

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEUTICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT”
(REVISIÓN DE LA LITERATURA)

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. ALAN ALBERTO TORRES DÍAZ

DIRECTORES:

DR. EN FIL. JAVIER JAIMES GARCÍA
ESP. EN C. G. MARCO ANTONIO MONDRAGÓN CHIMAL

REVISORES

M.C. DIEGO ABRAHAM DIEGO REYES
M.A.M. RICARDO GALLARDO DÍAZ

TOLUCA, MÉX. 2014.

“ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEÚTICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT”
(REVISIÓN DE LA LITERATURA)

INDICE

Cap.

I MARCO TEÓRICO	1
I.1 Introducción.....	1
I.2 Definición	5
I.3 Epidemiología	6
I.3.1 frecuencia	7
I.4 Factores de riesgo	8
I.5 Consecuencias	10
I.5.1 Consecuencias psicológicas.....	11
I.5.2 Consecuencias físicas	12
I.6 Principales dimensiones	14
I.6.1 Disminución de la autorrealización personal	14
I.6.2 Cansancio emocional.....	14
I.6.3 Despersonalización	15
I.7 Patogenia y proceso de desarrollo.....	16
I.8 Diagnóstico	17
I.8.1 Método para evaluar el Síndrome de Burnout	23
I.9 Terapéutica	24
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
III JUSTIFICACIÓN.....	29
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	30
V. HIPÓTESIS.....	31
VI OBJETIVOS.....	32
VI.1 General	32
VI.2 Específicos	32
VII. MÉTODO	33
VII.1 Tipo de estudio	33

VII.2 Diseño de estudio	33
VII.3 Universo de trabajo	34
VII.3.1 Criterios de inclusión	34
VII.3.2 Criterios de exclusión	34
VII.5 Limite de espacio	35
VII.6 Límite de tiempo	35
VIII .IMPLICACIONES ÉTICAS	36
IX. ORGANIZACIÓN	37
X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	38
XI. RESULTADOS	39
XI.1 Sobre el concepto de Burnout: su estado actual.....	40
XI.2 Estrategias de intervención psicosocial.....	44
XI.3 Un giro de 360: el engagement como opuesto al Burnout	48
XI.4 Estrategias y Técnicas de Afrontamiento.....	52
XI.5 Apoyo social y Burnout.....	59
XII. CONCLUSIONES	64
XIII. RECOMENDACIONES	67
XI. BIBLIOGRAFÍA	70
XII ANEXOS.....	77

I . MARCO TEÓRICO

I.1 Introducción

El síndrome de desgaste (Burnout) es un problema que se está presentando en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dicho padecimiento; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador.

Una especial atención se presta en la actualidad a las manifestaciones de estrés en las profesiones de servicios públicos. Su explicación se encuentra probablemente en el auge del sector de los servicios en las economías nacionales. Son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las que se hallan vinculadas a los servicios médicos

Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en doctoras y doctores. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome. Lo que coincide con los estudios de doble jornada en mujeres (tareas domésticas y el trabajo en alguna institución de salud).

El Burnout es una consecuencia del estrés laboral crónico. En el caso del área médica, las manifestaciones de este síndrome pueden afectar no sólo el bienestar de los médicos sino también la calidad del cuidado brindado al paciente.

La mayoría de los profesionales que inician su carrera laboral, lo hacen no sólo pensando en los beneficios económicos inmediatos que se obtienen de un salario. Esas personas tienen expectativas de desarrollo personal y de éxito en su profesión. De manera especial, los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudar a otras personas como es el caso de los visitadores sociales, los psicólogos, los maestros, enfermeras, médicos, abogados etc., son personas que tienen la expectativa de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven. Y muchas veces esas expectativas se constituyen en el origen de sus fracasos como profesionales. De acuerdo con Herbert J. Freudenberger (1974) estas personas están propensas a caer en un estado de fatiga o frustración respecto a su devoción a una causa, forma de vida o relación, que ha fracasado en producir los resultados esperados. Es una especie de estrés avanzado un desgastarse, sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, al cual le dió el nombre de Burnout.

El propósito de este trabajo es dar un panorama general del síndrome de desgaste, considerando sus principales signos y síntomas para que los médicos identifiquen esta problemática en ellos y/o en sus compañeros de trabajo. Por otro lado, describir qué es lo que se ha estudiado referente a los médicos, que a su vez pueden generar alternativas del estudio en nuestro país.

Se propone que se continúe con el estudio en médicos, retomando los aciertos y errores de los estudios realizados para contribuir a dar evidencias empíricas y así implementar estrategias de prevención e intervención en esta población de riesgo.

El concepto de “*quemarse por el trabajo*” (“Burnout”) surgió en Estados Unidos (Freudenberger, 1974), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. A lo largo de estos años el *síndrome de quemarse por el trabajo* ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes).

El término de Burnout no siempre se ha utilizado para referirse al mismo concepto. Con el paso del tiempo ha cambiado sus significados. Quiceno estima que la primera vez que se utilizó este término se remonta al año 1901 por Thomas Mann en su obra literaria “The Bunddensbrooks” en la que se relata la condición de decadencia de una familia. De la misma manera, afirma que en 1961 Graham Green publica “A Burnout case”, obra literaria en la que también se utiliza el término Burnout para referirse a la condición de uno de sus protagonistas que decide abandonar su profesión y vivir en una selva africana (1). Por otro lado, Schaufeli reconoce que, en 1969, Bradley menciona este término para explicar el desgaste sufrido por algunos oficiales encargados de un programa para delincuentes juveniles (2).

Respecto al uso del término Burnout en el campo de investigación, Schaufeli afirma que en 1974 en New York Herbert Freudenberger, psiquiatra que laboraba en una clínica de rehabilitación para toxicómanos, lo utiliza nuevamente al percatarse en algunos voluntarios de la pérdida de la motivación y responsabilidad sobre los pacientes después de algún tiempo de laborar. Freudenberger utilizó el término Burnout con una nueva connotación puesto que anteriormente se había utilizado para describir algunos de los efectos de desgaste por abuso de drogas

(2). Según Garcés de los Fayos, Freudenberger definió el término Burnout como “el sentimiento de fracaso, agotamiento o la sensación de estar exhausto ante excesivas demandas de energía, fuerza espiritual o recursos personales”. De esta manera, Garcés de los Fayos también refiere que tiempo después, en 1976, Maslach y sus colegas comenzaron a utilizar este término que fue popular entre los abogados californianos alrededor de estas fechas para explicar el gradual agotamiento, el cinismo y la pérdida de la responsabilidad en algunos de sus colegas. Maslach decide adoptar el término gracias a la facilidad con que es reconocido por parte de algunos entrevistados en estudios sobre servicios humanos profesionales. Gracias a estos estudios, en 1981 se delimita de manera más clara el Burnout. Según refiere Garcés de los Fayos, “lo conceptualizan como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. De tal aseveración surgen las tres dimensiones que conforman este síndrome las cuales son cansancio emocional, despersonalización e inadecuada realización personal (3).

Pozo, en 2007, reconoce la aportación realizada en 1986 cuando se da un gran avance en cuanto al estudio del síndrome de Burnout por parte de Maslach quien desarrolla una herramienta que sirve para la detección de sujetos con alguna de las 3 variantes del síndrome. Esta herramienta fue llamada Maslach Burnout Inventory y actualmente es el instrumento más utilizado para la detección de esta entidad (4).

El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

I.2. Definición

De acuerdo a Gutiérrez, el síndrome de Burnout también puede ser llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome de burned out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros (5). Se define, según Rojas Bolaños “como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Maslach reconoció que el Burnout es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización” (6). Gutiérrez también afirma que el Burnout ocurre principalmente en personal que está constantemente en contacto con seres humanos que le atribuyen al prestador de servicios grados variables de responsabilidad dada su condición. Ante tal atribución, el prestador de servicios debe de realizar estrategias funcionales de afrontamiento adecuadas para realizar de manera eficaz su función laboral, sin embargo, cuando la capacidad de adaptación del individuo falla de manera prolongada, genera sentimientos de fracaso profesional e interpersonal que le llevan a adoptar conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento y auto protección .Continúa el mismo autor refiriendo que tal situación tiene repercusiones personales e interpersonales, así como variaciones en la calidad de los servicios prestados, ausentismo y riesgo de evolucionar hacia una complicación médica mismas que se tratarán con posterioridad .

Una de las definiciones más aceptadas acerca del concepto Burnout es la dada por Maslach y Jackson en 1982. Afirman que el Burnout es un síndrome de estrés crónico en el cual se experimentan fundamentalmente tres esferas; agotamiento emocional (pérdida y disminución de recursos emocionales), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas, cinismo e insensibilidad hacia las personas a las que se les brinda un servicio) e inadecuada realización personal (tendencia a valorar el trabajo propio de forma negativa, insuficiencia profesional y baja autoestima). De igual manera, afirman que tal entidad está presente en personal que ejerce atención intensa y prolongada sobre personas en situación de dependencia o necesidad hacia servicios proporcionados (6).

I.3. Epidemiología

I.3.1. Frecuencia

Son numerosos los estudios que se han realizado acerca de la presencia del síndrome de Burnout en distintas profesiones. Como se ha mencionado anteriormente, hay predominio en la existencia de Burnout sobre profesionistas que mantienen contacto intenso y prolongado con personas a las que se les brinda un servicio. Debido a esto, las principales profesiones en las que se ha estudiado la presencia de Burnout tienen que ver con salud, docencia y trabajos administrativos. Sin embargo, no se excluye su presencia en distintos estratos laborales.

En relación con el personal sanitario y los médicos en formación, la frecuencia oscila de manera considerable en distintos estudios. Para Atance Martínez la frecuencia de Burnout en médicos que proporcionan atención de primer nivel de salud en Guadalajara fue de 47.16 % (7). De la misma manera, Barraza Macías afirma que la frecuencia de Burnout en médicos de primer nivel de salud en Durango en el año 2007 es de 31%.

Cabe destacar que en el mismo estudio se determina la presencia de Burnout en profesores de la misma entidad obteniéndose un resultado de 22%, 9 unidades porcentuales inferior al de los médicos (8).

Varios autores han buscado correlación entre la presencia del Burnout y la relación que existe entre diversos factores sociodemográficos, laborales e infraestructurales. Tal es el caso de Ramírez García quien determinó la presencia del Burnout en médicos residentes del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México en 2010. Los resultados fueron una frecuencia de 58.6% y el relevante hallazgo sobre la relación de los casos positivos con factores laborales y sociales tales como el sexo masculino, la edad de 26 años, cursar el primer o tercer año de la especialidad, no tener una pareja estable, sentimientos de mala comunicación con superiores o directivos, contar con instalaciones deficientes y realizar turnos de trabajo diarios superiores a 10 horas (9).

Porras González, en 2011, determina la prevalencia del síndrome en médicos residentes de la especialidad de cirugía en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca y concluye que el 55.6% de los residentes experimentan un nivel alto de Burnout. También establece la relación existente entre algunos factores epidemiológicos tales como el género masculino, el estado civil de soltero, el cuarto año de la especialidad y la especialidad de cirugía general. Cabe resaltar que en su estudio la edad de los residentes a los que se aplica la investigación oscilaba entre 25 y 35 años de edad y el 83% eran hombres (10).

Un estudio realizado durante el mismo año por parte de Trujillo Díaz en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, abarcó no solo a los médicos, sino a todo el personal de salud. Concluyó que 71.5% del personal cuestionado presentaban Burnout en alguna de sus 3 esferas. Del total de recursos (175), 115 fueron mujeres con frecuencia mayor entre 30 y 34 años, 50 hombres con mayor frecuencia de 35 a 39 años.

Encontró una relación epidemiológica importante en cuanto al hecho de que, entre el personal que presentó Burnout, predominaron aquellos que laboraban por contrato (11).

Como se puede observar en los datos anteriores, la frecuencia del Burnout en médicos en nuestro estado oscila entre 45 y 71.5%.

I.4. Factores de riesgo

Se han encontrado diversos factores de riesgo para presentar Burnout un ejemplo de ellos es el estudio realizado por Brooks en neurólogos. En ellos se encontró como una de las causas principales para el desarrollo de Burnout el gran número de tareas burocráticas, numerosas horas de trabajo, ingreso económico no acorde a las expectativas y poco impacto en sus pacientes a pesar del buen cuidado a los mismos. Aunque también se han encontrado variaciones de acuerdo a la edad, se estima que la presentación del Burnout oscila durante los 45-55 años, disminuyendo de los 55 a 65 años de edad, asociado a la jubilación y a las pocas horas de trabajo (12).

Brooks también observó una diferencia entre las especialidades y el riesgo de presentar el síndrome de Burnout, encontrándose que los médicos familiares, médicos internistas, médicos de urgencias, médicos ginecólogos y obstetras y médicos cirujanos se encontraban entre los primeros con riesgo de presentar este síndrome, mientras que las especialidades con menor riesgo fueron médicos patólogos, médicos pediatras, médicos dermatólogos, médicos psiquiatras y médicos oftalmólogos (12).

Las diferencias entre sexo en lo referente a la presencia del Burnout, según refiere Peckerman, indicaron que el 56% de los sujetos positivos al síndrome fueron mujeres, mientras que el 40%, hombres, asociándose a la dificultad de manejar su

trabajo y el hogar más aún si cuentan con hijos (13). Peckerman también ha asociado la falta de ejercicio con el desarrollo de Burnout. Se comprobó que en sujetos que realizan ejercicio 2 veces por semana la presencia del síndrome de Burnout era menor que en aquellos que no realizan ejercicio en absoluto, la diferencia entre desarrollo Burnout si bien es mínima favorece a los que realizan ejercicio alguno (13).

Existe variación entre los principales factores de riesgo en las diferentes especialidades médicas. Tal hecho fue investigado por Peckerman quien encontró que los médicos oncólogos e intensivistas presentan desgaste emocional al tratar con pacientes crónicos terminales. El mismo autor menciona que el inadecuado trato y evolución de un paciente parece ser un estresor importante entre las especialidades que realizan procedimientos como traumatología y ortopedia, cardiólogos, dermatólogos cirujanos generales y sus subespecialidades, en los cuales pueden ser amenazados sus ingresos debido a no realizar el procedimiento médico de acuerdo a los protocolos actuales. El hecho de considerar que su trabajo no es remunerado de acuerdo a su labor es el factor de riesgo más común entre pediatras, ginecólogos y obstetras y neurólogos. La monotonía del trabajo en la cual refieren sentirse como un engranaje es un factor de riesgo presente en Médicos Familiares e Internistas. La idea de no poder dar un cuidado y tratamiento de calidad oportuno, así como el exceso de pacientes son factores de riesgo en los médicos de Urgencias (13).

Carol Peckham menciona que, en cuanto al matrimonio, hay una tendencia mínima de verlo como un factor protector independientemente de si se está casado o conviviendo con un compañero(a), observándose que los médicos con mayor número de hijos parecen tener un riesgo menor de presentar el síndrome de Burnout aunque la diferencia es mínima (14).

Janis Kelly comenta que el tener dificultades interpersonales en el trabajo con los individuos con los que se labora implica parte de los riesgos en el desarrollo de Burnout, aunque no está entre las primeras causas (15).

Reese, por otra parte, refiere que, si bien estos factores son los más comunes en el desarrollo del síndrome Burnout, también depende de cada médico y de su posibilidad o imposibilidad de olvidarse de su trabajo y disfrutar su tiempo libre (16).

I.5. Consecuencias

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos, pudiendo provocar entre otras enfermedades físicas: deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales.

Linda Emanuel hace referencia que dentro de las consecuencias de presentar el síndrome Burnout se encuentra el aburrimiento laboral, depresión, fatiga, frustración, alteraciones gastrointestinales, cefaleas, insomnio, baja de la moral, pérdida de peso, desgaste emocional, disminución de la empatía, baja realización personal, imposibilidad para dejar el trabajo (17) Gutiérrez añade también ausentismo laboral, dificultad para trabajar en equipo, incremento en el número de errores.

I.5.1. Consecuencias psicológicas

Reese comenta que el entrenamiento diario que recibe un médico se centra en satisfacer metas burocráticas, centrándose en el perfeccionismo, la ambición y el estar al día de los avances médicos, dejando a un lado la satisfacción propia y la felicidad (18).

Guillermo Gutiérrez, Miguel Celis, Sergio Moreno, Felipe Farias, José Suárez observan tres componentes principales en el síndrome Burnout entre ellas se encuentra el agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, cuando hay cinismo e insensibilidad por la otra persona y baja realización personal .

De igual manera, Gutiérrez relaciona el Burnout y el estrés, ya que el estrés prolongado desencadena el Burnout . Reese habla sobre la capacidad de adaptación de parte de los sujetos a los distintos entornos en los que se desenvuelve crea cierto grado de tensión emocional el cual resulta indispensable para afrontar de manera eficaz las distintas situaciones que se presentan en cualquier entorno laboral, pero cuando estas situaciones rebasan la capacidad del individuo para adaptarse de manera adecuada y se prolonga dicho proceso, este experimenta la presencia de depresión, falta de motivación y desmoralización, lo que se traduce en una situación laboral negativa pues disminuye la satisfacción hacia el trabajo y su adecuada realización .

Linda Emanuel estudia las Conductas depresivas encontradas en las personas que presenta Burnout y la diferencia de la depresión en personas sin Burnout. Afirma que en el Burnout existe una reducida sensación de superioridad y una baja de su percepción como persona realizada. El individuo se siente con la posibilidad de seguir adelante mientras que los deprimidos ya se han rendido. Esta autora también delimita el Burnout al trabajo y su contexto (17).

Carol Peckham hace hincapié que el suicidio entre los médicos puede ser más común en comparación a la población general según algunos estudios en los que se ha asociado al estrés laboral. También relaciona el hecho de presentar Burnout a una predisposición hacia adicciones entre las que son más comunes el tabaquismo y el alcohol

Harms valoró las consecuencias en la salud de cirujanos residentes veteranos de un mismo hospital. Los resultados fueron que el 50% presentaba problemas de salud a partir de los 50 años, el 21.4% estaban divorciados y un 7.3% eran alcohólicos.

Johansson asocia el estrés psicológico al deterioro de la capacidad cognitiva llegando al desarrollo de demencia esto asociado a cambios inmunes y hormonales “Estrés *puede relacionarse con una declinación cognitiva y demencia por la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal incrementando el nivel de hormonas glucocorticoides (Sapolsky, 1996; Lupien et al., 1997; Peavy et al., 2007) lo que conduciría a una atrofia del hipocampo (Bremner et al., 1995; McEwen, 2000) y depósito del péptido amiloide-b y de la proteína tau en el cerebro (Green et al., 2006) que son los marcadores para la enfermedad de Alzheimer* “ (19).

I.5.2. Consecuencias físicas

Andrew Seaman estudia las consecuencias físicas del estrés en el recuento y calidad de los espermatozoides, observando que en previos estudios los hombres que acuden a las clínicas de fertilidad suelen tener una presencia considerable de estrés en la vida diaria, en un estudio que realizó se reclutaron a 94 hombres que acudían a la clínica de fertilidad por primera vez y en otro un grupo de 85 que no acudían a clínicas de fertilidad midiéndose el estrés en una escala de 20 a 80, donde 80 indicaba gran número de estrés y ansiedad observándose que los pacientes con un bajo puntaje presentaban un semen de mejor calidad y un

recuento de espermatozoides más alta que aquellos que con un puntaje alto encontrándose incluso una movilidad mayor , sin embargo la diferencia entre ambos grupos no fue significativa, ya que la gran mayoría se encontraba entre la calidad y producción normal (20).

Barclay, en un estudio que realizó a residentes los cuales tienen un bajo estilo de vida, asociado a depresión y fatiga, observó un aumento en los accidentes automovilísticos de acuerdo a un estudio de cohorte longitudinal prospectivo a 3 meses en el cual, de 384 residentes elegibles, solo 340 aceptaron, de los cuales solo 23 reportaron un incidente vehicular, 34 un choque vehicular y 130 estar cerca de presentar uno (21).

Por su parte Heller, hace referencia a que el estrés prolongado se ha indicado como un desencadenante en el desarrollo de problemas dermatológicos, incluyendo dermatitis atópica, acné así como urticaria observándose que, aparte de ser un factor desencadenante, también es un factor exacerbador para las mismas alteraciones dermatológicas incluyendo la psoriasis (22). De igual manera, afirma que, al padecer alguna de estas enfermedades puede causar estrés o depresión, convirtiéndose en un círculo vicioso (22).

Fran Lowry afirma que el envejecimiento también está asociado al estrés. Se realizó un estudio para determinar la medida del telómero el cual es un indicador del envejecimiento ya que entre más replicaciones celulares tiende a acortarse, observándose que en pacientes deprimidos el telómero era más corto en comparación con personas no deprimidas, midiéndose el telómero en leucocitos de 91 pacientes deprimidos contra 450 controles, con una edad media de 59 años y que habían padecido depresión por alrededor de 28 años (23).

I.6 Principales dimensiones

I.6.1 Disminución de la autorrealización personal

Cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico- paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo. El usuario busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada de un sinfín de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir solución a su problema, sorpresa, dolor, rabia, frustración, miedo, desesperación, desesperanza o tristeza por lo que está viviendo, ante esta situación del usuario, si el que presta la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por el usuario, se genera una situación de frustración tanto para el usuario como para el profesional de salud; esta última, la mayoría de las veces, no es percibida por el usuario, pero, en cambio el profesional que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional.²⁴⁻²⁵

I.6.2. Cansancio emocional

Ante la situación anterior, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio, hasta el grado de sentir que ya no puede y/o no quiere ver más pacientes, y desarrolla sentimientos de que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo al usuario, ni a compañeros, familia ni con él mismo. Hasta llegar a sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de la autoestima.²⁶⁻²⁷

I.6.3. Despersonalización

Finalmente desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento y emoción por el usuario o por su padecimiento, a los que incluso se puede llegar a tratar en forma deshumanizada, fría, no hay contacto visual y mucho menos hay relación interpersonal con el paciente, su actitud es de cinismo.

A pesar de que el Síndrome de Burnout está estrechamente relacionado con el estrés laboral, ya que es una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de sus propios recursos, este síndrome tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un estrés laboral agravado. Mientras que este último tiene aspectos negativos y positivos debido a que en ocasiones los individuos deben estar estresados en su trabajo porque les permite un mejor funcionamiento, el Burnout, tiene solamente aspectos negativos y es una de las maneras que tiene de progresar el estrés laboral, de lo que se desprende que el estrés laboral no necesariamente conduce al Burnout. También debe tenerse en cuenta la diferencia del estrés o la crisis, el Burnout no siempre es reconocido por quien lo padece, sin embargo es muy importante su detección y tratamiento temprano ya que genera situaciones de riesgo para el trabajador en el plano individual, familiar, social y laboral. Es por este motivo que debe prestarse atención a aquellos indicadores que lo evidencia: falta de disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin prestar soluciones, vínculos interpersonales conflictivos, dificultad para realizar tareas habituales, incumplimiento de horarios, enfermedades frecuentes, mayor propensión a accidentes, errores, etc.²⁸

I.7 Patogenia y proceso de desarrollo

El síndrome aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Es un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. Una vez percibida la situación como estresante, han de aparecer estrategias de afrontamiento que neutralicen los estresores y hagan desaparecer estas discrepancias. La secuencia de desarrollo del síndrome de agotamiento emocional:

1.- Fase de aparición del conflicto: ataques suaves e insidiosos, síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente.

2.- Fase de instauración del síndrome: se intensifican las conductas violentas o agresivas; se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal.

3.- Fase de intervención de la superioridad o el grupo: después de un cierto tiempo, los responsables toman consciencia del problema e intervienen.

4.- Fase de marginación o exclusión de la vida laboral: existe una fase irreversible, entre el 5 y el 10% resulta irreversible. Se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico que debe ser tratado. La víctima abandona la vida laboral()

Este síndrome es un proceso continuo de comienzo insidioso que tiene tres características:

- No aparece de forma brusca, variando su intensidad dentro del mismo individuo;
- Negación: se tiende a negar la situación por q se la suele vivir como un fracaso tanto a nivel profesional como personal.

- Fase irreversible.

Al síndrome de Burnout se le puede definir desde una perspectiva clínica y desde una perspectiva psicosocial. Desde el punto de vista clínico es el estado al que arriba el sujeto como consecuencia del estrés laboral y hace alusión a una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral como resultado de la pérdida del idealismo y frustración de las expectativas profesionales. En esta misma línea Fischer consideró al Burnout como “un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos”. “Estado en el que se combina fatiga emocional, física y mental, sentimiento de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general y baja autoestima”, junto con síntomas como vacío físico, sentimiento de desamparo, desesperanza, desilusión y desarrollo de autoconcepto y actitud hacia el trabajo y la vida misma.

I.8 Diagnóstico

Este síndrome ha sido estudiado con gran interés por innumerables autores desde principios de la década de los ochenta. Y una buena parte de ellos ha utilizado como instrumento de medición el instrumento denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1981). Este instrumento supone el Burnout como un constructo tridimensional constituido por la sensación de agotamiento emocional, una actitud de desinterés por las personas en el trato profesional y un sentimiento de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional. El instrumento utiliza dos escalas de medición: una de intensidad y otra de frecuencia; y es utilizado para hacer observaciones entre profesionales que trabajan en servicios humanos. Tiene diversas versiones como adaptaciones ciertos grupos como es el caso de una versión para maestros y ha sido traducido a idiomas como el árabe, el noruego, el español.²⁹

El “Maslach *Burnout Inventory-Human Services Survey*” (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1986) es el cuestionario más utilizado, aceptado y difundido en diferentes países, y ha sido utilizado en la mayoría de los estudios en los que se analiza la prevalencia del síndrome de burnout, lo que ha permitido comparar los resultados obtenidos en diversos estudios. Maslach y Jackson (1986) proponen un criterio de percentiles para cada dimensión, consistente en dividir a la muestra en tres grupos de igual tamaño, 33.3% de los individuos. Estos grupos categorizan a los sujetos que responden el cuestionario en individuos con niveles altos, medios y bajos para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo). Pero querer transpolar estos criterios a la población latina puede entrañar sesgos que pueden ser relevantes, ya que los criterios estadounidenses pueden ser inadecuados, debido a la existencia de diferencias significativas en los valores normativos de corte por cuestiones socioculturales, lo que dificulta concluir sobre el número de individuos que han desarrollado la patología y los que no (Schaufeli y Dierendonck, 1995). En el manual no se ofrecen puntos de corte o criterios diagnósticos “validados clínicamente”.

Otro criterio utilizado para determinar la prevalencia del síndrome de burnout es el de Schaufeli y Dierendonck (1995), quienes en una muestra de trabajadores de la salud que fueron derivados a tratamiento psicopatológico por problemas en su salud mental derivados del trabajo establecieron puntos de corte para el MBI-HSS, que fueron validados clínicamente. Recomiendan utilizar estos criterios para establecer el diagnóstico del síndrome de burnout, ya que afirman que el uso del MBI-HSS y sus criterios diagnósticos en poblaciones no de habla inglesa, conllevaría a considerar a individuos sanos como enfermos. Además concluyen que los puntos de corte para la población americana, son más altos en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal en el trabajo que para la muestra holandesa y que se debe ser extremadamente cauto cuando se utilizan los puntos de corte para establecer los niveles del síndrome de burnout.

Recientes estudios han señalado que el MBI es un instrumento que presenta problemas metodológicos y conceptuales importantes (Gil-Monte, _005a; Halbesleben y Demerouti, _005; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen). Por ello se han construido instrumentos de evaluación alternativos que intentan superar esas insuficiencias. El “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) (Gil-Monte, _005a), nace de la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos para realizar diagnóstico. El CESQT presenta cuatro dimensiones denominadas:

1. Ilusión por el trabajo. Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el síndrome de burnout.
2. Desgaste psíquico. 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.
3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los pacientes. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.
4. Culpa. Desarrollo de sentimientos de culpa debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los pacientes.

La escala de culpa permite la realización de un diagnóstico diferencial, pues mediante ella se pueden identificar diferentes perfiles en la evolución del síndrome de burnout y, por tanto decidir pautas de tratamiento, y criterios de intervención. El modelo teórico que subyace al CESQT considera que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico característica de los profesionales que trabajan hacia personas. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas

puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, y con posterioridad los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de indolencia). La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. 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 a 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 cuestionario MBI-HSS consta de 22 ítems que se distribuyen en tres escalas denominadas Realización personal en el trabajo (8 ítems, $\alpha = .84$), Agotamiento emocional (9 ítems, $\alpha = .88$) y Despersonalización (5 ítems, $\alpha = .78$). Los individuos valoran cada ítem del cuestionario con una escala de frecuencia en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 grados que van de 0 ("nunca") a 6 ("todos los días"). Bajas puntuaciones en Realización personal en el trabajo, junto con altas puntuaciones en Agotamiento emocional y en Despersonalización se corresponden con altos niveles del síndrome de burnout. Para establecer criterios de riesgo se utilizan los puntos de corte de Maslach y Jackson (1986) (percentil 33 y 66) y para los criterios patológicos se utilizan los puntos de corte de Schaufeli y Dierendock (1995).

El CESQT se compone de cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo (5 ítems, $\alpha = .78$), Desgaste psíquico (4 ítems, $\alpha = .81$), Indolencia (6 ítems, $\alpha = .75$), y Culpa (5 ítems, $\alpha = .79$) . Está formado por 20 ítems que se valoran en una escala de frecuencia, con un rango de 5 grados que va de “Nunca” (0) a “Muy frecuentemente: todos los días” (4). La consistencia interna para el conjunto de los 15 ítems de las escalas de Ilusión por el trabajo (invertidos), Desgaste psíquico, e Indolencia alcanzó un valor de $\alpha = .85$.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
<p>1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.</p>	
<p>2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.</p>	

3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

I.8.1 Método para evaluar el síndrome de Burnout

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento 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

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

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 autoeficacia y realización personal en el trabajo.(Puntuación máxima 48).

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia el síndrome.

I.9 Terapéutica

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías:

1. Estrategias individuales
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el nivel grupal e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Pines define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar al sujeto de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad, apoyo emocional y apoyo emocional desafiante, participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre si mismo, autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento. En el diagnóstico precoz son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado, son una importante fuente de apoyo, son quien mejor nos comprenden ya que pasan por lo mismo; por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout. Por todo esto es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo:

Desde la Administración se plantea ahora la necesidad de intentar articular estrategias de prevención y de intervención que palién el malestar que vive la población .Habrá que considerar:

- condiciones de prevención primaria, centradas en medidas de selectividad, orientadas a evitar que personas con características personológicas y motivacionales poco idóneas, accedan a la formación profesional ; así como alternativas de revisión de la formación que recibe el futuro Médico, ya que se estima que ésta no se adecua suficientemente a las exigencias actualmente demandadas

- propuestas de prevención secundaria para Médicos en activo, que contribuyan a detectar y superar las dificultades del ejercicio profesional.

- modalidades de prevención terciaria para Médicos con desajustes psíquicos, orientadas a facilitar periodos de readaptación laboral y reequilibrio psíquico.

La organización desde el punto de vista de la salud laboral es una estrategia general y colectiva de afrontamiento y prevención de los posibles riesgos. Para ello se propone un modelo organizativo.

Hutter demostró que la reducción de la jornada laboral de los residentes de cirugía a 80 horas semanales disminuía significativamente el cansancio emocional. Concluyó además, que la reducción del trabajo mejora el grado de Burnout, la calidad de vida percibida, tanto fuera como dentro del hospital, las relaciones interpersonales y la motivación por el trabajo.

Existen estudios serios que plasman la situación actual de los médicos en formación a la exposición a factores de riesgo para el desarrollo del Burnout, además se puede deducir, gracias a las innumerables pruebas anecdóticas, que el sistema de enseñanza cuenta con importantes debilidades que van más allá del ámbito teórico y práctico del profesional de la salud en formación. Cuestiones organizacionales, incentivos desproporcionados con relación a la labor realizada, largas jornadas de trabajo, falta de disponibilidad de insumos, sistemas jerárquicos rígidos e incluso tradicionalistas, ponen en tela de juicio la eficacia y calidad de la formación de los futuros médicos generales ³⁰.

II . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen estudios serios que plasman la situación actual de los médicos a la exposición a factores de riesgo para el desarrollo del Burnout, además se puede deducir, gracias a las innumerables pruebas anecdóticas, que el sistema de enseñanza cuenta con importantes debilidades que van más allá del ámbito teórico y práctico del profesional de la salud

El sistema de formación de médicos generales tiene el mismo modelo en las distintas universidades de México en las que se han realizado estudios referentes al Burnout, la frecuencia de esta entidad oscila alrededor de las mismas cifras comentadas anteriormente. Partiendo de este punto, es indispensable generar programas que detecten casos de síndrome de Burnout en el personal de salud en formación así como detectar los factores con más predisposición para su desarrollo y, en la medida de lo posible, prevenir tanto el síndrome como sus tres variantes.

Con el conocimiento adquirido a través de los resultados y su interpretación, se pudieron detectar los factores que influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo del síndrome. Una vez determinados, podrán generarse programas o estrategias con el propósito de modificar o sustituir dichos factores para poder prevenir el Burnout en el personal en estudio, logrando, de esta manera, impacto indirecto en la calidad de los servicios brindados a la población y un impacto directo sobre el prestador de servicios. Los beneficiarios serán, tanto los prestadores de servicios y su entorno laboral, como los pacientes que dispongan de los servicios.

Considerando lo antes expuesto, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es el estado actual de la terapéutica del síndrome de Burnout según la bibliografía revisada?

III. JUSTIFICACION

El síndrome de Burnout es una entidad que se ha detectado con mayor frecuencia en personal de salud incluso desde etapas formativas encontrándose en porcentajes que van desde el 45% al 71.5% de acuerdo a los estudios revisados en los que se evalúa a médicos en periodos formativos y médicos que proporcionan atención de primer nivel de salud (9, 10, 11). De tal suerte que el personal está en constante riesgo de padecer Burnout dadas las condiciones laborales vigentes. Por tal motivo, resulta fundamental conocer, entender y atender los factores de los sistemas educativos e instituciones de salud que influyen en el desarrollo del Burnout. Únicamente así se podrían modificar o sustituir por modelos de enseñanza más efectivos y que mejoren la calidad de vida del personal de salud logrando así mejores profesionistas, mejor calidad en los servicios otorgados y mejor relación médico paciente.

El síndrome de Burnout tiene importantes repercusiones tanto en la salud individual como en la calidad de los servicios proporcionados. Su presencia en diversas profesiones relacionadas con prestadores de servicios en los que se tiene contacto prolongado con seres humanos hace de esta entidad un importante problema social. Como ya se ha mencionado, son muchos los factores de riesgo implicados en su desarrollo.

IV. Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado actual de la terapéutica del Síndrome de Burnout según la bibliografía revisada ?

V. Hipótesis

El presente trabajo de investigación es de tipo documental, por lo que no se plantea hipótesis.

VI. Objetivos

1. General

Estructurar un documento sobre el estado actual de la terapéutica del Síndrome de Burnout de acuerdo a los artículos revisados.

2. Específicos

1. Diferenciar según la bibliografía revisada las terapéuticas empleadas para tratar el síndrome de Burnout

3. Determinar según el análisis de los artículos revisados los efectos benéficos de la terapia

4. Realizar en relación con los artículos y las guías terapéuticas revisadas recomendaciones para el manejo adecuado del Síndrome de Burnout.

VII. Método

VII.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo documental, basado en la recopilación de la información obtenida a partir de los artículos de investigación y obtenidos de revistas médicas especializadas.

VII.2 Diseño de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo documental, cuya base es la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios de investigación publicados en revistas especializadas, el cual se llevó a cabo en dos etapas:

En la primera se llevó a cabo la revisión de artículos sobre Síndrome de Burnout de las siguientes bases de datos:

1. ProQuest
2. Redalyc
3. Pubmed

Una vez obtenidos los artículos se procedió a su lectura, concentrando la información relevante para esta investigación en tarjetas de trabajo previamente diseñadas en Microsoft Word Office, en las cuales se redactó la ficha bibliográfica del artículo de investigación, de acuerdo con la técnica de Vancouver, las fichas

también contendrán un resumen de la información más relevante al tema de investigación.

En la segunda parte se procedió al cruce de la información contenida en las fichas de trabajo, que permita la redacción del documento final, así como el diseño del documento propuesto.

VII.3 Universo de Trabajo

1. Lo constituyen los artículos publicados sobre el síndrome de Burnout de las revistas: New England Journal of Medicine, Lancet, ProQuest ,Redalyc ,Pubmed.

VII.3.1. Criterios de inclusión

Los artículos de investigación sobre Síndrome de Burnout publicados en los últimos cinco años en las revistas antes mencionadas.

VII.3.2. Criterios de exclusión

Todos los artículos publicados en los últimos cinco años en las revistas antes mencionadas que no corresponden al tema de Síndrome de Burnout.

VII.4. Limite de espacio.

Lo constituye la biblioteca de la Facultad de Medicina en donde se consultaran las siguientes direcciones de internet, a fin de acceder a las bases de datos:

*<http://www.mdconsult.com>

*<http://www.aha.com>

*<http://www.online.ca/medline>

VII.5 Límite de tiempo

Doce semana a partir de la fecha de aceptación del presente protocolo de investigación, según el siguiente cronograma de actividades:

Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recopilación de la información documental	x	x	x									
Elaboración de fichas bibliográficas				x	x	x	x	x				
Redacción del documento final									x	x	x	x

VIII.Implicaciones Éticas

Las implicaciones éticas son mínimas, ya que se trata de un trabajo de investigación documental, donde se respetarán los derechos de autor.

IX. Organización

La dirección del presente trabajo de investigación es responsabilidad de los Dres. Javier Jaimes García y Esp. En C.G. Marco Antonio Mondragón Chimal , Profesores de la Facultad de Medicina y la ejecución del mismo estará a cargo del M.P.S.S. Alan Alberto Torres Díaz.

X. Financiamiento y Presupuesto

El costo aproximado del presente trabajo es de \$ 9,500.00 y fue financiado por el Médico Pasante Alan Alberto Torres Díaz

XI. RESULTADOS

Se revisaron 90 artículos , de las revistas Elsevier Journal ,Clinical care Journal ,Pubmed ,Redalyc ,Nieto Editores ,Drugs ,Medicine ,Stroke ,Science ,Proquest ,entre otras , del año 2002 al 2013 sobre el Síndrome de Burnout (Tabla 1).

Revista	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	Total
Elsevier Journal					1	1							2
Critical care Journal					1								1
Pubmed	2	2	1	2	5	3	2	2	1	1	1		22
Redalyc			1		1	1	1	2					6
Nieto Editores			1	1		1							3
Drugs						1	1						2
Medicine					1		1						2
Stroke								1					1
Science					4								4
Proquest					3								3
Revistas mexicanas		1		1			1	1	1				5
GPC IMSS			1	2			1						4
New England Journal of Medicine												2	2
Otras revistas	2	4	1	5	3	2	6	3	1	3	3		33
TOTAL	4	7	5	11	19	9	13	9	3	4	4	2	90

Tabla 1

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEUTICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

XI.1 Sobre el concepto de Burnout: su estado actual

El Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual. El elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico (caracterizados por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico y los costes que el Burnout supone para las personas y las organizaciones, ha despertado el interés en conocer y tomar medidas para prevenir el Burnout (31).

El síndrome de estar quemado por el trabajo puede entenderse como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y cinismo e ineficacia profesional (32). Hace referencia a una metáfora que describe un estado de agotamiento similar a un fuego que se sofoca, una pérdida de energía, una llama que se extingue o una batería que se agota (33).

Una definición clásica de Burnout es la que ofrece Maslach ,quien lo define como “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera (34). El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales (35). La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo” (36).

Esta situación se traduce en una serie de consecuencias tanto a nivel individual (agotamiento, fatiga crónica, cansancio, distancia mental, ansiedad, depresión, quejas psicosomáticas, incremento del uso de sustancias tóxicas, generalización o 'desbordamiento' a la vida privada, dudas respecto a la propia capacidad para desempeñar el trabajo), a nivel de trabajo (insatisfacción laboral, falta de compromiso organizacional e intención de abandonar la organización) y a nivel organizacional (incremento de la tasa de absentismo y bajas laborales, disminución del desempeño del trabajo y falta de calidad del servicio).

El estudio del Burnout a nivel científico ha permitido el desarrollo del concepto hasta nuestros días. Originalmente, Freudenberger (1974) y Maslach (1976) consideraron el Burnout como un síndrome que aparecía en individuos que trabajaban con personas o profesionales de servicios (37). Estaba compuesto por las 3 dimensiones básicas que señalábamos antes: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) reducida realización personal.

Recientemente el estudio del Burnout se ha ampliado a todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales como trabajadores que laboran con datos (ej., teletrabajadores) o trabajadores que lo hacen con cosas (ej., operarios de producción de una industria). Además, el Burnout también puede aparecer en muestras preocupacionales: estudiantes universitarios. Hablaríamos del síndrome de quemarse por los estudios que podría ocasionar depresión, malestar psicosocial e incluso el abandono de los estudios (38).

El estudio del Burnout no es una cuestión de modas y de unos cuantos, sino una necesidad social orientada a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas tal y como apunta la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (39). En una revisión sobre Burnout realizada por Schaufeli en el año 2003 se muestran datos sobre la prevalencia del Burnout en muestras holandesas (las únicas que cuentan con puntos de corte validados clínicamente): entre un 4 y un 7% de los trabajadores podían considerarse población de riesgo (llegando al 10% en algunas

ocupaciones específicas), mientras que un 7.2% sufrían Burnout clínico, lo que implica entre 250.000 y 440.000 afectados. Situación que puede haberse agravado en España debido a los incrementos del estrés que pueden observarse en las últimas encuestas españolas sobre condiciones de trabajo (48%).

Basándose en premisas de generalización y extensión del síndrome, Schaufeli y Enzmann ofrecen una definición sintética del Burnout: “estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos ‘normales’ que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo” (40). Se mantiene el carácter tridimensional del síndrome, pero con referencia al trabajo en general que uno realiza y son: 1) agotamiento (fatiga producida por los excesivos esfuerzos psicológicos que se realizan en el trabajo sin tener en cuenta si la causa son las relaciones con las personas o con el trabajo más en general) , 2) cinismo (indiferencia y actitudes distantes respecto a los objetivos o utilidad del trabajo) y falta de eficacia profesional (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa e implicaría una reducción de las creencias de eficacia y habilidad para realizar su trabajo).

Aunque generalmente altos niveles de agotamiento y cinismo y bajos niveles de eficacia profesional se han considerado indicadores de Burnout, existe evidencia empírica que señala que el agotamiento y el cinismo constituyen el corazón o las dimensiones clave del Burnout (41). Mientras que se ha mostrado el rol independiente de la eficacia profesional, considerándola como una dimensión más cercana a una variable de personalidad (más estable), como una forma de afrontamiento, o como un antecedente del Burnout (42).

Sin embargo, estudios más recientes realizados en muestras ocupacionales y pre-ocupacionales revelan que el Burnout constituye un síndrome caracterizado por: 1) agotamiento (relacionado con crisis en las relaciones entre la persona y el trabajo en general), 2) distancia mental (que incluye tanto el cinismo ,actitudes distantes hacia el trabajo en general como la despersonalización ,actitudes distantes hacia las personas para y con las que se trabaja), y 3) la ineficacia profesional

(sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo) .Respecto a la medida de eficacia profesional, estudios recientes vienen a señalar la necesidad de medir 'ineficacia' en lugar de 'eficacia' utilizando ítems invertidos (43).

Respecto al proceso de desarrollo del Burnout, los resultados en muestras de trabajadores holandeses con estudios longitudinales (es decir, a lo largo del tiempo) mostraron que existe un orden causal entre las dimensiones clave del Burnout; esto es, altos niveles de agotamiento emocional llevaban a altos niveles de despersonalización (44).

Además, en la Nota Técnica de Prevención sobre Burnout se muestran los principales factores psicosociales responsables del desarrollo del síndrome. Respecto a las variables individuales se destaca el género (siendo las mujeres las que puntúan generalmente más alto en agotamiento e ineficacia profesional) y variables de personalidad (son las personas con un patrón de conducta Tipo A, baja estabilidad emocional y locus de control externo las que son más vulnerables de sufrir Burnout) (45). A estas variables individuales, añadiríamos también la falta de eficacia profesional como antecedente proximal del Burnout. A nivel social se destaca el papel de la percepción de falta de apoyo social que proviene de las redes sociales del individuo (46). A nivel organizacional se destacan, los aspectos relacionados con el contenido del puesto (puestos 'tóxicos'), la falta de un clima laboral positivo o la falta de reciprocidad.

A modo de resumen, podemos decir que existen dos procesos que explican el proceso de desarrollo o etiología del Burnout (47). El primero hace referencia al proceso de Burnout desarrollado en profesionales de ayuda. En este caso, el Burnout puede desencadenarse debido a las demandas interpersonales que implican el trato con pacientes/clientes/usuarios que incluso pueden llegar a consumirles emocionalmente (48). Para evitar el contacto con la fuente originaria del malestar se adopta la despersonalización como estrategia de afrontamiento, que llevaría en última instancia a una reducida realización personal. Desde la teoría del desequilibrio esfuerzos-resultados esta situación podría explicarse como

consecuencia de una falta de reciprocidad o percepción de falta de justicia entre las inversiones y resultados que se ponen en juego en una interacción social (49).

El segundo proceso de desarrollo del Burnout es de naturaleza más general, aplicable a cualquier ocupación. Se asume que, independientemente de la ocupación, una falta de confianza en las propias competencias resulta un factor crítico en el desarrollo del Burnout (50). Investigaciones recientes han demostrado que, independientemente de la ocupación, el Burnout se produce como consecuencia de crisis sucesivas de eficacia. La presencia de altas demandas y pobres recursos podría generar estas crisis sucesivas de autoeficacia que con el tiempo generarían Burnout; esto es, agotamiento, distancia mental (cinismo y despersonalización) e ineficacia profesional (51).

XI.2 Estrategias de intervención psicosocial

Las metodologías compactas de evaluación de riesgos psicosociales se propone que no basta con la evaluación y valoración de los peligros y daños psicosociales, sino que esto sólo es el principio. Lo mismo sucede con la evaluación del Burnout: los resultados de su evaluación deberían posibilitar la posterior intervención. Cuando incluimos la evaluación e intervención en Burnout en un marco más global de evaluación de riesgos psicosociales, desde nuestro equipo de investigación entendemos que las posibles intervenciones (siempre en función de los resultados de la evaluación inicial) irán orientadas a cambios en el ambiente de trabajo (por ejemplo, reducción de demandas laborales y aumento de recursos laborales) o cambios en la persona (por ejemplo, aumento de recursos personales mediante acciones formativas), y en la interacción persona-trabajo (ej., reducción de demandas y/o aumento de recursos laborales, y aumento de recursos personales).

De esta manera, las estrategias de intervención pueden aplicarse desde un nivel más individual/personal, a un nivel organizacional o a una combinación de ambas, y se pueden programar a corto, medio y largo plazo. La intervención puede plantearse teniendo en cuenta tanto el foco o nivel de aplicación como los objetivos que se proponen (52).

En función del foco de intervención, las estrategias pueden ser individuales u organizacionales . Cuando el resultado de la evaluación ha detectado una falta de recursos personales, se utilizarán estrategias centradas en el individuo con el objetivo de aumentar y mejorar sus recursos personales (53). Estas estrategias suponen la implicación activa del trabajador ya que pretenden dotarle de conocimientos, generar competencias, desarrollar habilidades, etc.

Cuando el problema está en que existen altas demandas laborales y/o bajos recursos laborales, el foco no está tanto en el individuo sino en la propia organización, y por tanto, las estrategias van orientadas a mejorar la situación laboral, como por ejemplo aumentando la variedad de tareas, o resolviendo conflictos de rol, mejorando el estilo de liderazgo, etc. Es posible también la combinación de estrategias tanto individuales como organizacionales (54). La elección de las estrategias más adecuadas siempre dependerá de los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales realizada.

Teniendo en cuenta las demandas y recursos evaluados, es posible actuar concretamente en base a los niveles obtenidos. De esta manera, la intervención estará más ajustada (55).

En función de los objetivos de la intervención se diferencia generalmente entre intervención primaria, secundaria y terciaria (ver figura 2). Además, el mismo proceso de evaluación (diagnóstico) puede considerarse intervención ya que la detección de los posibles riesgos y su posterior análisis ponen en evidencia un posible panorama de actuación (56). De ahí la importancia de suministrar el feedback de los resultados a los trabajadores que participan en el proceso de evaluación, y también tener un grupo control no intervenido.

Aunque se describen separadamente, las estrategias de intervención se suelen implementar combinadas para hacerlas más efectivas y en muchas ocasiones se puede actuar paralelamente en varios niveles y con diferentes objetivos. La combinación de estos dos ejes (tipo de prevención - foco de actuación) da lugar a los diferentes tipos de prevención e intervención (57). Si bien es cierto que en nuestro país el nivel de realización de esta parte tan importante de la prevención de riesgos psicosociales no es muy frecuente, la tendencia actual se dirige a la mayor utilización del proceso de actuación en materia de acciones preventivas ya que cada vez más las organizaciones son sensibles a la prevención y se preocupan por las personas que trabajan en ellas (58).

En los trabajos de consultoría de Burnout y estrés en general que se han desarrollado hasta ahora, ha resultado evidente que existen unos criterios o factores críticos que garantizan el éxito de los programas de intervención, y que coinciden con los resultados de la investigación científica en temas de intervención psicosocial. Estos criterios son:

- Planificación temporal realista teniendo en consideración que pueden haber posibles baches, cambios imprevistos, retrasos, etc., y que además previene que se dilate demasiado en el tiempo todo el proceso de evaluación-intervención-evaluación. Esta planificación adaptada a las circunstancias determinadas en cada caso y considerando los recursos disponibles para su ejecución, favorece las expectativas ajustadas y evita situaciones de frustración y el desánimo.
- Confidencialidad y anonimato garantizado para los participantes en todo el proceso de intervención psicosocial.
- Participación activa de la dirección y de los trabajadores. No solo se está obligado por ley a participar en este proceso, sino que si esta participación no se da o se da de forma inadecuada, puede entorpecer y reducir la validez de los resultados obtenidos en la evaluación y quizá la desmotivación de los trabajadores

y su implicación en todo el proceso de cambio debido a la intervención psicosocial. El rol de supervisores y mandos intermedios es clave ya que pueden colaborar tanto en el proceso de sensibilización de los trabajadores ofreciendo información acerca del procedimiento y motivándolos a participar, como en la implantación de medidas preventivas o correctivas (59).

- Compromiso de la dirección de la organización, de los mandos intermedios y de los ejecutores del programa de intervención. Todas las personas implicadas de una u otra forma en este proceso determinarán en gran medida cómo se llevan a cabo las intervenciones.

- Intervenciones quasi experimentales basadas en el modelo de investigación-acción y en los que se evalúe la eficacia de la intervención sobre Burnout a corto, medio y largo plazo. A esto se une la diferenciación de las personas en dos grupos: grupo intervenido (que recibe el tratamiento) y grupo control (que recibe el tratamiento al finalizar la intervención, por motivos éticos).

Lo que parece cierto es que a nivel práctico, la implementación de estrategias de intervención psicosocial se realiza desde la dirección de recursos humanos de las organizaciones. Por tanto, existe un puente de conexión entre la salud psicosocial y la dirección de recursos humanos. En el mundo laboral en el que vivimos hoy día y para poder sobrevivir y prosperar en un contexto de cambio continuo, las organizaciones precisan empleados motivados y psicológicamente 'sanos', y para poder conseguirlo las políticas de salud ocupacional y de dirección de los recursos humanos deben estar sincronizadas. Precisamente sobre este tema trata el último apartado de este artículo, dando un giro de 360º al estudio del Burnout desde su opuesto, el engagement.

XI.3 Un giro de 360: el engagement como opuesto al Burnout

Después de investigar el Burnout durante más de 25 años, parece lógico preguntarse si existe una situación opuesta al Burnout. ¿Pueden los empleados trabajar de forma enérgica, estar altamente dedicados a sus trabajos y disfrutar al máximo estos momentos? ¿Se puede desarrollar el engagement entre los empleados con el objetivo de generar consecuencias positivas para los empleados y para el funcionamiento óptimo de las organizaciones?

La traducción al castellano del concepto es complicada ya que a día de hoy no hemos encontrado un término que abarque la total idiosincrasia del concepto, sin caer en repeticiones, simplezas o errores. El engagement sabemos que no significa exactamente lo mismo que otros conceptos que sí tienen su homónimo en lengua inglesa como son: la implicación en el trabajo ('Work involvement'), el compromiso organizacional ('Organizational commitment'), dedicación al trabajo ('Work dedication'), enganche ('Work attachment'), o adicción al trabajo ('Workaholism'). El engagement está relacionado con estos conceptos pero surge y se desarrolla desde otros planteamientos que analizaremos con más profundidad a continuación. El término que más se ajusta al mismo es quizá vinculación psicológica con el trabajo, que lo utilizaremos indistintamente con el de engagement (60,61).

Estar vinculados psicológicamente con el trabajo es algo más que no estar 'quemado/as' por el trabajo. Determinadas conductas que llamamos 'extra-rol' (ej., altruismo organizacional, cooperación en el grupo) necesitan que los empleados estén algo más que 'no' quemados; necesitan estar ilusionados. La vinculación psicológica es el constructo teóricamente opuesto al Burnout. Contrariamente a aquellos empleados Burnout, los empleados engaged se ven capaces de afrontar las nuevas demandas que aparecen en el día a día laboral, y además mani-

fiestan una conexión enérgica y efectiva con sus trabajos.

En este contexto, la vinculación psicológica se define como: 'un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, la vinculación psicológica se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación particular'. El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo que se está realizando incluso cuando aparecen dificultades en el camino. La dedicación denota la alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo (62). Por último, la absorción ocurre cuando se está totalmente concentrado en el trabajo, mientras se experimenta que el tiempo 'pasa volando', y se tienen dificultades en desconectar de lo que se está haciendo debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentadas.

De acuerdo con esta definición, el vigor y la dedicación son considerados los opuestos de las dimensiones del Burnout: agotamiento y cinismo, respectivamente. Al proceso continuo que va desde vigor hasta agotamiento se ha llamado energía o activación; mientras que al continuo que va desde dedicación hasta cinismo se ha llamado identificación. De forma contraria al Burnout, la vinculación psicológica se caracteriza por altos niveles de energía y una fuerte identificación con el trabajo (63).

Sin embargo, no se dice nada sobre el opuesto directo del tercer aspecto del Burnout –la ineficacia profesional, cuyo opuesto sería la eficacia profesional. Estudios recientes han demostrado que la eficacia profesional podría ser considerada una dimensión de la vinculación psicológica con el trabajo, y la ineficacia incluido en el constructo de Burnout como su famosa tercera dimensión (64). Además, la absorción es un aspecto de la vinculación psicológica que no se considera el opuesto de la ineficacia profesional. Implica un estado similar al llamado 'flow', un estado psicológico de experiencia óptima y totalmente disfrutada, caracterizada por la atención focalizada, claridad mental, unión de

mente y cuerpo, concentración del esfuerzo, control total sobre la situación, pérdida de la consciencia, distorsión del tiempo y disfrute intrínseco en la actividad. No obstante, el estado de flow es un concepto más complejo y se refiere a una experiencia particular, concreta y temporalmente determinada ('Peak experience').

En base a la definición anterior de vinculación psicológica, se construyó un cuestionario para medirlo: UWES (Utrecht Work Engagement Scale) que incluye las tres dimensiones del constructo: vigor, dedicación y absorción. El cuestionario final consta de 17 ítems (65).

Resultados con una muestra internacional de 25.000 empleados de 13 países diferentes (Australia, Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Holanda, Noruega, Portugal, España, Sudáfrica y Suecia) muestran que los trabajadores más mayores se sienten más vinculados/as con el trabajo que los más jóvenes. Este resultado podría deberse a un sesgo de selección o efecto del trabajador feliz ('Healthy worker effect'): solo aquellos empleados sanos psicológicamente permanecen en sus trabajos, siendo felices, y los que no lo están, abandonan sus trabajos (66). Por otra parte, los directivos, ejecutivos y autónomos puntúan alto en vinculación psicológica; mientras que trabajadores de cuello azul, policías y trabajadores de servicio, puntúan más bajo.

Por el momento, el UWES está disponible en 12 idiomas. Además, se ha elaborado una versión corta de 9 ítems –tres ítems de cada una de las tres escalas – que también supera los criterios de calidad psicométrica. También se dispone de una versión de engagement para estudiantes universitarios en España, Portugal y Holanda (67).

La investigación científica ha puesto de manifiesto como posibles causas de la vinculación psicológica: los recursos laborales (ej., autonomía, apoyo social, feedback) y personales (ej., autoeficacia o creencia en la propia capacidad para realizar bien su trabajo), la recuperación debida al esfuerzo, y el contagio emocional fuera del trabajo que actuarían como características vigorizantes del trabajo. La investigación demuestra que cuantos más recursos laborales estén

disponibles en el trabajo, aumenta la probabilidad de tener más empleados vinculados/as (68).

Además, es interesante señalar que la autoeficacia es tanto causa como consecuencia de la vinculación psicológica lo que apoya la idea de la existencia de espirales positivas o hacia arriba: esto es, las creencias en las propias competencias para realizar bien el trabajo, influyen positivamente en la vinculación psicológica (altos niveles de vigor, dedicación y absorción en el trabajo) que a su vez influirán en consolidar aún más esas creencias en la propia eficacia (69).

En otra línea de trabajos empíricos se confirma también que los empleados que generalizan emociones positivas desde el trabajo a casa, o viceversa (esto es, que experimentan una conciliación positiva entre trabajo-familia) tienen niveles más altos de vinculación psicológica (70). Esta naturaleza contagiosa ('Spill over') de la vinculación psicológica, sugiere que puede existir un proceso de contagio emocional o tendencia a imitar de forma automática las expresiones emocionales de los demás, comunicadas a través de la expresión facial, vocalizaciones, posturas y movimientos y converger emocionalmente hablando.

En la primera parte de este trabajo hemos hablado de las consecuencias del Burnout. Vamos a ver ahora, cuáles son las consecuencias de la vinculación psicológica. Estas consecuencias se refieren básicamente a las actitudes hacia el trabajo y la organización, el desempeño en las tareas, la salud y la disminución de quejas psicosomáticas. Además, también estos empleados tienen conductas más proactivas y de iniciativa personal, niveles más altos de motivación para aprender nuevas cosas y tomar nuevos retos en el trabajo, así como mayor calidad de servicio que se traduce en una mayor lealtad y fidelización del cliente. Por otra parte, hemos encontrado también que la vinculación psicológica predice el mejor desempeño en las tareas académicas de los estudiantes.

Sin duda alguna, el futuro de la investigación sobre el Burnout promete precisamente con el estudio de su teóricamente opuesto, el engagement. Esto coincide con las premisas del nuevo movimiento de la Psicología Positiva iniciado

por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), de la Psicología Organizacional Positiva, y por supuesto con el concepto integral de Salud propuesto por la OMS entendida ésta no como la mera ausencia de enfermedad (ej., no estar quemado...) sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social (estar vinculado con el trabajo). Propuesta similar a la que identificó la medicina tradicional asiática hace ya más de 4.500 años al plantear que la salud es el correcto estado de equilibrio energético, equilibrio consigo mismo y equilibrio con el medio que nos rodea (71).

Este concepto más integral de salud es la propuesta que invitamos a seguir al lector, un giro de 360 en la concepción, medida e intervención de la salud en el trabajo y en las organizaciones que nos lleve a lograr el sueño de muchos al alcance actualmente de unos pocos: el bienestar y la felicidad de los trabajadores

XI.4 Estrategias y Técnicas de Afrontamiento

Con respecto a las Estrategias y Técnicas de Afrontamiento, desde la perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1997), se plantea que las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza una persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por transacciones estresantes. Por su parte, se asume la distinción que realizan Carver, Sheier y Wientraub (1989) para el afrontamiento, distinguiendo un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento. El primero referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante, el segundo consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación y la evitación, referida a las conductas de evasión del afrontamiento.

A partir de esta distinción en tres tipos generales de estrategias, Carver y col. (1989) asocian quince Técnicas de Afrontamiento:

1. Afrontamiento centrado en el problema : afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refreno del afrontamiento y búsqueda de apoyo social.

2. Afrontamiento centrado en la emoción : búsqueda de apoyo emocional y social, reinterpretación positiva, aceptación, desahogo y religión.

3. Evitación al afrontamiento : negación, desconexión conductual, desconexión mental, consumo de drogas y humor. A continuación se detalla cada uno de los quince modos de afrontamiento propuestos por Carver y col.(1989).

Afrontamiento Activo: Se refiere a las acciones directas llevadas a cabo por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla. Dicho de otro modo, es un proceso activo de afrontamiento, lo cual implica un incremento del esfuerzo propio a fin de remover el estresor o mejorar sus efectos. Esta técnica es similar al núcleo de lo que Lazarus y Folkman (1984, en Carver y col, 1989) llaman afrontamiento centrado en el problema.

Planificación: Es un modo de afrontamiento analítico y se refiere específicamente, a pensar en cómo afrontar un estresor, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema. Cabe señalar que la planificación ocurre durante el período que Lazarus y Folkman (1984, en Carver, 1989) denominan evaluación cognitiva secundaria.

Búsqueda de Apoyo Social: Las personas pueden buscar apoyo social por dos medios: instrumental y emocional. Ambos son conceptualmente distintos, aunque, generalmente, se utilizan conjuntamente.

Búsqueda de Apoyo Social Instrumental: Implica la búsqueda de recursos humanos que le puedan dar al sujeto un apoyo instrumental para manejar el problema en forma de información, consejo, apoyo económico, etc. Esta estrategia corresponde al afrontamiento centrado en el problema.

Búsqueda de Apoyo Social Emocional: Engloba las acciones emprendidas por el sujeto para buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés (el cariño, la simpatía y la comprensión). Se trata de buscar apoyo afectivo, empatía y comprensión; y es un afrontamiento centrado en la emoción.

Supresión de Actividades Distractoras: Se refiere a aquellas conductas que permiten al sujeto centrarse en el acontecimiento estresante al que ha de enfrentar, y que al mismo tiempo evite otras actividades o pensamientos que lo distraigan. Significa dejar de lado otros proyectos, evitando la distracción, y sobrellevando la situación estresante.

Religión: Se refiere a actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante. La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como vehículo para una reinterpretación positiva y como una técnica de afrontamiento activo.

Reinterpretación positiva: Engloba lo referente a aquellos aspectos de crecimiento personal que pueden derivarse de la experiencia de estrés. Esto significa que la persona reconstruye una situación estresante en términos positivos. Lazarus y Folkman (1984, en Carver y col. 1989) consideran esta técnica como un tipo de afrontamiento emocional, el cual maneja el estrés emocional más que afronta el estresor en sí.

Refrenar el Afrontamiento: Describe los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto negativamente, al tener que tomar decisiones precipitadamente. Es esperar una oportunidad apropiada para actuar, manteniendo la misma actitud y no actuando apresuradamente. Este puede ser considerado un afrontamiento activo porque el comportamiento de la persona se concentra en sobrellevar efectivamente el estresor, pero también es una estrategia pasiva en el sentido que implica un “no actuar”.

Aceptación: Se refiere a la aceptación del problema. Según Carver y col.(1989) la persona que acepta la realidad de una situación estresante parecería ser alguien interesado en sobrellevar la situación. La aceptación consiste en dos fases del proceso de afrontamiento; la aceptación de un estresor como real ocurre en la evaluación cognitiva primaria, y por otra parte la aceptación de la ausencia de una estrategia de afrontamiento, que es parte de la evaluación cognitiva secundaria.

Desahogarse o Centrarse en las Emociones: Alude a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante. Generalmente utilizan este tipo de estrategia los sujetos que visualizan el estresor como perdurable e inmodificable. Implica concentrarse en el estrés o las situaciones molestas que se están viviendo y exteriorizar estos sentimientos. Según Carver y col.(1989) esta respuesta puede, a veces, ser funcional, sin embargo concentrarse en estas emociones por largos períodos puede dificultar el ajuste a la realidad, además de distraer a las personas del afrontamiento activo de la situación estresante.

Negación: El sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa “como si nada sucediera”. A menudo se sugiere que la negación es útil para minimizar el estrés y facilitando el afrontamiento, sin embargo se puede argumentar que la negación crea problemas adicionales, a menos que el estresor pueda ser realmente ignorado. Carver y col. (1989) plantean que negar la realidad de los eventos hace que el evento se convierta en más serio y que el afrontamiento se haga más difícil de lo habitual.

Desconexión Conductual: Hace referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante. Lo cual reduce el esfuerzo propio para afrontar la situación, incluso el sujeto se rinde al intento de lograr metas en las cuales interfiere el estresor.

Desconexión mental: Es una variante de la desconexión conductual. La desconexión mental sucede mediante una amplia variedad de actividades distractoras, las cuales permiten al sujeto distraerse de la situación estresante.

Estas actividades alternativas pueden ser soñar despierto, dormir, escapar por inmersión en la televisión, etc. Aunque desconectarse de una situación es, a veces, una respuesta altamente adaptativa, a menudo impide un afrontamiento adecuado a ésta.

Consumo de Drogas: Esta se traduce a conductas motoras de adicción, de escape-avoidance de la situación estresante, con el fin de disminuir el estrés ocasionado por ésta.

Humor: Alude al empleo del humor como estrategia distractora y distanciadora que ayuda a desdramatizar la situación.

Respecto de la relación entre estas técnicas de afrontamiento y el síndrome de Burnout, De la Rosa y col.(1998) plantean que los hombres tienden a utilizar menos el desahogo como estrategia, y que las mujeres buscan más aquellas relacionadas con el soporte social. Asimismo, plantean que los profesores que utilizan aquellas estrategias de escape-avoidance, pueden ser más propensos al Burnout.

Estas mismas autoras plantean, además, que la reinterpretación positiva como técnica de afrontamiento parece ayudar a aliviar el agotamiento físico y emocional, y acrecentar el sentimiento de logro personal.

En concordancia con lo anterior, Gil-Monte y Peiró (1997) proponen que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de Burnout y el empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción, facilita su aparición (70, 71).

En los primeros artículos, el término “estar quemado” variaba, haciendo referencia a aspectos distintos. Pero una revisión general de la primera bibliografía nos indica tendencias comunes: 1) la mayoría de trabajos estaba orientada a las personas, a los profesionales de los servicios humanos, aunque variando las ocupaciones (sanitarios, profesores, abogados, oficiales de policía, psicoterapeutas, oficiales de correccional, etc.) ,2) la investigación tiende a centrarse en factores laborales y en variables como la satisfacción laboral, sobrecarga, conflicto de rol, abandono, absentismo, antigüedad laboral, etc.. Pero también encontramos relaciones con variables demográficas (género, edad, estado civil, número de hijos, etc.) y personales (locus de control, neuroticismo, rigidez, patrón de conducta, etc.) y 3) la mayoría de los estudios sigue una metodología correlacional con recogida de datos de autoinformes subjetivos en un momento concreto y no siempre utilizando muestras representativas.

Finalmente, y desde la perspectiva social y laboral, nos llega la definición del síndrome realizada por Maslach y Jackson (1979), de la que parten la mayoría de las investigaciones. “Estar quemado” es un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y escasa realización personal que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas; este síndrome puede llevar a un deterioro en la calidad de la asistencia y/o de los servicios proporcionados. Es importante en su relación con disfunciones laborales tales como la rotación y el absentismo, y con disfunciones personales tales como cansancio físico, insomnio, aumento del consumo de alcohol y drogas, problemas familiares y de pareja. En definitiva, el síndrome de “quemarse” es una respuesta inadecuada a un estrés crónico.

En la bibliografía acerca del tema encontramos las variables organizacionales como desencadenantes principales del “estar quemado” ,principalmente aquellas variables organizacionales vinculadas al desempeño del puesto de trabajo (clientes difíciles, relación entre oferta y demanda, conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol, etc.); pero, existen también las variables moderadoras del síndrome agrupadas en varias categorías: variables sociodemográficas (edad,

género, estado civil, nivel académico, etc.), variables de personalidad (neuroticismo, locus de control, patrón de conducta, etc.), estrategias de afrontamiento y falta de apoyo social. Entre las consecuencias del “estar quemado” encontramos distintos tipos de problemas: interpersonales, donde sufren deterioro la vida social y familiar; problemas individuales, donde destacan los trastornos físicos (dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, taquicardias, etc.) y los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad, etc.) y conductuales, con problemas que afectan al rendimiento laboral (absentismo, retrasos, deterioro de la calidad, deterioro de la cantidad, etc.) y a aspectos personales como el posible consumo de sustancias.

Aunque el síndrome de “estar quemado” parece manifestarse casi exclusivamente vinculado al ambiente laboral, lo cierto es que las personas no llegan a ese ambiente laboral libres de toda influencia sino que deben aprender a integrar todo lo que son, lo que llevan consigo y con lo que se encuentran en ese ambiente laboral. Esto no le resulta fácil, especialmente en el caso del personal de enfermería, que va a tener que aprender a afrontar el dolor físico y psicológico, el temor, la ansiedad, la enfermedad, la muerte, etc.; en definitiva, todo aquello que hace al ser humano sentirse débil, indefenso y deprimido. Por eso, no podemos aceptar que el “sentirse quemado” pueda deberse única y exclusivamente a las variables de carácter organizacional que están presentes en el ambiente laboral en que desempeñan su trabajo éstos y otros profesionales. Intentaremos con este trabajo, y otros futuros, ampliar el campo y sin dejar de reconocer que las variables laborales son importantes podamos demostrar que en ningún caso son las únicas. Por diversas razones, en la literatura al respecto del tema, se ha dado escasa importancia, frente a las variables sociodemográficas o laborales, a las variables de personalidad y al afrontamiento dentro del ámbito del “estar quemado”, y durante todo el desarrollo de esta trabajo, aunque los resultados no son demasiado clarificadores, ni demasiado optimistas parece una renuncia injustificada. Los aspectos relacionados con el afrontamiento y con la personalidad, creemos que están realmente vinculados al desarrollo y mantenimiento del síndrome y, sobre todo, a su tratamiento, por lo que

intentaremos continuar en esta línea en futuras publicaciones.

XI.5 Apoyo social y Burnout

Una de las variables que es aceptada y valorada, desde la teoría y por las investigaciones del síndrome para contrarrestar la presencia de Burnout es el apoyo social es decir, la percepción de que otros se preocupan por la persona y lo quieren, es sentirse estimado y valorado, y pertenecer a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Investigaciones realizadas muestran que el estrés tiene un efecto negativo en la salud, y que el apoyo social sería un catalizador que reduce estos efectos tóxicos. El mecanismo a través del cual actúa es desconocido, sin embargo, se plantean tres hipótesis al respecto. La primera hipótesis postula que el apoyo social previene la presencia del estrés; la segunda postula que el apoyo social actúa como catalizador una vez que el estrés está presente en los individuos, reduciendo sus efectos tóxicos, y la tercera de las hipótesis postula que el apoyo social puede tener un efecto positivo directo sobre las conductas en salud de las personas, especialmente en las conductas de prevención y promoción de la salud.

Es por esto que varios estudios relacionan los tipos de apoyo social, las fuentes de apoyo social y la salud manifestando que el apoyo social, tiene un doble efecto: uno positivo y directo sobre la salud y uno indirecto como amortiguador de los efectos nocivos del estrés, al otorgar herramientas que influyen en el afrontamiento de la situación y en el manejo adecuado de demandas, frustraciones y retos . Por lo tanto, el apoyo podría jugar un papel importante en dos momentos distintos de la cadena que enlaza estrés con enfermedad. En primer lugar el apoyo puede intervenir en la valoración que se hace del acontecimiento estresante, atenuando o previniendo la respuesta de valoración del estrés. En segundo lugar, el apoyo puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo de la reacción de estrés, al proporcionar una solución al problema reduciendo la importancia del suceso, tranquilizando al sujeto, de forma que su

reacción fisiológica sea menor, etc.

Las funciones que cumple el apoyo social sobre el estrés y sus efectos ha sido descrito por Erera, quien distingue cinco enfoques: a) el que considera al apoyo social como una variable que reduce los efectos del estrés, b) el que alude a la función moduladora del apoyo social entre acción del estrés laboral y sus efectos; c) el que lo conceptúa como una estrategia de afrontamiento que los sujetos usan en situaciones en que los niveles de estrés experimentado son muy elevados, d) el que señala que la falta de apoyo es un estresor que aumenta los efectos negativos del estrés, y, por último e) el que plantea que el apoyo social aumenta los efectos del estrés en vez de disminuirlos. Este último grupo de resultados se explica porque, en determinadas situaciones laborales la necesidad de apoyo social por parte de un sujeto puede ser interpretada, por su conjunto de rol, como que ese sujeto no puede afrontar por sí mismo una situación determinada, y ello puede originar que el individuo sea estigmatizado. Además, “a largo plazo, el apoyo social puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad”.

Considerando entonces, los beneficios del apoyo social es que la mayoría de las estrategias que abordan la prevención del síndrome desde la perspectiva grupal recomiendan fomentarlo asimismo en una encuesta realizada por el British Medical Journal a más de 1.400 médicos de diferentes países se demostró una clara relación entre la insatisfacción laboral, el exceso de trabajo y la falta de apoyo social. En México se realizó un estudio con la finalidad de detectar la relación entre Burnout y su probable asociación con la falta o el inadecuado apoyo social en médicos familiares, los resultados indicaron que los médicos contaban con buenas redes laborales y extra laborales relacionando esto con los bajos niveles de Burnout encontrados.

Sin embargo, el apoyo social que más se ha estudiado es el relacionado con el trabajo (jefes y compañeros), siendo importante el analizar el apoyo de familiares y amigos . De hecho, en uno de los pocos estudios sobre apoyo familiar que existen se encontró una relación inversa entre el apoyo familiar y el Burnout, siendo incluso, dicha asociación más fuerte que la encontrada con apoyo de los compañeros y de los supervisores .El apoyo familiar, es considerado un tipo de apoyo más personal y se forma del sentido de pertenencia a la familia, al compartir creencias, proyectos y afectos , y esto se da aún más en sociedades colectivistas donde las relaciones familiares son muy valoradas. Por otra parte el apoyo de amigos o de pares, es un tipo de apoyo más público en comparación al que opera al interior de la familia y son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas .

Cabe destacar que se pueden encontrar cuatro tipos de apoyo social: Apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo, donde la importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo .Pudiendo:

1. Influir de forma positiva y directa, si contribuye a satisfacer necesidades como, seguridad, contacto social, pertenencia, etc.
2. Reducir directamente los niveles de estrés y por lo mismo influir indirectamente en la salud.
3. Mitigar o amortiguar el impacto del estrés laboral, alterando la relación entre el estrés y la salud.

Es así que en un estudio se obtuvo que el apoyo social, es un factor protector pues éste influye en que el personal de enfermería presente un agotamiento emocional moderado y desarrolle niveles bajos de despersonalización.

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad (35). Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar (36, 37), y tiene relaciones significativas con la depresión (38).

Es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional (39). El estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y el funcional en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo – percepción y recepción de apoyo , en las funciones implicadas en esas conductas.

Las redes sociales proporcionan el “marco estructural” y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un “marco funcional” (40). Los cuatro ejes que el conjunto de investigaciones ha permitido identificar como más importantes son los siguientes: (a) para la gente es importante la ayuda percibida como disponible, tanto como la ayuda percibida como efectivamente recibida; (b) el apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas; (c) la ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma); y (d) desde el punto de vista del bienestar y la salud, tanto el apoyo cotidiano como el que se recibe en situaciones de crisis son importantes (71).

En relación al Burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades (71), y que el apoyo social está negativamente asociado con Burnout (72). También se ha encontrado que los compañeros de trabajo y el jefe inmediato constituyen fuentes de apoyo importantes (73), asociadas con una menor incidencia de Burnout (74). En enfermeras existe alguna evidencia de que la relación con los pares está relacionada con el agotamiento emocional y la baja realización personal.

En general, la literatura sobre apoyo social en el trabajo permite afirmar que éste ha sido el recurso más investigado en su relación al Burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo (75).

XII. CONCLUSIONES

- 1.- El Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual.
- 2.- Una especial atención se presta en la actualidad a las manifestaciones de estrés en las profesiones de servicios públicos
- 3.- De manera especial, los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudar a otras personas como es el caso de los visitantes sociales, los psicólogos, los maestros, enfermeras, médicos, abogados etc.
- 4.- Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en doctoras y doctores.
- 5.- Como se puede observar en los datos anteriores, la frecuencia del Burnout en médicos en nuestro medio oscila entre 45 y 71.5%.
- 6.- El Burnout es una consecuencia del estrés laboral crónico.
- 7.- Es una especie de estrés avanzado un desgastarse, sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, al cual le dió el nombre de Burnout.
- 8.- El síndrome de estar quemado por el trabajo puede entenderse como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y cinismo e ineficacia profesional.
- 9.- El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

10.- El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos, pudiendo provocar entre otras enfermedades físicas: deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales.

11.- El síndrome aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional.

12.- Es un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral.

13.- Al síndrome de Burnout se le puede definir desde una perspectiva clínica y desde una perspectiva psicosocial.

14.- Desde el punto de vista clínico es el estado al que arriba el sujeto como consecuencia del estrés laboral y hace alusión a una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral como resultado de la pérdida del idealismo y frustración de las expectativas profesionales.

15.- Este síndrome ha sido estudiado con gran interés por innumerables autores desde principios de la década de los ochenta. Y una buena parte de ellos ha utilizado como instrumento de medición el instrumento denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1981).

16.- Recientes estudios han señalado que el MBI es un instrumento que presenta problemas metodológicos y conceptuales importantes.

17.- Por ello se han construido instrumentos de evaluación alternativos que intentan superar esas insuficiencias. El "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) ,nace de la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos para realizar diagnóstico.

18.- Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: 1. Estrategias individuales ,2. Estrategias grupales ,3. Estrategias organizacionales.

19.- Aunque se describen separadamente, las estrategias de intervención se suelen implementar combinadas para hacerlas más efectivas y en muchas ocasiones se puede actuar paralelamente en varios niveles y con diferentes objetivos.

20.- Las estrategias de intervención pueden aplicarse desde un nivel más individual/personal, a un nivel organizacional o a una combinación de ambas, y se pueden programar a corto, medio y largo plazo.

21.- A nivel social se destaca el papel de la percepción de falta de apoyo social que proviene de las redes sociales del individuo.

22.- Una de las variables que es aceptada y valorada, desde la teoría y por las investigaciones del síndrome para contrarrestar la presencia de Burnout es el apoyo social.

23.- Investigaciones realizadas muestran que el estrés tiene un efecto negativo en la salud, y que el apoyo social sería un catalizador que reduce estos efectos tóxicos.

24.- A nivel organizacional se destacan, los aspectos relacionados con el contenido del puesto (puestos 'tóxicos'), la falta de un clima laboral positivo o la falta de reciprocidad.

XIII. RECOMENDACIONES

1.- La prevención del síndrome de “quemado” es bastante importante y decisiva. Se le puede hacer frente más fácilmente en las fases iniciales que cuando ya esté “establecido” en la persona.

2.- Las estrategias de intervención pueden aplicarse desde un nivel más individual/personal, a un nivel organizacional o a una combinación de ambas, y se pueden programar a corto, medio y largo plazo.

3.- Completar una tarea cada vez, intentando pensar únicamente en la que estamos realizando en ese momento, pensar en todo lo demás roba tiempo y energía que necesitaremos para la tarea que tenemos entre manos. Si surge una nueva, la colocaremos por orden de prioridad. Un signo de profesionalidad es la flexibilidad.

4.- Planificar con antelación para ahorrar tiempo. No hay que subestimar el valor de tomar rutinariamente ciertas precauciones. Hay que comprobar nuestros recursos para utilizarlos con eficiencia.

5.- Pedir ayuda a los compañeros o a la supervisora. Hay que admitir que muchas veces no podemos hacer las cosas solos. Tenemos que aprender a pedir ayuda.

6.- La planificación temporal realista teniendo en consideración que pueden haber posibles baches, cambios imprevistos, retrasos, etc., y que además previene que se dilate demasiado en el tiempo todo el proceso de evaluación-intervención-evaluación. Esta planificación adaptada a las circunstancias determinadas en cada caso y considerando los recursos disponibles para su ejecución, favorece las expectativas ajustadas y evita situaciones de frustración y el desánimo.

7.- Establecer objetivos realistas. Intentar hacer más de lo que humanamente se puede nos empujará más allá de nuestros límites y creará un estrés innecesario. Debemos dejar atrás objetivos idealistas y acercarnos al mundo real teniendo en

cuenta nuestra capacidad y limitaciones.

8.- Hacer pausas y tomar descansos regulares. Unos cuantos minutos de relajación con una taza de café, pueden hacer sentirnos mejor y dar fuerza para enfrentarnos al trabajo. Tomarse un día libre o unas pequeñas vacaciones extra pueden servir para regenerarnos. Todo el mundo tiene un límite para la cantidad de estrés que puede tolerar y no por eso nos tenemos que sentir culpables.

9.- Salir del aburrimiento y la rutina. Buscar nuevos desafíos e intentar huir de la rutina siempre es útil. Hacer las cosas de manera diferente proporciona una mayor libertad personal y autonomía.

10.- Continuar con la formación para mantenerse al día con los nuevos adelantos en la profesión

11.- Tomar las cosas con más distancia. También es importante no llevarse el trabajo a casa. .Establecer una “rutina de descompresión”. Participar en alguna actividad después del trabajo, tomarse una bebida en una cafetería, practicar algo de ejercicio, incluso ir caminando hasta casa si fuese posible, ayudará a olvidarse del trabajo y a relajarse, para no descargar la tensión con la familia y los amigos.

12.- Aprender a relajarse y a descansar. Muchos síntomas del Burn-Out son psicosomáticos. Aprender a relajarse físicamente y mentalmente puede ser de gran ayuda. Para eliminar los síntomas no sólo es necesario la relajación sino identificarlos y tratarlos. Hay muchas técnicas como la respiración abdominal, el automasaje que puede contribuir a eliminar la tensión muscular, y la relajación progresiva que puede favorecer el sueño y disminuir los niveles de ansiedad.

13.- En situaciones de agotamiento, la familia es el sistema de apoyo natural, el grupo primario, pero casi siempre es más útil la ayuda de los propios compañeros de trabajo, ya que ellos cuentan con experiencias similares.

14.- Las colegas pueden ayudar a disminuir la tensión emocional y orientarnos a afrontar la situación desde otra perspectiva más eficaz.

15.- Existen otras opciones a la hora de obtener ayuda cuando una persona se encuentra “quemada”, estos son los grupos de apoyo. La mayoría están dirigidos por un especialista en Salud Mental, que guían al grupo en sus discusiones relacionadas con las inquietudes suscitadas en el trabajo

16.- El lugar de trabajo también influye en la aparición del estrés. La decoración, la arquitectura, el ruido musical e incluso el silencio pueden aportar un ambiente tranquilo que favorezca el trabajo.

17.- El rol de supervisores y mandos intermedios es clave ya que pueden colaborar tanto en el proceso de sensibilización de los trabajadores ofreciendo información acerca del procedimiento y motivándolos a participar, como en la implantación de medidas preventivas o correctivas.

18.- Compromiso de la dirección de la organización, de los mandos intermedios y de los ejecutores del programa de intervención. Todas las personas implicadas de una u otra forma en este proceso determinarán en gran medida cómo se llevan a cabo las intervenciones.

19.- En el mundo laboral en el que vivimos hoy día y para poder sobrevivir y prosperar en un contexto de cambio continuo, las organizaciones precisan empleados motivados y psicológicamente ‘sanos’, y para poder conseguirlo las políticas de salud ocupacional y de dirección de los recursos humanos deben estar sincronizadas.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología 2007; 10117-125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>.
2. SCHAUFELI WB. Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2005; 2115-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039002>.
3. Garcés de los Fayos Ruiz EJ, Tutte Vallerino V. BURNOUT EN IBEROAMÉRICA: LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN. Cuadernos de Psicología del Deporte 2010; 1047-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227014930004>.
4. Pozo JA, Betancourt M, Correa M, Ramírez F, Capote A. Síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la provincia Camagüey. Cuba. Rev Cub Anest Rean. 6 (2). 2007. 93-103.
5. Gutierrez GA, Celis MA, Morenos S, Farías F, Suarez J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocién (Méx). 11 (4). 2006. 305-309
6. Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: A social psychological analysis. Social psychology of health and illness. 1982. 227-254
7. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 71. 1997. 293-303
8. Barraza A, Carrasco R, Arreola MG. Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. Universidad Pedagógica de Durango. 2007. 1-63
9. Ramírez MA. Factores laborales asociados al síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital para el Niño del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, en el periodo abril- agosto de 2010. Universidad

Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2010. 1-51.

10. Porras AE. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de la especialidad quirúrgica en el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2011. 1-54.
11. Trujillo T. Síndrome de Burnout y calidad de vida en profesionales del Hospital Materno Perinatal del Instituto de Salud del Estado de México, 2011. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2011. 1-46.
12. Brooks M. Burnout Remains an Issue for Neurologists. Medscape Medical News. (revista de internet) 2013. Marzo 28, Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/781668> consultado 16 de abril del 2013.
13. Peckerman C. Stetka B. Neurologist Lifestyles -- Linking to Burnout: A Medscape Survey. Medscape Medical News (revista de internet) 2013 marzo 28. Disponible en: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/neurology#24> Consultado 16 de abril 2013)
14. Peckham C. Lifestyle and Burnout: A Bad Marriage. Medscape Medical News (revista de internet) 2013 Marzo 27 Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/781161> Consultado 17 de abril del 2013
15. Kelly J.C. Bureaucracy, Long Hours Add to Rheumatologist Burnout. Medscape Medical News (revista de internet) 2013 Abril 02. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/781829> Consultado 17 de abril del 2013.
16. Reese S.M. Burned Out? How Doctors Recover Their Spark. Medscape Medical News (revista de Internet) 2011 julio 28 Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/746117_3 Consultado 17 de abril 2013.
17. Emanuel L. Ferris F.D. VonGunten C.F. Von Roen J.H. Combating Compassion Fatigue and Burnout in Cancer Care. Medscape Medical News (revista de Internet) 2011 Junio 06 Disponible en : http://www.medscape.com/viewarticle/742941_4 Consultado 24 de abril 2013.
18. Reese S.M. Are Doctors happy? Medscape Medical News (revista de internet) 2012 marzo 22 disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/756561_2 Consultado 24 de abril 2013.
19. Johanson L. Guo X. Waem M. Ostling S. Gustafson D. Bengtsson C. Skoog I. Midlife Psychological Stress and Risk of Dementia: A 35-year Longitudinal Population Study. Brain (revista de internet) 2010 133(8) 2217-2224 Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/727611> Consultado 24 abril 2013.

20. Seaman A.M. Stress and Anxiety Linked to Sperm Quality. Reuters Health Information (revista de internet) 2013 Febrero 20 Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/779671> Consultado 24 de abril 2013
21. Barclay L. Resident Fatigue, Stress Linked to Motor Vehicle Incidents. Mayo Clin Proc. 2012; 87:1138-1144. disponible en [:http://www.medscape.com/viewarticle/776495](http://www.medscape.com/viewarticle/776495). Consultado 24 de abril 2013
22. Heller M.M. Lee E.S. Koo J.Y.M. Stress as an Influencing Factor in Psoriasis. Skin Therapy Letter. 2011;16(5) 2011 SkinCareGuide.com Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/742811> consultado 23 de abril 2013.
23. Lowry F. Stress, Depression Linked to Accelerated Aging. Biol Psychiatry. 2012;71:294-300 Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/759510> consultado 24 de abril 2013.
24. Paladino MA, Martinetti H. La salud del anestesiólogo (Segunda parte). Las agresiones psicosociales. Rev Arg Anest 2005;63:115-27.
25. Román H. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2): 103-10
26. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. Formación médica continua. Atención primaria
27. Pera G, Serrat-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria 2002; 16: 480-486. 5.
28. Juárez A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. Rev Ciencia & Trabajo 2004; 6(14): 189-196. 6.
29. Hernández-Vargas CI. Burnout, síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo. [Tesis de licenciatura]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala; UNAM; México 2004.
30. Facultad de Medicina del Estado de Mexico. Licenciatura de Médico Cirujano Curriculum 2003 Disponible en : <http://www.uaemex.mx/fmedicina/docs/PlanEstMedCir.pdf>
31. Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., y Schaufeli, W. B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing, 31, 884-891.
32. Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2007). In search of the 'third dimension' of burnout. Applied Psychology: An International Review, 56, 460-478.
33. Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. B., y Nogareda, C. (2007). Síndrome

de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención, 732, 21a Serie. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

34. Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research* (pp. 135-149). Washington, DC: Taylor & Francis.
35. Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow, The Psychology of Optimal Experience*. Harper Collins.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Janssen, P. P. M., y Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 279-286.
36. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands - Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
37. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
38. Green, D. E., Walkey, F. H., y Taylor, A. J. W. (1991). The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Science Behavior and Personality* 6, 453-472.
39. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
40. Llorens, S., García, M., y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 55-70.
41. Llorens, S., Schaufeli, W. B., Bakker, A., y Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
42. Lorente, L., Salanova, M., y Martínez, I. M. (2007). Estrategias de

- prevención de burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41, 12-20.
43. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 5, 16-22. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Profesional burnout* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor and
44. Francis. Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422. Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
45. Montgomery, A., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., y Den Ouden, M. (2003). Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with Burnout and Engagement. *Anxiety, Stress & Coping*, 16, 195-211.
46. Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
47. Salanova, M. (2006). Medida y evaluación del burnout: nuevas perspectivas. En Gil-Monte, P., Salanova, M., Aragón, J. L., y Schaufeli, W. (Eds.), *El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales* (pp. 27-43).
48. Salanova, M. (en prensa). Organizaciones saludables: una perspectiva desde la psicología positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid: Alianza Editorial.
49. Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261, 109-138.
50. Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 53, 267-283.
51. Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el*

síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.

52. Guerrero, E. (2000) *Síndrome de burnout o desgaste psíquico y afrontamiento del estrés en el profesorado universitario*. Tesis doctoral. Facultad de Educación. Universidad de Extremadura.
53. Maslach, C. & Jackson, S. (1986) Burnout research in the social services: a critique. Special issues: burnout among social workers. *Journal of social service research*. 10 (1) 95-105.
54. Maslach, C. & Jackson, S. (1986) *Maslach burnout inventory: research edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
55. Anderson, D. G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
56. Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal f Advanced Nursing*, 16, 850-857.
57. Brotheridge, C. M. y Grandey, A. (2002). Emotional Labor and burnout. Comparing two perspective of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17-39.
58. Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
59. Burke, R. J. (1994). Work experiences stress and health among managerial and profesional women. *Psychological Reports*, 63, 107-116.
60. Burke, R. J. (1998). Work and non-work stressors and well-being among police officers: The role of coping. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-18.
61. Burke, R. J. y Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.
62. Burke, R.J. y Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological Burnout among nursing staff. *Psychological and Health*, 16, 583-594.
63. Ceslowitz, S.B. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.

64. Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout.
65. W. B. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 527-558).
66. Washington D.C.: Hemisphere. Chwalisz, K., Altmaier, E. M. y Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 11*, 377-400.
67. Corrigan, P., Lickey, S., McCracken, S., Oliver, K., Backs, A., Rashid, F., Champion, J. y Farmer, R. (2001). Organisational correlates to staff attitudes about behavioural programs. *Behaviour Change, 18*, 114-123.
68. Dunkell-Schetter, Ch., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1987). Correlates and social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 71-80.
69. Durán, M. A., Extremera, N. y Rey, L. (2001). El síndrome de burnout en el ámbito educativo: una aproximación diferencial. *Apuntes de Psicología, 19*, 251-262.
70. Edwards, J.R. y O'Neill, R.M. (1998). The construct validity of the scores of the ways of coping questionnaire: Confirmatory analysis of alternative factor structures. *Educational and Psychological Measurement, 58*, 955-983.
71. Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
72. Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes, it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
73. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
74. Freudemberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues, 30*, 159-165.
75. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El*

Síndrome de Quemarse. Madrid: Síntesis.

XII. ANEXOS

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Medicina

Anexo 1

Instrumento de recolección de la información del trabajo de investigación del
“Estado actual de la terapéutica del Síndrome de Burnout en Médicos mexicanos”.

Apellido del autor, iniciales del nombre			
Título del tema			
Titulo de la revista	Año	Número	pp
Resumen			