como un síndrome que incluye agotamiento emocional, despersonalización, y reducido logro personal. El agotamiento en algunos casos puede ser clínicamente similar a la depresión, síntomas depresivos en trabajadores quemados y en depresión clínica, los pacientes pueden ser comparables; trabajadores quemados puede reportar síntomas depresivos similares a pacientes clínicamente deprimidos. En algunos casos, los trabajadores quemados cumplen con los criterios de diagnóstico para la depresión, lo que sugiere que el agotamiento puede ser un síndrome depresivo en lugar de un distinto. La opinión de que el agotamiento es una forma de la depresión ha encontrado apoyo en

varios recientes estudios. Sin embargo, podemos suponer que la diferencia entre los síntomas asociados a depresión (que a menudo se produce sin una significativa causa) y el agotamiento (vinculado a una determinada situación que genera la condición) es la identificación del evento / condición causante. Algunos de los investigadores también han indicado que ese BOS debe limitarse a las condiciones asociadas a la fatiga no proporcional y al agotamiento.

Fatiga en diferentes formas, ya sea física o vinculado a la presión o ambos - parece ser un componente esencial presente en todas las asignaturas con BOS.

El objetivo del estudio de registro abierto fue evaluar los efectos de una suplementación con Robuvit en sujetos con síndrome de burnout y alto estrés oxidativo.

Robuvit® (extracto de madera de roble francés, Horphag Research Ltd) es un suplemento estandarizado. Efectivo según estudios recientes.

- Aliviar los síntomas de fatiga crónica.
- Síndrome de fatiga (SFC),
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y en convalecencia.

Este Suplemento estandarizado ha demostrado ser eficaz en el control de la fatiga de la asociación de estrés oxidativo es seguro y bien tolerado incluso en la fatiga asociada a la hepática fracaso.

8.3. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

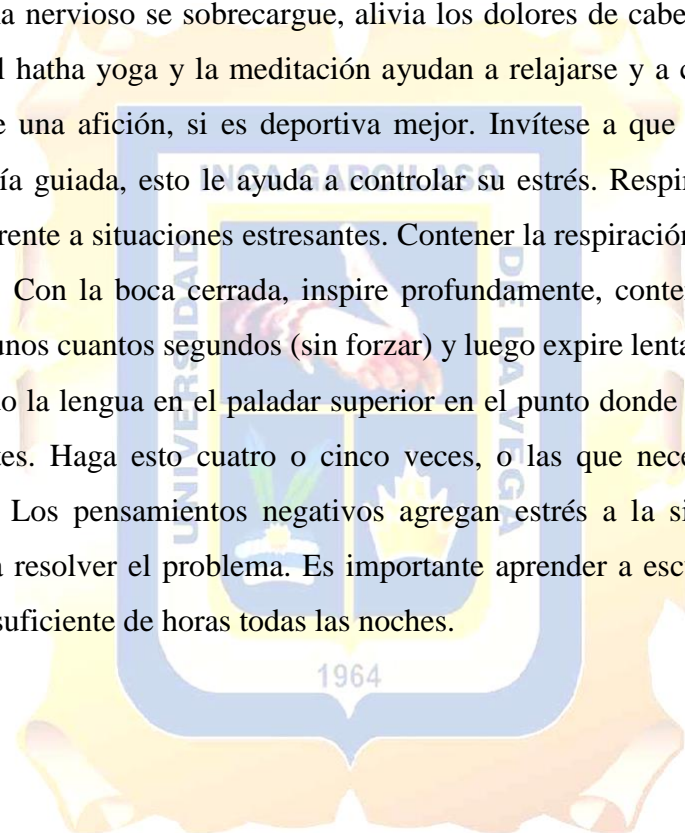
La Organización Mundial de la Salud en su documento: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014- 2023, recomienda incorporar a los sistemas públicos de salud la medicina tradicional y medicina complementaria como solución a los problemas sanitarios que vive el mundo y que en el marco de la atención primaria estas pueden combinarse de forma armoniosa y beneficiosa. Cuando el doctor Bach, médico inglés, descubrió en la década de los años 30 las esencias florales, se estaba adelantando a su tiempo. Buscaba remedios que contribuyeran a una “verdadera curación”. Se había dado cuenta que gran parte de las molestias y enfermedades son expresión de una escasa alegría de vivir, de la insatisfacción interior y de las emociones que nos agobian. Desarrolló las primeras 38 esencias florales como una ayuda para problemas anímicos de fondo. Por la década de los años 70 se han estudiado flores de diferentes regiones del mundo a las que se les ha denominado “esencias florales de segunda generación”. Se han realizado algunos estudios

científicos con las esencias florales, entre ellos tenemos un estudio clínico, comparativo, en el que participaron 50 pacientes divididos en 2 grupos, a fin de demostrar la eficacia de las esencias florales de California como una opción terapéutica para el estrés. La muestra se caracterizó por pacientes en su mayoría del sexo masculino, entre 31 y 40 años de edad, con predominio de insomnio, disminución de la memoria, disfunción sexual, obsesividad, depresión, tensión, irritabilidad e intranquilidad. La terapia floral ha demostrado que actúa al nivel energético y vibracional, no producen toxicidad ni crean hábitos al paciente, no se reporta la aparición de reacciones adversas ni complicaciones en ninguno de los estudios realizados. Los resultados mostrados apoyan la teoría de que el sexo masculino es más vulnerable a padecer estrés, sobre todo en este grupo de edades, posiblemente porque en esta etapa el hombre tiene un incremento de sus responsabilidades y aspiraciones, llevando por supuesto a un incremento de la competencia. En este estudio el 100% de los pacientes tratados tuvo una evolución satisfactoria, con rápida incorporación a sus actividades habituales, logrando armonizar el estado de salud de los pacientes tanto en la esfera psíquica como somática.² En otro estudio, se encontró que los estudiantes de las ciencias médicas sufren una tasa elevada de estrés con efectos adversos potenciales sobre el rendimiento académico, la competencia, el profesionalismo y la salud. En varias experiencias se ha encontrado una interacción entre las situaciones de estrés y el rendimiento de los universitarios. Para ello se elaboró un estudio clínico en el año 2011 donde intervinieron 60 estudiantes con estrés académico calificado como alto y medio que cursaban el primer año de la carrera de odontología de una universidad de Cuba. El objetivo era evaluar la eficacia de la terapia floral de Bach contra dicho estado de cansancio psíquico. La aplicación de la combinación de remedios florales de Bach en este estudio disminuyó los niveles de estrés académico en los estudiantes, con lo cual se demostró su eficacia para lograr un mejor bienestar físico y psicológico, que permita obtener rendimientos académicos superiores. Por último, este estudio recomienda ampliar este tipo de investigación, a fin de preparar a un estudiante con una mayor capacidad de adaptación a los retos de su futura vida como profesional de la salud.

8.3.1. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS CON LO SIMPLE Y NATURAL

Por sus efectos en la respuesta inmunológica, el estrés aumenta la susceptibilidad

a las enfermedades y retrasa la curación. Consumir entre un 50 o 75% de alimentos crudos: verduras y frutas frescas aportan valiosas vitaminas y minerales, excelentes antioxidantes que previenen los efectos indeseables del estrés. Utilizar algunas plantas medicinales tales como el arándano negro que previene la destrucción, la mutación y la muerte prematura de las células de todo el organismo. El cardo mariano purifica y protege el hígado, y tiene propiedades antioxidantes. La manzanilla es un relajante suave, también es un buen tónico nervioso, alivia el tracto digestivo y ayuda a dormir bien. La pasiflora produce efectos calmantes, indispensable en tratamiento anti estrés. La valeriana evita que el sistema nervioso se sobrecargue, alivia los dolores de cabeza relacionados al estrés. El hatha yoga y la meditación ayudan a relajarse y a controlar el estrés. Practique una afición, si es deportiva mejor. Invítese a que le den masajes, o imaginería guiada, esto le ayuda a controlar su estrés. Respire profundamente. Hágalo frente a situaciones estresantes. Contener la respiración sirve para aliviar el estrés. Con la boca cerrada, inspire profundamente, contenga la respiración durante unos cuantos segundos (sin forzar) y luego expire lentamente por la boca colocando la lengua en el paladar superior en el punto donde se unen la encía y los dientes. Haga esto cuatro o cinco veces, o las que necesite para sentirse relajado. Los pensamientos negativos agregan estrés a la situación y no nos ayudan a resolver el problema. Es importante aprender a escuchar. Duerma un número suficiente de horas todas las noches.



LAS 5 ESENCIAS FLORALES PARA EL ESTRÉS DEL DR. BACH “FÓRMULA DE CRISIS”	
ESENCIA FLORAL	CALIDAD

Cherry Plum Prunus cerasifera	Para la tensión y el miedo a perder el control, ayuda a crear una sensación de paz interior / quietud por falta de claridad y conciencia.
Clematis Clematis visalba	Ayuda a llamar la conciencia de uno mismo, y en el tiempo presente.
Impatiens Impatiens glandulifera	Para la irritabilidad, impulsividad, apresuramiento. Permite fluir con los acontecimientos externos. Para tranquilizar los pensamientos y sentimientos de agitación.
Rock Rose Helianthemum nummularium	Para los ataques de pánico o terror que hacen casi imposible pensar o decidir. La flor brinda calma y coraje.
Star of Bethlehem Ornithogalum	Para shock y trauma. Le ayuda a aceptar y comprender el significado más profundo de la propia experiencia.



CAPÍTULO IX: PROTOCOLO / PROGRAMA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

9.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA TERAPIA FÍSICA EN EL SÍNDROME

DE BURNOUT

- **Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución**

En el año 2011, en México, se realizó un estudio con el propósito de evaluar el ejercicio como estrategia de intervención para reducir el grado de Burnout en médicos residentes de México en un periodo de ocho semanas.

El estudio se reclutó a un total de 20 residentes médicos con síndrome de Burnout que cursaban el primero y segundo año de medicina. Fueron analizados 20 residentes, nueve (45%) hombres y 11 (55%) mujeres. El 70% de los residentes cursaban en el primer año y el 30% el segundo año. El grado de Burnout con el que se ingresaron los residentes, sin importar los años de residencia médica, fue intermedio en 35% y severo en 65%. Al momento de iniciar su estudio, 40% de los médicos residentes presentó riesgo cardiovascular bajo, 20 y 60% riesgo cardiovascular intermedio. En el grupo experimental no se registraron efectos adversos durante la realización del ejercicio. Durante la aplicación de las pruebas de esfuerzo no se presentaron incidentes.

En el grupo experimental se observó reducción significativa entre la semana 0, 4 y 8 en el grado de Burnout, con disminución de 2.48 a 1.78 y 1.75, respectivamente ($p = 0.001$, test de Wilcoxon). Los residentes del grupo control mostraron un comportamiento similar en las tres evaluaciones, sin diferencia en el transcurso de las ocho semanas de estudio ninguno de ellos abandonó el estudio. Al comparar el grupo experimental frente al control para la misma variable, se registró disminución de 2.95, 1.55 y 1.50 en el grado de Burnout en los sujetos del grupo experimental durante las semanas 0, 4, y 8, respectivamente ($p = 0.001$, prueba de Friedman). No se observaron diferencias significativas en las cifras registradas en las semanas 0, 3 y 8 de los siguientes parámetros: riesgo cardiovascular ($p = 0.25$), consumo de oxígeno pico ($p = 0.059$), tensión arterial sistólica ($p = 0.06$), tensión arterial diastólica ($p = 0.06$), glucosa ($p = 0.126$), LDL ($p = 0.074$), HDL ($p = 0.114$), peso corporal ($p = 0.262$).

CAPÍTULO X: PROTOCOLO / PROGRAMA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Con la evidencia obtenida podemos construir un protocolo de tratamiento fisioterapéutico con resultados de reducción con respecto al Síndrome de Burnout favorables.

10.1. TRATAMIENTO A CORTO PLAZO

Objetivos:

1. Trabajar de la mano con las otras disciplinas para saber sus antecedentes y los avances obtenidos que ha tenido el paciente.
2. Instaurar confianza al paciente y realizar la actividad correctamente y eso le ayude a estar mas tranquilo a su dolor
3. Explicar al paciente los benéficos de su tratamiento para que esté al tanto de aquello.

10.2. TRATAMIENTO A MEDIANO PLAZO

Objetivos:

1. Valorar y en su caso incluir en tratamientos sustitutivos aquellos pacientes que lo requieran.
2. Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y enseñar un repertorio de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.
3. Controlar sus manifestaciones clínicas más notables durante su tratamiento.

10.3. TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Objetivos

1. Brindarle la información constante de su avance para poder darnos cuenta si el plan de tratamiento es correcto o no.
2. Satisfacción el paciente al ver mejora en su padecimiento gracias al tratamiento planteado.
3. Hacer que el paciente sea independiente de su sintomatología y ayudarse con los ejercicios del tratamiento.
4. Ejercer una ayuda motivacional al paciente gracias al planteamiento dado.
5. Lograr la satisfacción del paciente y llevar una vida normal sin dolor, sin estrés.

10.4. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA EL SINDROME DE BURNOUT

Se define la Terapia Física como una estrategia psicofísica, altamente sistematizada y centrada en los principios de la Cinesiterapia o Fisioterapia (el movimiento como elemento preventivo, curativo y rehabilitador), cuyo propósito es reducir los niveles de estrés a través de la mejora de sus principales síntomas, tales como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y mialgias.

10.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Dados los fundamentos teóricos expuestos con anterioridad, consideramos que dos deberían ser los objetivos generales indispensables en todo programa de Terapia Física que se desee aplicar a pacientes adictos:

1. Disminuir los niveles de estrés en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
2. Mejorar la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

10.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
2. Mejorar el ciclo sueño-vigilia.

3. Mejorar los niveles de concentración.
4. Disminuir las mialgias.
5. Mejorar las capacidades cardiorrespiratorias.
6. Mejorar las capacidades broncopulmonares.

Además de los objetivos grupales, luego de la evaluación inicial es conveniente establecer objetivos individuales. Esto es necesario para mantener la motivación y conocer los obstáculos físicos, sociales, ambientales y psicológicos que puedan dificultar la adhesión del paciente no sólo al Programa de Terapia Física sino también a los modelos de intervención terapéutica.

10.4.3. EVALUACIÓN

El propósito de esta primera etapa será

- a. Tener una clara idea de las potencialidades físicas y fisiológicas del paciente, que permitan discriminar el programa ideal del factible, considerando el estilo de vida del paciente.
- b. La individualización del programa a través del conocimiento de los obstáculos sociales, físicos, ambientales y psicológicos que impidan al paciente incorporarse o continuar en el programa.
- c. Establecer objetivos alcanzables y estimulantes a corto, mediano y largo plazo.
- d. Educar al paciente y a la familia acerca de efectos, intensidad, duración y frecuencia de la Terapia Física.

- La evaluación deberá comprender dos importantes rubros:

El primero de ellos relacionado con los antecedentes en la práctica de actividades físicas y deportivas. Si se ha hecho o se hace uso de un programa formal o informal de gimnasio y/o relajación, el objetivo en ambos casos será incluir dichas actividades en el programa, favoreciendo así la capacidad de disfrute y disminuyendo los estados de aburrimiento, y reducir la probabilidad de deserción, frecuente en pacientes adictos.

El segundo rubro corresponderá a la evaluación de las capacidades físicas, funcionales y psicomotrices. Modificada en base a la experiencia acumulada durante los 6 años de su aplicación en personas de ambos sexos y validada en el 2004. Asimismo, para la

evaluación de los niveles de estrés, se sugiere el empleo de la Escala Magallanes de estrés de García E. y Magaz A.

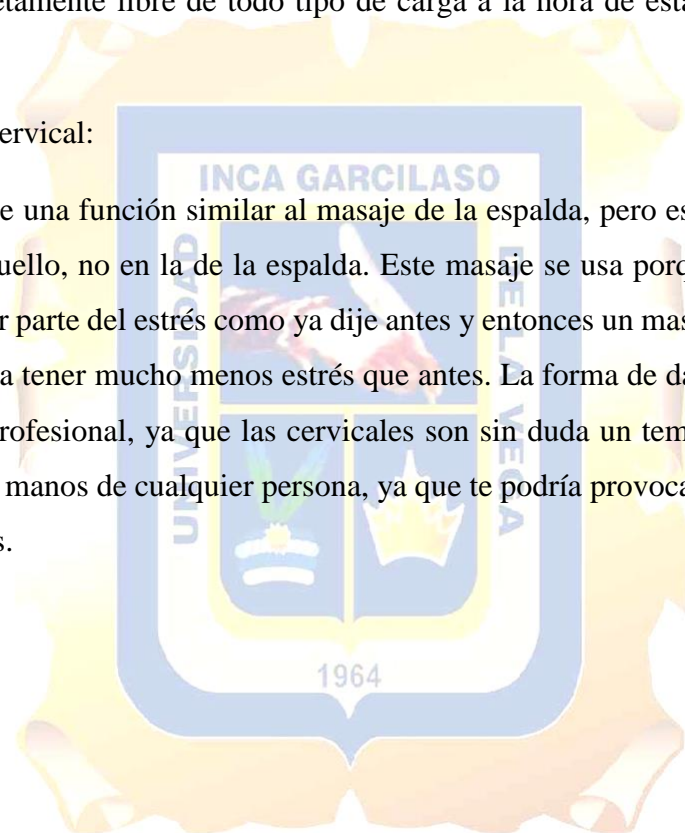
10.4.4. MASAJES

1. Masaje en la espalda:

Poco queda por decir del masaje en la espalda, el cual sin duda todos conocemos por aquí y todos hemos recibido alguna vez. Trata de contactar con un buen masajista para que te haga un masaje en la espalda como mereces. Este masaje desbloqueará estas zonas y te relajará, algo que te servirá para liberar endorfinas para combatir el estrés y con esto quedarte completamente libre de todo tipo de carga a la hora de estar estresado o con amargura.

2. Masaje cervical:

Este masaje tiene una función similar al masaje de la espalda, pero este se va a realizar en la zona del cuello, no en la de la espalda. Este masaje se usa porque en el cuello se localiza la mayor parte del estrés como ya dije antes y entonces un masaje directo en esta zona te ayudará a tener mucho menos estrés que antes. La forma de darte este masaje es a través de un profesional, ya que las cervicales son sin duda un tema delicado que no puedes poner en manos de cualquier persona, ya que te podría provocar una lesión grave sin lugar a dudas.



10.4.5. EJERCICIOS INDUCCION MIOFACIALES

La Inducción Miofascial es un método de evaluación y tratamiento en donde se utilizan movimientos tridimensionales y presiones sostenidas en todo el sistema fascial para eliminar sus restricciones.

En la última década, las técnicas de Inducción Miofascial han ganado en la fisioterapia un campo sin precedentes; han permitido la expansión de muchas raíces en la profesión. Las lesiones del sistema miofascial producen dolor y frenan la recuperación de la función. Se considera que la Inducción Miofascial es la pieza olvidada en la cadena de los tratamientos efectuados por los fisioterapeutas encargados en la restauración de la función y del alivio del dolor.

10.4.6. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS

1. Para relajar la nuca con suavidad: Inclina la cabeza hacia adelante y atrás, hacia un hombro y al otro. Realiza giros con la cabeza hacia un lado y otros como haciendo círculos con la nariz.
2. Para relajar los hombros: Súbelos, bájalos y rótalos uno por vez y simultáneamente. Giro de cabeza y cuello. Relaja los hombros y deja que tu cabeza caiga hacia adelante, con el mentón apoyado en el pecho. Luego, rota lentamente la cabeza en círculos, sin estirar el cuello. Repita este procedimiento cinco veces. A continuación relájate y rota en la dirección opuesta, nuevamente cinco veces.
3. Para los brazos: Levanta los brazos sobre tu cabeza, con los dedos entrelazados y las palmas hacia arriba. Estira los brazos todo lo que puedas; quédate así por alrededor de 10 segundos. Relájate y repite este procedimiento cinco veces.
4. Para brazos y espalda: entrelaza los dedos de las manos entre sí y extiende los brazos hacia delante del cuerpo, gira las palmas hacia adelante, como empujando el aire.
5. Para las manos: Rota las muñecas hacia ambos lados. Extiende un brazo delante de tu cuerpo con la palma hacia arriba; tira de los dedos hacia abajo, alejándolos de la palma, mantén 10 segundos y repita con el otro lado. Sacude las manos como si salpicaras agua.
6. Para las piernas: Sentado delante de un escritorio, empújate con las manos contra él y estira tus piernas; contrae y extiende los pies varias veces y rota los tobillos.
 - o De pie, apoyado de frente contra el escritorio o una pared, adelanta un pie y flexionando la rodilla, estira la pierna de atrás, cambia y haz lo mismo con la otra (sostener como mínimo 10 segundos y máximo 30).

- Sentado o parado, estira simultáneamente piernas y brazos; relaja y vuelve a estirar un par de veces.
- 7. Estiramiento para las piernas: En cuclillas, con las palmas apoyadas en el piso, levanta la rodilla izquierda hacia el pecho y extiende lo más que puedas tu pierna derecha hacia atrás. Baja suavemente el torso, tan cerca del piso como puedas. Quédate así por alrededor de 10 segundos. Relájate y repite este procedimiento cinco veces con cada pierna.
- 8. Para la columna: Sentado en una silla, relaja la columna hacia adelante, aflojando la cabeza entre las piernas y colgando los brazos. Sube y baja lentamente. Coloca las manos detrás de la nuca y lleva los codos hacia abajo y el mentón al pecho, respira en esa posición tratando de aflojarte. Relaja la mandíbula.
- Desde la posición de sentado, rota el tronco lentamente hacia un lado y al otro, como si quisieras mirar hacia atrás rotando todo el torso. Mantén los brazos flojos.
- 9. Estiramiento para la espalda: Acostado en el piso sobre tu espalda, y con los pies apoyados sobre el suelo, recoge las rodillas todo lo que puedas y empuja suavemente la zona lumbar hacia el piso. Quédate así durante 10 segundos. Relájate, y repite este procedimiento cinco veces.
- 10. Para los ojos: Ábrelos y ciérralos con fuerza. Lleva la mirada en distintas direcciones, arriba, abajo, a un lado y otro. Une los puntos como haciendo círculos con la vista. Para finalizar, masajea suavemente con las yemas de los dedos alrededor de los ojos. Frota fuertemente una palma contra la otra, acércalas a los ojos y déjalas apoyadas por unos instantes. Abre lentamente los ojos y luego retira las manos.
- El orden de los ejercicios es indistinto. Se pueden realizar todos o el que más te guste. Lo importante es hacerlos de manera consciente y constante, para que puedas ver resultados satisfactorios.

10.4.7. EJERCICIOS AERÓBICOS

1. **PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO:** A través de esta segunda etapa tanto el terapeuta como el paciente podrán:
 - a. Medir la intensidad, frecuencia y duración del ejercicio a realizar en cada sesión terapéutica.

- b. Medir los progresos a lo largo del proceso y/o efectuar ajustes cuando el caso lo amerite.
- c. Comparar, al término del programa, los resultados obtenidos en la evaluación inicial con los de la evaluación final.

Al constatar paulatinamente los progresos, se contribuye a favorecer la motivación del paciente con los subsecuentes beneficios ya señalados.

2. EJECUCIÓN

Características de las sesiones de Terapia Física

- a. Estructurada: lo cual implica no sólo contar con un programa general, sino también disponer con anterioridad del material que se va a emplear durante la sesión, evitando de esta manera pérdida de tiempo que pudiera cansar o irritar al paciente, lo que reforzaría una de las características del adicto como es la desmotivación.
- b. Amena: por lo que se incluirán juegos recreativos y participativos, así como ejercicios para ser ejecutados en grupo.
- c. Segura: se brindará seguridad al participante y al grupo al no permitir el empleo de lenguaje inapropiado o el contacto físico-agresivo, con lo cual se contribuye también a establecer un estilo de vida diferente y adecuada en cada uno de los integrantes al programa.

La participación del paciente será: Precoz, voluntaria, personal y activa. El ejercicio prescrito será: Conveniente, divertido, variado y modelado

3. FASES DE LA EJECUCIÓN: Esta tercera fase contará con dos subfases

A. Etapa inicial de motivación y de acondicionamiento físico Características del ejercicio

- Tipo de ejercicio: El plan de trabajo por sesión incluye una parte inicial de gimnasia aeróbica agrupada en el siguiente orden: calentamiento (trote), ejercicios cardiorrespiratorios y ejercicios de fortalecimiento, finalizando con ejercicios de estiramiento.
- Frecuencia y duración: 2 veces por semana, dos horas y media por sesión durante 6 semanas. Intensidad del entrenamiento: 45 a 60% de la capacidad máxima de

reserva cardiorrespiratoria durante 6 semanas (OPS, 1993). Para obtener la capacidad máxima de reserva cardiovascular (frecuencia cardíaca máxima, medida a través de las pulsaciones) se sustrae, tras una sesión de gimnasia, en el varón, su edad de 220 y en la mujer de 228, luego se multiplica por 0.45 (45%) y 0.60 (60%) respectivamente, obteniendo así el rango de pulsaciones requerido para un adecuado entrenamiento

○ Gimnasia: Recomendaciones

1. La programación de las sesiones de gimnasia deberá contemplar el desarrollo de tres exigencias: destreza, resistencia y fuerza.
2. Es necesario un entrenamiento básico científico.
3. Es conveniente agrupar a los pacientes según sus habilidades.
4. Iniciar las sesiones con tareas sencillas haciéndolas cada vez más complejas.
5. Emplear el método de calentamiento más efectivo, es decir, la carrera, pudiendo ésta ser hecha en variadas direcciones: círculos, zigzag, tiempos acelerados y retardados, pequeños saltos levantando bien las rodillas, etc.
6. Enseñar a los participantes una buena técnica respiratoria.
7. Incluir alternadamente temas de movimiento con elementos: pelotas, aros, cintas, etc.
8. Al iniciar la sesión, demostrar el movimiento deseado; y, mientras éste dure, el terapeuta físico no deberá hablar, evitando así distraer al grupo.
9. Matizar el tono de voz: voz alta y baja.
10. Combinar los períodos de trabajo con los de descanso.

4. FASE DE ADIESTRAMIENTO DE RESISTENCIA

○ Características del ejercicio

- a. Tipo de ejercicio: ejercicio dinámico, prolongado, predominantemente isotónico, de grandes grupos musculares (caminar, trotar, montar bicicleta, pesas).
- b. Frecuencia, duración e intensidad del ejercicio: 2 veces por semana, de 2 horas de duración, 60% a 70% de la capacidad máxima.
- c. Tiempo de efectividad de la terapia: 6 semanas.

Para la realización de las actividades propias de Terapia Física es indispensable contar con un: Tecnólogo médico en Terapia Física y Rehabilitación con formación en adicciones para así garantizar el cumplimiento del objetivo final: la rehabilitación del paciente. Auxiliar de Terapia Física cuya presencia facilitará las interacciones ya que en ocasiones los grupos pueden ser difíciles; además, permitirá que el terapeuta físico controle y maneje los aspectos referidos al proceso y, el auxiliar, los relativos al accionar del grupo.

- FÍSICOS: Áreas verdes, amplias y abiertas. Gimnasio.
- MATERIALES: Los indispensables son: Implementos deportivos: pelotas (fútbol, básquet, voleibol). Equipos de gimnasio: bicicletas estacionarias, discos, pesas, sogas, bandas elásticas, hula-hula; radio-tocassette, cassettes, estiletes, señaladores, sillas.
- CONSIDERACIONES GENERALES

1. De preferencia efectuar el trabajo en un gimnasio y en áreas verdes.
2. En cuanto al ambiente, éste deberá estar libre de tensión, ansiedad y conflicto, fomentándose de esta manera la identificación, cohesión, esperanza, apoyo y aprendizaje nutritivo continuo.
3. Disponer, con anterioridad a las sesiones, del material necesario para la práctica del día, evitando de esta manera la desmotivación por parte de los participantes.
4. Dar las directivas en forma clara y firme.
5. La relación terapeuta-paciente deberá ser amistosa, evitándose todo trato preferencial y las confrontaciones improductivas y destructivas. Asimismo, el terapeuta físico deberá propiciar la implicación cuando se produzcan nuevos ingresos y la interacción empática entre los miembros.
6. Dentro del trabajo de grupo, favorecer la mejora de las conductas sociales y de aquellos aspectos de la personalidad que pudieran ayudar al paciente a luchar contra una posible recaída.
7. Favorecer la expresión de opiniones por parte del grupo.
8. Alentar al grupo de manera sincera y sin exageración.

10.4.8. EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Existen muchos ejercicios de respiración que puede realizar como ayuda para relajarse. El primer ejercicio que se indica a continuación, la respiración abdominal, se aprende fácilmente y es fácil de hacer. Es mejor comenzar por allí si jamás ha realizado ejercicios de respiración con anterioridad. Los otros ejercicios son más avanzados. Todos estos ejercicios pueden ayudarle a relajarse y a aliviar el estrés.

- Respiración abdominal

La respiración abdominal es fácil de realizar y es muy relajante. Intente este ejercicio básico en cualquier momento que necesite relajarse o aliviar el estrés.

1. Siéntese o acuéstese en una posición cómoda.
2. Coloque una mano sobre el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano sobre el pecho.
3. Respire hondo por la nariz y deje que el abdomen le empuje la mano. El pecho no debería moverse.
4. Exhale a través de los labios fruncidos como si estuviese silbando. Sienta cómo se hunde la mano sobre su abdomen y utilícela para expulsar todo el aire hacia afuera.
5. Realice este ejercicio de respiración entre 3 y 10 veces. Tómese su tiempo con cada respiración.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.

- Próximos pasos

Una vez que haya dominado la respiración abdominal, se recomienda que intente uno de estos ejercicios de respiración más avanzados. Intente los tres y vea cuál funciona mejor para usted:

- Respiración 4-7-8
- Respiración completa
- Respiración matinal

- Respiración 4-7-8

Este ejercicio también utiliza la respiración abdominal para ayudarle a relajarse. Puede realizar este ejercicio sentado o recostado.

1. Para comenzar, coloque una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho, al igual que en el ejercicio de respiración abdominal.
2. Respire profunda y lentamente desde el abdomen y cuente en silencio hasta 4 a medida que inhala.
3. Contenga la respiración y cuente en silencio del 1 al 7.
4. Exhale por completo a medida que cuenta en silencio del 1 al 8. Intente sacar todo el aire de los pulmones para cuando llegue a 8.
5. Repítalo entre 3 y 7 veces o hasta que se sienta tranquilo.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.

- Respiración completa

El objeto de la respiración completa es desarrollar el uso completo de los pulmones y centrarse en el ritmo de su respiración. Puede hacerlo en cualquier posición. Pero, mientras aprende, es mejor recostarse boca arriba con las rodillas flexionadas.

1. Coloque la mano izquierda sobre el abdomen y la mano derecha sobre el pecho. Observe cómo se mueven las manos al inhalar y exhalar.
2. Practique llenar la parte inferior de los pulmones respirando, de modo que la mano "del abdomen" (izquierda) suba cuando inhala y la mano "del pecho" permanezca quieta. Siempre inhale por la nariz y exhale por la boca. Haga esto 8 a 10 veces.
3. Cuando haya llenado y vaciado la parte inferior de los pulmones entre 8 y 10 veces, agregue el segundo paso a su respiración: primero, inhale aire hacia la parte inferior de los pulmones como antes y, después, siga inhalando aire hacia la parte superior del pecho. Respire lenta y regularmente. Mientras lo hace, la mano derecha se levantará y la mano izquierda bajará un poco a medida que el abdomen baja.
4. A medida que exhala lentamente por la boca, haga un sonido leve y sibilante a medida que baja la mano izquierda, primero, y la mano derecha, después. Mientras exhala, sienta cómo la tensión deja el cuerpo a medida que se relaja cada vez más.
5. Practique inhalar y exhalar de esta forma entre 3 y 5 minutos. Note que el movimiento del abdomen y del pecho sube y baja como el balanceo de las olas.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.

Practique la respiración completa diariamente durante varias semanas hasta que pueda hacerla casi en cualquier lugar. Puede utilizarla como una herramienta de relajación instantánea, en cualquier momento que lo necesite.

Advertencia: Algunas personas se marean las primeras veces que hacen respiración completa. Si comienza a respirar demasiado rápido o a sentirse aturdido, desacelere la respiración. Levántese poco a poco.

- Respiración matinal

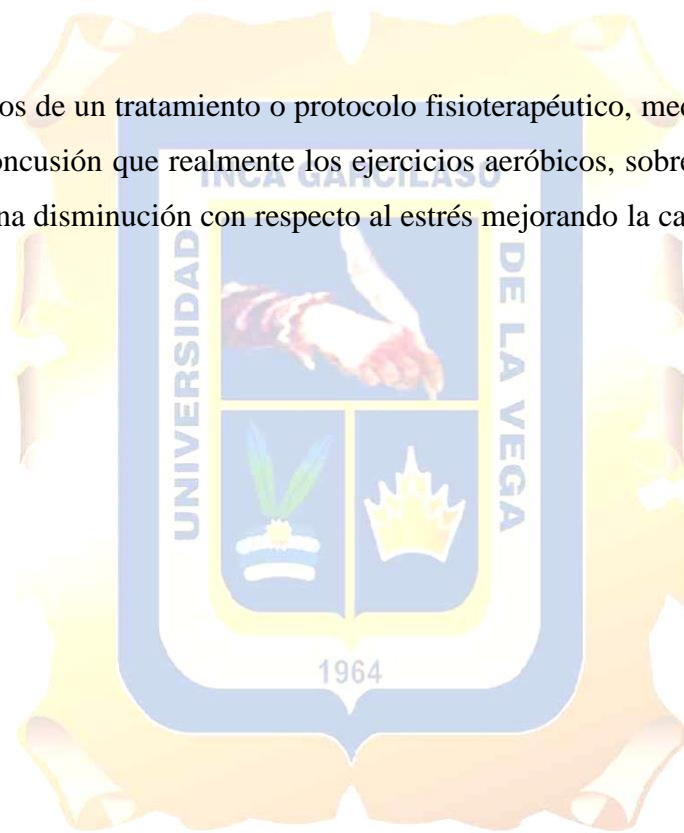
Intente realizar este ejercicio cuando se levanta por la mañana para aliviar la rigidez de los músculos y liberar las vías respiratorias obstruidas. Luego, utilícelo a lo largo del día para aliviar la tensión en la espalda.

1. En posición de pie, inclínese hacia adelante desde la cintura con las rodillas levemente flexionadas y permita que los brazos cuelguen cerca del suelo.
2. Mientras inhala lenta y profundamente, regrese a la posición de pie enderezándose lentamente y levantando, por último, la cabeza.
3. Contenga la respiración solo por unos pocos segundos en esta posición de pie.
4. Exhale lentamente a medida que regresa a la posición original, flexionándose hacia adelante desde la cintura.
5. Note cómo se siente al final del ejercicio.

CONCLUSIONES

- 1) El Síndrome de Burnout (SBO) como problema de salud, es un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en sus demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre - exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectan negativamente el rendimiento y calidad del servicio.
- 2) El Síndrome de Burnout también llamado Síndrome de Desgaste Profesional o del Quemado presenta diferentes definiciones a lo largo del tiempo, el agotamiento presenta ciertas facetas y otras características que están relacionadas con el individuo, siempre contexto y/o relacionados con la organización y en condiciones de vida. La publicación actual por Houkes que, si bien el agotamiento afecta a ambos sexos, es más probable que se desencadene por la despersonalización en los hombres y por el agotamiento emocional en mujer.
- 3) Mediante los antecedentes sabemos que el Síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. La prevalencia en otros países es tan baja como 9% hasta una tan alta como 75% en Australia.
- 4) El Síndrome de Burnout presenta tres dimensiones importantes, la cual nos hace conocer las principales características que adquiere una persona; sin embargo también hay sintomatologías que da una alerta que estamos pasando por un estrés.
- 5) Las manifestaciones en el Síndrome de Burnout nos va a ayudar a saber qué es lo que pasa con nosotros y a su vez dentro de nosotros como: físicos, afectivos, cognitivos, de comportamiento y motivacionales.
- 6) En el Síndrome de Burnout se encuentran diferentes tipos o niveles que se presentan sus propias características y síntomas con forme a duración y distinto tratamiento, dando a conocer que hay un desequilibrio sentimental y emocional, como también problemas musculares y digestivos.

- 7) Los modelos han sido divididos en procesos o etapas, la cual no necesariamente debe estar en un orden, debido a que en cada persona es distinto.
- 8) Como se sabe el síndrome de Burnout es multifactorial, ya que no solo es evaluado por un psicólogo, sino también por un médico, por un nutricionista, un psiquiatra, incluido el terapeuta físico, claro está que cada profesión tiene sus propias evaluaciones.
- 9) El Síndrome de Burnout en la actualidad tiene diversos tipos de tratamiento pero las investigaciones son muy escasas, en especial con respecto a la terapia física, sin embargo podemos observar que hay una efectividad en cada uno de los tratamientos planteados.
- 10) Si hablamos de un tratamiento o protocolo fisioterapéutico, mediante la evidencia llegamos a la conclusión que realmente los ejercicios aeróbicos, sobre todo la actividad física produce una disminución con respecto al estrés mejorando la calidad de vida de la persona.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ayala, E. (2013). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011. (Tesis inédita de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
2. Bastos, C. A., Pereira, S., Cardoso, L., Rogerio, M., Naves, L., y da Silva Gherardi-Donato, E. C. Occupational stress among nursing technicians and assistants: coping focused on the problem. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 2015, 28–34.
3. Gonzales Giraldo, G. H. Tipos de personalidad y afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios de psicología. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. 2017
4. Martínez, A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 2010 (112), 1–40.
5. Martínez, J. Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2017; 31 (1).
6. Mera, D., y More, E. Estresores laborales y capacidad de afrontamiento en internas/os de enfermería Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2013. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú; 2014.
7. Quiros, S. Bournout y afrontamiento en un grupo de agentes de tráfico del aeropuerto (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú; (2013).
8. Ramírez, R. L. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento al estrés, en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital Nacional Dos de Mayo-2016(Tesis inédita de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; (2016).
9. Silva, B. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento del estrés en los profesionales de enfermería de una clínica privada de Lima Metropolitana, 2015 (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú; 2016.

10. Soto, M. y Yucra, C. Estresores laborales y capacidad de afrontamiento en internas/os de enfermería Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2013. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru; 2013.
11. Cabrera, v; Aragonés, M; Muñoz, R; Pastor, M. Escala de ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia; Análisis de sensibilidad y Especificidad. Rev. Terapia y Psicología, 2015; (3).
12. Vidotti, V; Ribeiro, R.P; Galdino, M.J.K. Burnout Síndrome and Shift Work among The Nursing Staff; Rev. Latino-Am Enfermagem. 2018;26:e 3022
13. Silvia, S. Propuesta de intervención de Ergonomía y Burnout para el técnico en Emergencias Sanitarias [grado en fisioterapia]. Universidad de Lleida; 2015.
14. Hederich-Martinez, C; Caballero-Dominguez, C. Validación del Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico Colombiano; Rev. CES Psicología. 2016;(1).
15. Gil-Monte, P; Rojas, S; Jorge, I; Salvador, A. Validez factorial del cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT) en una muestra de maestros Mexicanos; Rev. Salud Mental, 2009,(3).
16. Ramos, B; Maria, L. Incidencia del Síndrome de Burnout en el desempeño laboral de los Fisioterapeutas que laboran en las unidades de Salud Pública del Cantón Ambato. [TERAPIA FÍSICA]. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud.
17. Burgos, L; Battion, L; Costabel, J; Alveres de Lima, A. Evaluación del Síndrome de Burnout en residentes luego implementar el “descanso Postguarria”; Rev. Argent Cardiol. 2017(1).
18. Flores, J. Prevalencia y Factores Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Asistentes de Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molino Scipia; [Medico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma. 2018.
19. Carrillo-Esper, R; Gomez-Hernandez, K; Espinoza de los Monteros-Estrada, I. Síndrome de Burnout en la práctica Médica. Med Int Mex 2012;(6).
20. Romero-Gil, J. Diseño de un programa para disminuir los síntomas del burnout en los profesionales Sanitarios; [Grado en Fisioterapia]. Universidad de Almería, 2013.

21. Hernandez-Rodriguez, F. Ergonomía y psicología Aplicada “Síndrome Burnout” en Fisioterapia en centros de educación Especial. [Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales]. Universidad Miguel Fernández, 2015.
22. Dominguez-Sanchez, E. Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores Sociales. [Trabajo Social]. Universidad de la Rioja. 2015.
23. Cortes-Fradejas. Programa de Intervención Fisioterapéutica para la mejora de estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad.[Psicología Evolutiva y Educación]. Universidad da Coruña; 2015
24. Visado, S.A; Sanchez, R.P.A; Montiel, B.N.M. Síndrome de Burnout en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México: Un estudio Comparativo; Rev. Int. J.Odontostomat. 2012; (2).
25. Grisales-Romero, H; Osorio, M; Robles, E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de referencia Ibagué, Colombiano, 2014; Rev. Electrónica Trimestral de Enfermería; 2016;(41)
26. Alvarez-Paredes, L.j. Relación entre el Síndrome de burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal de Salud del Servicio de Emergencias del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013. [Medico Cirujano]. Universidad Católica de Santa Maria; 2013.
27. Arteaga-Romani, A; Junes-Gonzales, W; Navarrete-Saravia, A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud; Rev. Med panacea. 2014,(2).
28. Hederich-Martinez, C.Y; Caballero-Dominguez. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventor y Student Survey (MBI-SS) en contexto académico Colombiano; Rev. CES Psicología. 2016,(1).
29. Aldrete-Rodriguez,M.G; Navarro-Meza, C; Gonzales-Baltazar, R; Contreras-Estrada, M.i; Perez-Aldrete, J. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer Nivel de Atención a la Salud; Rev. Colonia Altamirano Zopopan; 2015 (52). www.ciencia y trabajo.cl
30. Robles-Velasquez, R; Cáceres-Gutierrez, L. Síndrome Burnout en cirujanos dentistas de hospitales de Lima Metropolitana. [Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010.
31. Magalhães, E; Machado-Sousa, A; Sousa-Govêla, C; Ladeira, L.C; Moser-Queiroz, D y Viana-Vieira, C. Prevalencia del Síndrome de Burnout entre los anestesiistas del Distrito Federal; Rev. Brasileiro de Anestesiología, 2015; 65(2).

32. Toledo-Neira, E.D. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Salud de la Clínica Maison de Sante de Lima. [Medico Cirujano]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016
33. Yuri Rosales R. Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. Rev. De medicina y seguridad del trabajo. 2011; 57(225).
34. Oramas Viera A. Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. La Habana-Cuba 2013.
35. Toro cortes D. Niveles de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales. [tesis presentada como requisito parcial para optar al título de magister en enfermería].Universidad nacional de Colombia facultad de enfermería Manizales. Colombia; 2014.
36. Velasquez Neyra A. síndrome de burnout y bienestar psicológico en enfermeras del micro red de salud de san Juan de Miraflores – villa maría del triunfo [Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología] lima: universidad autónoma del Perú; 2014.
37. Miranda mesías R. factores asociados al síndrome de burnout en médicos de un centro de salud privado de lima [tesis para optar grado de maestro en gerencia de servicios de salud] lima: universidad san Martin de Porres; 2014.
38. Andrew, Procter E., Burnout overcoming excess stress, 1. Ed, England, Lion Books, 2013.
39. McCormack N., Cotter C., Managing Burnout in the Workplace, Gran Bretaña, British Library Cataloguing- in- Publication Data, 2013.
40. Pirker-Binder I., Mindful Prevention of Burnout in Workplace Health Management, Berlin, Heidelberg, Springer, 2016
41. Bährer-Kohler S., Burnout for Experts, Basel-Switzerland, Springer, 2013.
42. M. Skovholt T., Trotter-Mathison M., The Resilient Practitioner, 3th, Ed., New York y London, Routledge, 2016.

ANEXO 1: EVALUACIÓN

Tabla 1. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
---	---	--

2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

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

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
------------------	---------------------	-------------

Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala: Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.



Tabla 2. TEST PARA MEDIR LAS ÁREAS DE IMPACTO DEL SÍNDROME BURNOUT

	IMPOTENCIA	
1	No puedo darle solución a los problemas que se me asignan	

2	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.	
3	Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.	
B	DESINFORMACIÓN	
4	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.	
5	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.	
C	CONFLICTO	
6	Me siento atrapado en medio. Debo satisfacer demandas conflictivas.	
7	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo	
D	POBRE TRABAJO DE EQUIPO	
8	Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo.	
9	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.	
E	SOBRECARGA	
10	Mi trabajo interfiere con mi vida personal.	
11	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo	
12	Mi carga de trabajo es abrumadora	
F	ABURRIMIENTO	
13	Tengo pocas cosas que hacer.	
14	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.	
15	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina	
G	POBRE RETROALIMENTACIÓN	
16	No sé qué es lo que hago bien o mal.	
17	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla	
18	No veo los resultados de mi trabajo	
H	CASTIGO	

19	Mi superior (supervisor) es crítico	
20	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.	
21	Soy culpado por los errores de otros.	
I	ALINEACIÓN	
22	Estoy aislado de los demás	
23	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.	
24	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.	
25	Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.	
J	AMBIGÜEDAD	
26	Las reglas están cambiando constantemente. No sé qué se espera de mí.	
27	No existe relación entre el rendimiento y el éxito.	
28	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.	
K	AUSENCIA DE RECOMPENSAS	
29	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos	
30	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado	
31	Nadie me respeta.	
L	CONFLICTO DE VALORES	
32	Debo comprometer mis valores.	
33	Las personas desapruueban lo que hago. No creo en la Institución	
34	Mi corazón ni está en mi trabajo	

Tabla3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso 2) Sí, pero no muy intenso 1) Sí, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo
1) Es posible que no me cuido como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

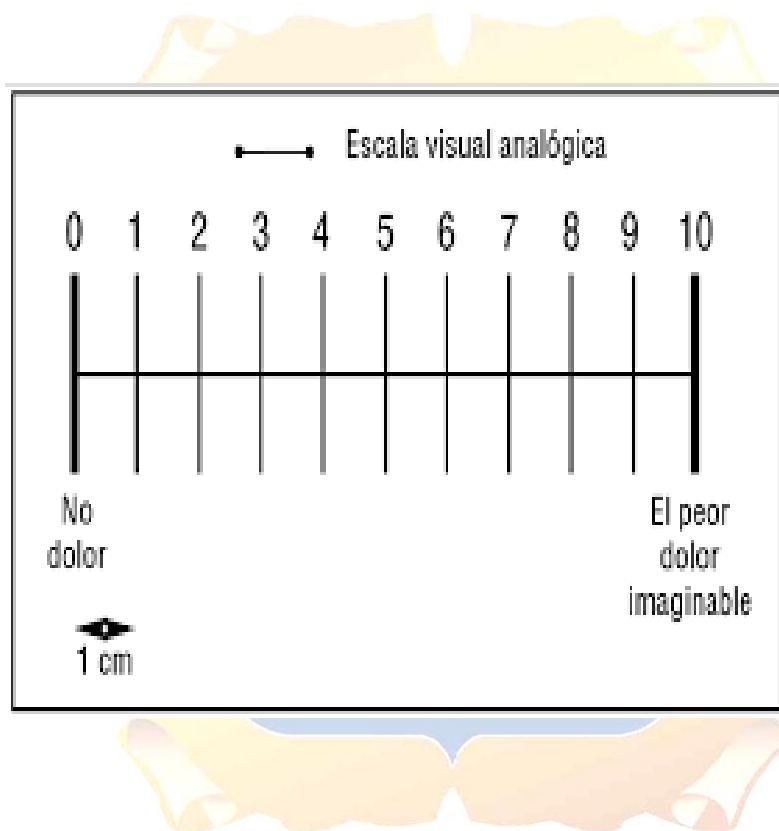
0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11 Puntuación HAD-D: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

➤ EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA.

1. ESCALA DE EVA

2. ESCALA NUMERICA VERBAL

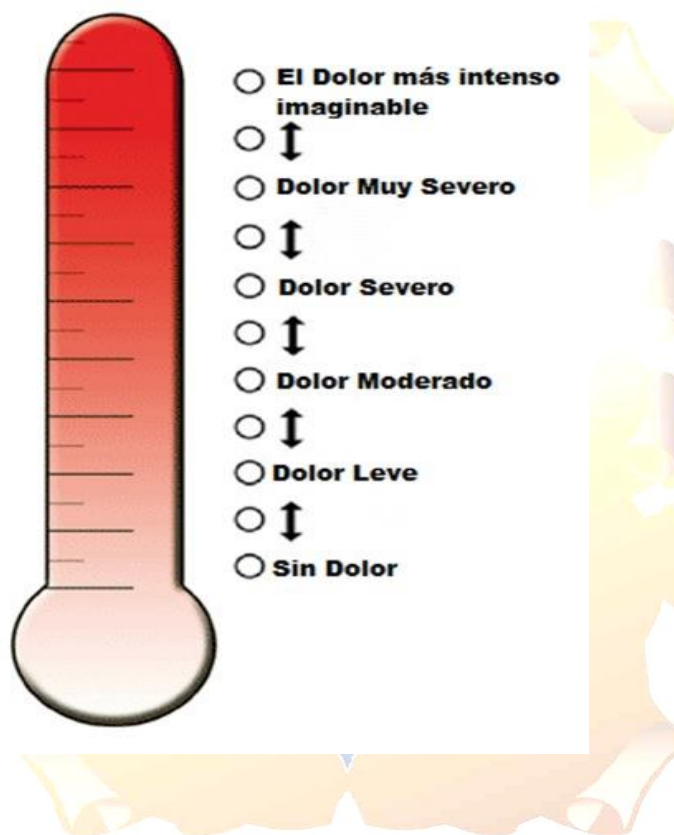


3. ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL

Escala verbal



4. TERMÓMETRO DE DOLOR DE IOWA



ANEXO 2: TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

1. EJERCICIOS INDUCCIÓN MIOFACIALES

MIEMBRO INFERIOR

GEMELO

En decúbito supino, con el único apoyo de las manos en el suelo a la altura de los hombros. Deslizamos dejando caer el peso del cuerpo. Con caderas en rotación externa trabajaremos más el vientre externo pudiendo llegar incluso a trabajar los peroneos. En rotación interna trabajamos el vientre interno. Rodar desde el hueco poplíteo hasta tendón de Aquiles.



TIBIAL ANTERIOR

En cuadrupedia, con una rodilla apoyada y la otra pierna sobre el rodillo, hacemos rodar la pierna por la cara externa de la tibia en toda su longitud. Rotando un poco más externamente podemos trabajar también los peroneos. Como variante, poniendo la pierna en rotación interna podríamos trabajar toda la zona interna de la pierna con los flexores de los pies.



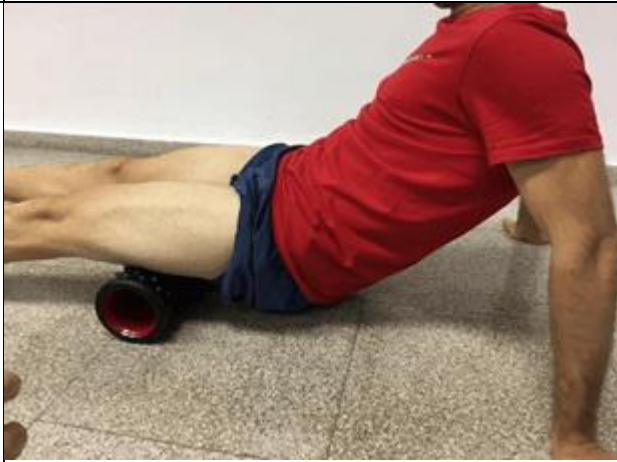
CINTILLA ILIOTIBIAL

En decúbito lateral llegando hasta la cresta ilíaca para tocar el tensor de la fascia lata. Cruzamos la pierna contraria, manteniéndola apoyada en el suelo para obtener mayor estabilidad. Ambos brazos apoyados en el suelo.



ISQUIOTIBIALES

En supino nos deslizamos llegando desde el isquion hasta la zona poplíteica. Con cadera en rotación externa trabajamos más la zona del bíceps femoral y en rotación interna el semimembranoso y semitendinoso.



ADDUCTORES

Abriendo bien las piernas, subimos y bajamos la pelvis al suelo, dejando rodar la pierna con ambos brazos apoyados. Podemos apoyar ambos pies para conseguir una mayor estabilidad y concentrarnos solo en la zona aductora.



CUÁDRICEPS

En decúbito prono apoyamos nuestros antebrazos en el suelo como para realizar una plancha. Podemos apoyar puntas de los pies para obtener mayor estabilidad y nos deslizamos llegando hasta la base de la rótula ascendiendo hasta la espina ilíaca anterosuperior.

Se pueden trabajar todas las porciones simplemente rotando la cadera.



GLUTEOS

Se pueden trabajar conjuntamente, con la cintilla iliotibial y músculo tensor de la fascia lata, aunque para focalizarse más en ellos no se debe rotar tanto el cuerpo a decúbito lateral. Ascender bien hasta la cresta ilíaca llegando hasta el trocánter y pasando por el pliegue glúteo.



COLUMNA VERTEBRAL

ZONA LUMBAR

Con las rodillas semiflexionadas y los pies apoyados en el suelo, manos a la altura de nuestra cadera apoyadas en el suelo nos deslizamos a lo largo de la columna lumbar dejando caer el tronco y regresando a posición inicial con la ayuda de manos y pies.



ZONA DORSAL BAJA

Sin apoyar masa glútea en el suelo, únicamente los pies, con las rodillas flexionadas. Tendremos los brazos paralelos al suelo para mejorar el equilibrio, ya que en esta postura no tenemos mucho control de core. Nos deslizamos hasta el borde inferior de la escápula.



ZONA DORSAL ALTA

Para trabajar esta zona colocaremos los brazos cruzados sobre el pecho, con las manos en el hombro contralateral (para hacer protuir las escápulas y concentrar el trabajo en romboides y trapecio). Podemos trabajar también el tejido muscular que recubre las escapulas, como redondos e infraespinoso, rotando un poco el tronco. Hay que prestar especial cuidado, puesto que el choque óseo con la escápula puede ocasionar molestia.



DORSAL ANCHO

Trabajaremos sobre todo la porción axilar, pudiendo trabajar su extensión restante en las posiciones dorsales comentadas anteriormente con la variante de ligera rotación del tronco hacia el lado que queremos trabajar.

En decúbito lateral con el brazo homolateral elevado y paralelo al suelo; la pierna contralateral permanecerá elevada. Será con la que nos ayudemos para deslizarnos sobre el rodillo.



REGIÓN CERVICAL

Recostados con el rodillo como almohada realizamos un movimiento de negación, de izquierda a derecha, trabajando ambas regiones del cuello, trapecio superior y toda la zona paravertebral.



