

**SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL O BURN OUT: CAUSAS, MODELOS
EXPLICATIVOS Y CONSECUENCIAS**

**ANGY LORENA BAYONA ABRIL
LINA AZUCENA QUINTERO TOLOSA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
BOGOTÁ D.C., 2011**

**SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL O BURN OUT: CAUSAS, MODELOS
EXPLICATIVOS Y CONSECUENCIAS**

**ANGY LORENA BAYONA ABRIL
LINA AZUCENA QUINTERO TOLOSA**

**Asesora Temática
MIRIAM CONSUELO NEIRA MD.**

**Asesor Metodológico
HANSEN MURCIA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
BOGOTÁ D.C., 2011**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
SÍNDROME DE BURN OUT	9
Orígenes del síndrome y definición.....	9
Consecuencias del Síndrome de Burn Out para las organizaciones	15
Modalidades del estrés psicosocial.....	15
Ausentismo laboral.....	16
Una modelación del ausentismo laboral	16
Modelos explicativos del síndrome de Burn Out.....	18
Modelo de Gil-Monte & Peiro (1997)	19
Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	19
Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	20
Modelo de Winnubst	22
Descripción del test de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	23
Aspectos legales del síndrome de burnout	28
<i>De acuerdo a estudios realizados en otros países.....</i>	29
DISCUSION Y CONCLUSIONES	37
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS.....	39

RESUMEN

La intimidación contra profesionales y el síndrome de *burnout*, o deterioro profesional del personal sanitario, ha obtenido una enorme importancia en los últimos años, especialmente en los servicios de urgencias. Sólo una pequeña proporción de los ataques al personal sanitario sale a la luz, pero hay un gran volumen de sucesos impulsivos sumergidos que no se constituyen en ninguna parte. Se han establecido protocolos y registros de agresiones en diversas comunidades para contar con datos precisos y poder tomar las decisiones más adecuadas y oportunas.

Los ataques sufridos por los trabajadores se hallan dentro del amplio abanico de riesgos que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios, ya de por sí son sometidos a factores de estrés laboral elevados que conducen a altos niveles de desgaste profesional (*burnout*). Por otra parte, los «profesionales quemados» incrementan, con sus actitudes en el trabajo, el riesgo de agresiones contra sí mismos y contra sus compañeros. Las autoridades sanitarias tienen entre sus prioridades no sólo ofrecer un servicio de calidad a todas las personas usuarias del sistema de salud, sino también que todo profesional sanitario pueda trabajar en las mejores condiciones laborales y con unos niveles de satisfacción, motivación y seguridad adecuados.

Palabras clave. Síndrome de *burnout*. Intimidación laboral. Modelos explicativos.

ABSTRACT

The intimidation and professional burnout syndrome, or impaired for health workers, has gained enormous importance in recent years, especially in the emergency department. Only a small proportion of attacks on medical personnel came to light, but there is a large volume of impulsive events that are not submerged in any part. Protocols have been established and records of attacks in various communities to have accurate data to make decisions more appropriate and timely.

The attacks on workers are within the range of risks to health and safety of health workers already subject to high occupational stress factors that lead to high levels of burnout (burnout). On the other hand, "Professional burnt" increase, with their attitudes at work, the risk of attacks against themselves and against their peers. Authorities health are among its priorities not only provide a quality service to all the people using the health system but also all health professional can work in better working conditions and with levels of satisfaction, motivation and appropriate security.

Keywords. Burnout. Workplace intimidation. Explanatory models.

INTRODUCCIÓN

En todas las empresas se encuentran presentes numerosos factores de riesgo dados por condiciones naturales, sociales y psicológicas, estos riesgos son generados por la misma actividad que se desarrolla dentro de cada institución, pueden causar situaciones que afecten la salud del trabajador, teniendo en cuenta estas bases, entre estos se manifiestan los problemas psicossomáticos secundarios al estrés y carga laboral.

La acumulación del estrés suele dar como resultado distintas reacciones en la persona. Dependen de distintos factores relacionados con la personalidad (inseguridad, perfeccionismo), hereditarios, hábitos y mecanismos de defensa. Signos y síntomas asociados al *Burnout* o estrés profesional

Para introducirnos en el tema es importante conocer los orígenes del estrés. Los orígenes del estrés son antiguos, Hipócrates dijo de la existencia de una "vis medicatrix naturae", un poder curativo de la naturaleza, es decir la puesta en marcha de mecanismos fisiológicos, con el fin de defendernos de las agresiones externas. Pero no es hasta el siglo XIX, cuando se producen las primeras investigaciones sobre el estrés: Hans Selye definió los síntomas característicos y lo denominó "Síndrome General de Adaptación ". (Selye, 1956)

Ley General del Estrés: "Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde a la máxima eficacia, éste percibe la situación como amenazante, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de estrés". (Rivera, 1980) El *Burnout* es una patología que está apareciendo, que está relacionada con nuestro ámbito laboral y con la forma de vida que últimamente se lleva. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo diario, que conlleva a graves consecuencias tanto físicas como psicológicas. Provoca la ansiedad y la depresión,

consiguiendo numerosas bajas laborales. En algunos casos se identifican tics nerviosos, temblor de manos, palpitaciones, taquicardia y dolor tipo picada en el pecho, aumento de la tensión arterial, mialgias, sobre todo en la zona lumbar, o cefaleas, problemas digestivos, trastornos del sueño e inapetencia sexual.

El hospital es uno de los ambientes laborales más estresantes. Los profesionales de la salud, en especial, los profesionales de enfermería, son más susceptibles a presentar el *Burnout*, como resistencia a la tensión emocional crónica establecida por el contacto permanente con otros seres humanos, es decir, el factor característico es el estrés que surge en la interacción social paciente-cuidador.

El síndrome de *Burnout* es una respuesta inadecuada al estrés crónico, determinada de acuerdo a la exposición, a los factores de riesgo tanto para el ámbito laboral, como personal y emocional, los cuales pueden estar interviniendo negativamente en el desempeño diario de las actividades que se desarrollen o en otro de los casos contribuye al absentismo del personal. Las investigaciones a nivel mundial demuestran que cada día va en ascenso y que si no se hace una intervención oportuna se puede aumentar el riesgo, Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del *burnout*, aunque de forma más completa podemos entender el *burnout* como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los pacientes, alumnos, usuarios o cliente. (Mansilla, 2008)

El síndrome *burnout* suele corresponder a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alta relación con personas, con horarios de trabajo descomunales. Se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca principalmente cuando el trabajo asciende las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y cuando la remuneración económica es inadecuada.

OBJETIVO GENERAL

Describir el Síndrome del Desgaste Profesional o Síndrome de Burn Out, sus causas, modelos explicativos y consecuencias en trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores estresantes del síndrome de desgaste profesional y los niveles que presentan.
- Determinar la presencia de los síntomas más frecuentes que denotan tendencia a padecer Burnout.
- Relacionar la presencia del síndrome de Burnout con variables sociodemográficas.
- Determinar la incidencia de manifestaciones en trabajadores de área de la salud y su afectación en la productividad laboral.

SÍNDROME DE BURN OUT

Orígenes del síndrome y definición

El *burnout* afecta de modo específico a aquellas profesiones cuyas tareas se resumen en una relación continuada y estrecha con personas sean clientes o usuarios, sobre todo si entre ambos existe una relación de ayuda y/o de servicio (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, 2006)

De este modo, las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, la educación o la administración pública (donde destacan los asistentes sociales y policías) suelen surgir con ascendientes estadísticas. El motivo es que tienen una mayor y continua relación con personas que solicitan atención para resguardar necesidades para las que no se dispone siempre de los recursos ordenados. Este trastorno entre expectativas y realidades puede provocar fracaso, al sentir que su labor no es “útil”, sino baldía (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, 2006).

El burnout o “síndrome del quemado” es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el

mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo (Freudenberger, 1974).

Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. El término burnout, cuya traducción pertenecería a “estar quemado”, fue interpuesto por Freudenberger a mediados de los años setenta para dar una definición al proceso negativo que sufren los profesionales en su labor, que se traduce en deterioro en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. (Gil-Monte & Peiró, 1997)

Según apuntan los expertos, estos se encuentran relacionados con las tareas que se exigen al equipo socio sanitario de las residencias y que, con frecuencia, no corresponden con las capacidades reales de los propios empleados. Si a esto se suman variables como el poco reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores, la falta de flexibilidad horaria o las pocas oportunidades para el desarrollo de habilidades y conocimientos personales, el profesional corre el peligro de desarrollar cierta aversión hacia su labor. Las trabajadoras son las que más posibilidades tienen de padecer este problema, ya que esta profesión está desempeñada mayoritariamente por mujeres con “una doble presencia en el ámbito laboral y familiar”. (Caballero, González, Mercado, Llanos, Bermeo, & Vergel, 2009)

Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”. Sin embargo, los verdaderos problemas pueden aparecer cuando el trabajador traslada este síndrome a su quehacer diario porque merma la calidad de los servicios prestados y acrecienta los gastos de las residencias. Los especialistas alertan de que los gerocultores y geriatras que sufren esta patología exteriorizan un desgaste emocional que puede derivar en una falta de confianza y autoestima, así como en la

despersonalización de la asistencia a los mayores, con una actitud indiferente e incluso negativa hacia ellos. Por este motivo, defienden la necesidad de que los cuidadores profesionales cuenten con las mejores garantías laborales para que el residente “no se vea afectado” y se mantengan con ello “los criterios asistenciales correctos”. (Frías, 2008)

Más tarde, en 1976, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social...”comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio”...). Para esta autora, el burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el ausentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. (Maslach, 1974)

Edelwich & Brodsky (1980) definieron el burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome:

- Fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas.
- Fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados.
- Fase de frustración en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa

remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente.

- Fase de apatía o indiferencia hacia el trabajo.

Posteriormente, Pines, Aronson & Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el Burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Maslach y Jackson, lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. (Maslach, Christina; Jackson, Susan, 1981)

Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del Burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés (Jackson, Leiter, & Maslach, 1996).

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un des balance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un

esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento”. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general (Mingote & Pérez Corral, 1999).

Pedro Gil-Monte y José María Peiró proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales” (Peiró & Gil-Monte, 1999).

Ferrer define el síndrome de burnout como “una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado”. Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años (Ferrer, 2002).

González define el burnout como un trastorno adaptativo producido por estrés laboral crónico que “inmoviliza e impide la reflexión serena y la capacidad de organización” (González, 2002).

Robles Sánchez habla de “estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia” (Robles, 2004).

Tizón (2004) se cuestiona el término burnout y afirma: “¿por qué hablamos de burnout o de profesionales quemados, y no de trastornos psicopatológicos de los profesionales?”, afirma que los síntomas que componen el síndrome de burnout pertenecen a categorías psicopatológicas; sobre todo trastornos depresivos, trastornos por “ansiedad excesiva”, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad. Este autor se hace una serie de preguntas y reflexiones al respecto: ¿no será que nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionales o de relación en el trabajo irresoluble? ¿O es que el trabajador manual o el ejecutivo de altos vuelos, pueden estar deprimidos, ansiosos o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial?

Cebria (2005) afirma que el burnout “es producto del “distrés” crónico producido básicamente en el trabajo”, afirma también que es “multidimensional y en él se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo, así como actitudes de cinismo, despersonalización y claudicación personal.”

Como hemos visto, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja.

Consecuencias del Síndrome de Burn Out para las organizaciones

Se implementa como una necesidad de saber con detalle las características de los diferentes procesos de trabajo y su relación con el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) y sus efectos en la salud. Este estudio permitió examinar el trabajo del profesional de la salud (Enfermería) en el que se identificó que su trabajo es potencialmente estresante aunque las tensiones varían de manera considerable de acuerdo al servicio en el cual estén laborando. Dicho profesional maneja una gran variedad de estímulos que son físicamente demandantes, lo cual lleva al agotamiento el cual está profundamente ligado con el estrés laboral y aparece como una respuesta o reacción a un estresor como peligro o trabajo excesivo. Es importante precisar que el trabajo de los profesionales de la salud se vuelve cada vez más complicado a medida que se hace más compleja e intrincada la naturaleza del trabajo (Vinaccia & Alvaran, 2004).

Modalidades del estrés psicosocial

Colectivamente las interacciones se fundamentan en un asunto que Lazarus y Folkman (1984) denominan evaluación cognoscitiva. Esta evaluación es un proceso psicológico de naturaleza «interna» en el cual se evalúan dos factores: la medida en que el estresor amenaza al sujeto y los recursos de éste que están disponibles para enfrentarse al suceso. Estos dos factores dan lugar a la distinción entre lo que se conoce como evaluaciones primaria y secundaria.

En base con la primera, se pueden diferenciar tres clases de evaluación: irrelevante, es decir, donde el encuentro no involucra valor, necesidad o compromiso. Aquí, las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si los resultados del encuentro se valoran como positivas, esto es, si resguardan o consiguen el bienestar, o si ayudan a conseguirlo. Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan

daño/pérdida, amenaza y desafío. Por su parte, la evaluación secundaria incluye la apreciación de la capacidad de enfrentamiento, es decir, los esfuerzos conductuales y cognoscitivos para dirigir, controlar y tolerar las demandas ambientales e internas, así como los conflictos que exceden los recursos disponibles (Ceibrá, 2001).

Ausentismo laboral

Una modelación del ausentismo laboral

Atance (1997) El ausentismo es una de las formas en que se ce manifestado el síndrome de Burnout, sin embargo no se ha estudiado de manera específica. Por lo que se puede dar cuenta el agotamiento excesivo de los trabajadores, tanto físico por las jornadas de trabajo como psicológico, ya que el trabajo se tiene que hacer sin parar lo que deja de lado las relaciones interpersonales que son necesarias para realizar cualquier trabajo. Lo que puede suponer un alto nivel de estrés o convertirse en Burnout o mismo que pudiese manifestarse en faltas, retardos o permisos constantes. El ausentismo laboral puede ser visto desde cuatro puntos de vista: Empresarial, directivo y económico, Psicológico, Sociológico y Pedagógico. En este caso se tomará en cuenta el punto de vista Psicológico:

La ausencia en el trabajo abarca la enfermedad, los motivos certificados o no y es comprendida como un acto individual de elección entre actividades posibles o como conducta habitual y rutinaria que sigue unas normas para escapar del control o como resistencia individual y grupal hacia el sistema inflexible. En el entorno familiar y en las relaciones interpersonales en genera (PedroGil-Monte, García-Jueas, Carretero, Nuñez, Roldán, & Caro, 2006).

Según Villalobos (1999) los efectos del estrés sobre la organización, cada persona que sufre de estrés está pagando un alto precio por su salud personal, pero también paga un alto costo la empresa para la cual trabaja trayendo como consecuencia lo siguiente: Absentismo. Rotación o fluctuación del personal Disminución del rendimiento físico.

El dotar de mayor importancia a la detección precoz de estados iniciales de estrés y burnout, íntimamente relacionados con el absentismo y con bajas laborales de tipo psiquiátrico, potenciaría una mejor salud mental del profesorado y una reducción del enorme gasto personal y económico que actualmente sufre la mayoría de administraciones educativas. Lo siguiente se debe tomar en cuenta para evitar la presencia del síndrome de Burnout, las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles (Moriani & Herruzo, 2004):

1. Tener en cuenta los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el progreso de estrategias cognitivo- conductuales que les aprueben eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las secuencias negativas de esa experiencia.
2. Fomentar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales.
3. Eliminar o disminuir lo que genera estrés del entorno organizacional que dan lugar al progreso del síndrome.

La intromisión en Burnout involucra un afrontamiento del problema. El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes del individuo”, es decir, implica un esfuerzo por parte del sujeto. Las estrategias de afrontamiento no son buenas ni malas,

sino como eficaces o ineficaces en función de si consigue mejorar o no la relación individuo- entorno. Hay muchas ocasiones donde las mejores estrategias son las que permiten tolerar, sobrellevar, minimizar o ignorar la situación de estrés, sobre todo en las que no se puede dominar el entorno (Lazarus, R; Folkman, S, 1986).

El Síndrome Burnout se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. El estudio pretende aportar una serie de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que permitan una aproximación al perfil de riesgo en esta profesión (Encinas, Gómez, Reyes, & Dos Santos, 2006).

Modelos explicativos del síndrome de Burn Out

Nace de la necesidad de recalcar sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada de dichos modelos es la de Gil-Monte y Peiró. Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación (Gil-Monte, Pedro, 1999):

Teoría Socio cognitiva del Yo: Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.

Teoría del Intercambio Social: Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social.

Teoría Organizacional: Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el SB. Éstos explican que las variables como las funciones del rol,

el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del SB.

Teoría Estructural: Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del SB de manera integral.

Modelo de Gil-Monte & Peiro (1997)

Este modelo explica el SB partiendo de diferentes variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc. (Figura 1; Gil-Monte, Pedro, 1997)

Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Para Golembiewski, Munzenrider, & Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El estrés laboral, en relación al síndrome de *burnout*, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede

tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contraproducente (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de síndrome de *burnout*, pues el distanciamiento contraproducente se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización.

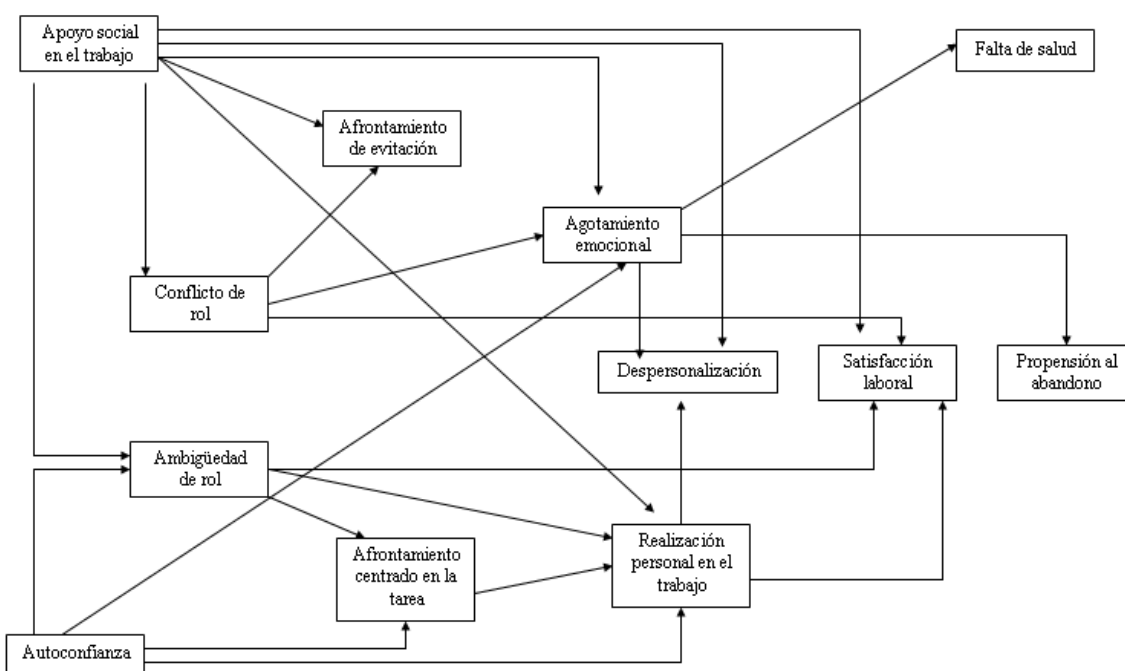


Figura 1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel tomado de Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Modificado de Gil-Monte, Pedro (1997)

Modelo de Cox, Kuk y Leiter

El modelo de Cox, Kuk, & Leiter (2003) aborda el síndrome de *burnout* desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos (Figura 2; Mansilla, 2008).

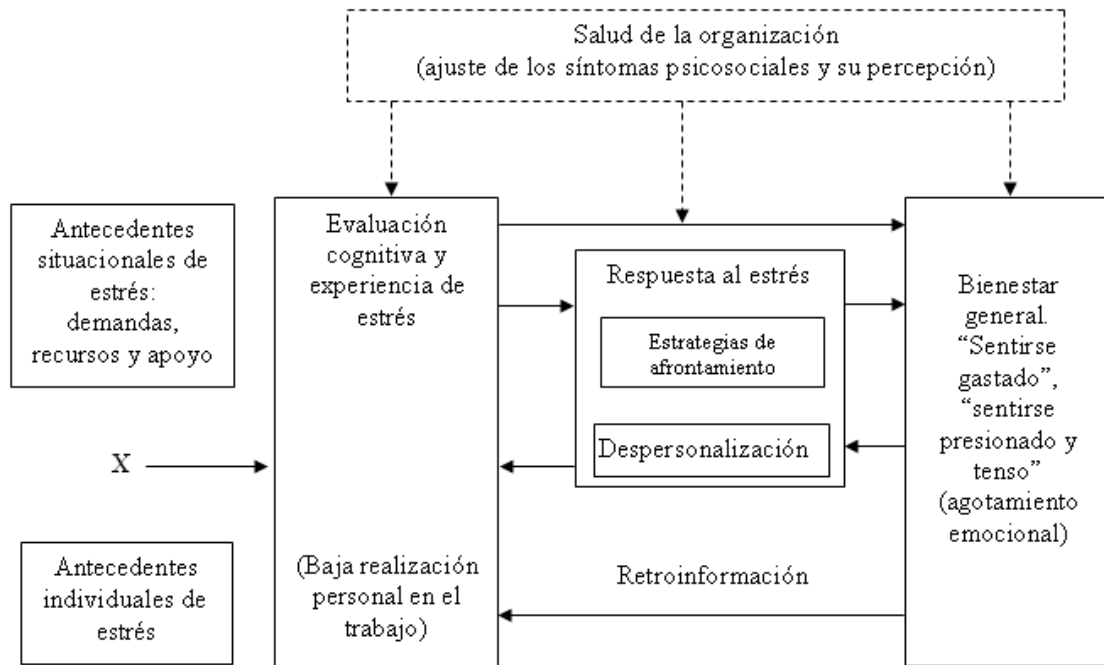


Figura 2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter. Modificado de Cox, Kuk, & Leiter (2003).

Para Cox, Kuk, & Leiter (2003) el síndrome de *burnout* es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador.

Modelo de Winnubst

Winnubst (1993) considera que el síndrome de *burnout* afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda. Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de *burnout*. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas (Figura 3).

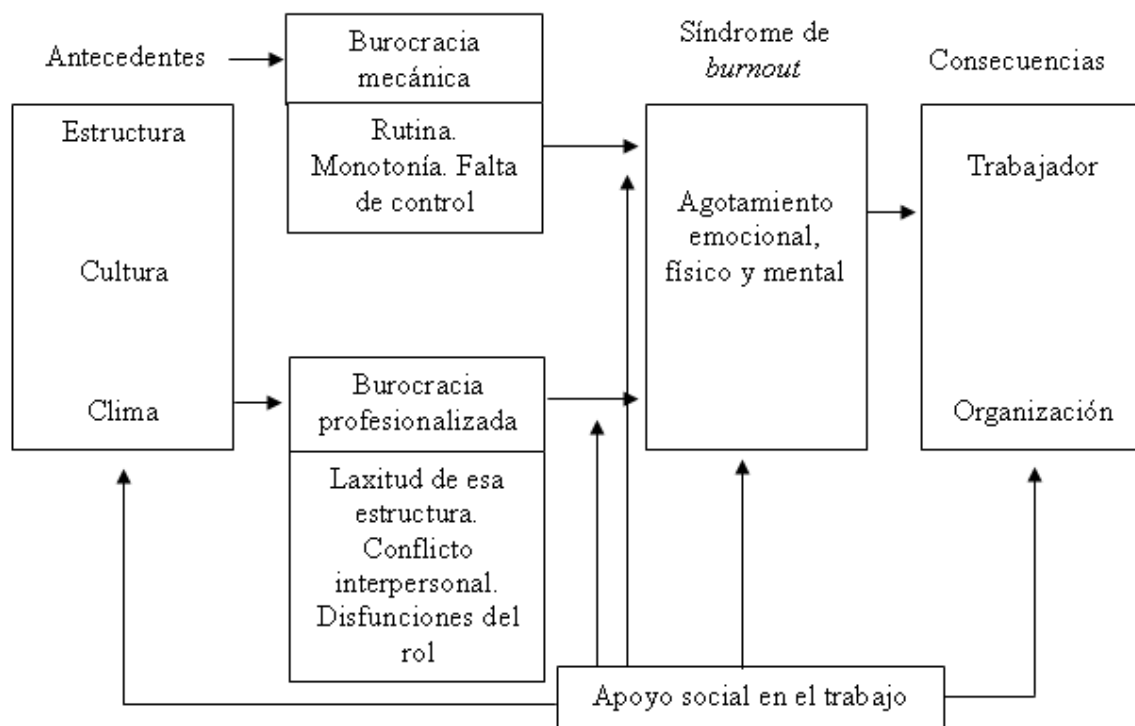


Figura 3. Modelo de Winnubst. Modificado de Winnubst (1993)

El personal de enfermería presenta una proporción de afección sustancialmente mayor que el personal médico (81,3 vs. 55,5%, respectivamente). La manifestación que se presentó con mayor frecuencia entre los trabajadores sanitarios encuestados fue la “despersonalización”. Las potenciales causas de la afectación estarían asociadas con la “organización” del entorno laboral y las “características de las tareas desempeñadas”. (Rosas, 2008)

Descripción del test de Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI (Maslach, Christina; Jackson, Susan;, 1981).

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen

sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización

personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

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

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios:

En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro (Tabla 1).

Tabla 1. Prueba MBI (Maslach Burnout Inventory). Tomado de Maslach, Christina; Jackson, Susan (1981)

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							

2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							

11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se							

		tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Aspectos legales del síndrome de burnout

El término Salud es definido por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud como el caso de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro. (Organización Mundial de la Salud, 1946)

A partir de ello el trabajo igualmente puede ocasionar distintos daños a la salud de tipo psíquico, físico o emocional, como sean las condiciones sociales y materiales donde se realice el trabajo. Para prevenir los daños a la salud ocasionados por el trabajo está constituida la Organización Internacional del Trabajo (OIT); es el principal organismo internacional encargado de la mejora permanente de las condiciones de trabajo mediante convenios que se toman en sus conferencias anuales y las directivas que emanan de ellas. La (OIT) es un organismo especializado de las Naciones Unidas de composición tripartita que reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de sus estados miembros con el fin de emprender acciones conjuntas destinadas a promover el trabajo decente en el mundo. La convención de 1981 de la OIT sobre la Seguridad y Salud No. 155 y sus recomendaciones No. 164, dispone que se adopten medidas políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo y estipula las actuaciones

necesarias tanto a nivel nacional como a nivel empresarial para impulsar la seguridad y salud en el trabajo y la mejora del medioambiente. (Organización Internacional del Trabajo, 1997)

La convención de 1985 de la OIT sobre Seguridad y Salud, No. 161 y sus recomendaciones No. 171, instala la creación de servicios de salud laboral que favorezcan a la fundación de las medidas políticas de seguridad y salud en el trabajo. 1998, instrucciones técnicas y éticas para la vigilancia de la salud de los trabajadores. (Organización Internacional del Trabajo, 1997)

De acuerdo a estudios realizados en otros países

Según estudios realizados en diversos países se evidencia un alto grado de síndrome de burn out a continuación relacionare diferentes artículos en los cuales se plasma los estudios que se vienen realizando acerca de este síndrome. Bourbonnais, Corneau, Vézina, & Dion (1998) realizó un estudio investigar la asociación entre el entorno psicosocial de trabajo y salud mental. En el estudio se evidencia que la importancia de crear un entorno saludable en el ambiente de trabajo, pues estas proporcionan la base para las intervenciones que se centran.

Un estudio de síndrome de burn out de los profesionales en los Hospitales de Girona se preguntó a los profesionales de la salud si ¿se considera una persona optimista? a lo cual se evidenció que los trabajadores sanitarios tienen una tendencia alta al optimismo. El optimismo es una variable vital e importante al momento de controlar los estudios de valoración de la salud percibida y de desgaste profesional - Síndrome burn out (Grau & Suñer, 2005).

En el artículo *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la Salud Pública*, en el estudio que se realizó por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (España) se evidenció que el 70.9% de los trabajadores encuestados estaban expuestos a riesgos de accidentes de trabajo. En el estudio que se realizó al personal se concluye que los trabajadores que están expuestos a factores de riesgo profesional es decir sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración, presentan porcentaje de respuestas significativamente mayores en sintomatología psicósomática (problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, entre otros síntomas, que los no expuestos (Gil-Monte, 2009).

En Estados Unidos se han realizado diferentes estudios en los cuales se concluye que el estrés laboral constituye un problema similar al de la UE. Según un Informe del National Institute for Occupational Safety and Health del 28% al 40% de los trabajadores informaron que su trabajo resultaba estresante (Gil-Monte, 2009). En un estudio posterior se señala que los trabajadores afectados de ansiedad, estrés o alteraciones neuróticas perdieron muchos más días de trabajo, que los que no padecen de estos síntomas.

Un estudio realizado en un hospital de Brasil sobre burnout aplicó un estudio transversal, analítico y de correlación el cual tuvo por objeto investigar la existencia de Burnout en 149 enfermeros en una hospital universitario de alta complejidad, en el periodo comprendido entre octubre a diciembre de 2008. Los resultados indicaron la presencia de las tres dimensiones indicativas de Burnout. La vulnerabilidad para ese tipo de enfermedad, en enfermeros, fue potencializada por la existencia de factores de estrés en el ambiente de trabajo (Lorenz, Bennati, & Sabino, 2010)

Un estudio realizado en Finlandia en el cual se realizó una muestra en 3.151 empleados entre los 30 a 60 años participaron en un estudio integral de la salud en el período 2000

– 2001 se obtuvo de un registro en la Institución del Seguro Social de Finlandia, el resultado de la muestra arrojó enfermedad medicamente certificada entre los empleados con el desgaste que entre los que no tienen desgaste. En el cual se concluye agotamiento severo asociado con un riesgo considerable, exceso de bajas por enfermedad médicamente certificada entre hombres y mujeres. Está asociación es independiente de frecuentes trastornos mentales y enfermedades físicas (Ahola, y otros, 2008).

En un estudio Sueco que se realizó en 2008 para investigar cómo el burnout se relaciona con auto-reporte de salud física y mental, trastornos del sueño, la memoria y el estilo de vida. El resultado que arrojó el estudio fue depresión auto-reportado, ansiedad, trastornos del sueño, deterioro de la memoria y dolor de cabeza, cuello y espalda. Los empleados con SAP tienen más síntomas, en comparación con los que experimentan sólo agotamiento, la separación del trabajo o burnout y el resultado muestra la importancia de las medidas adoptadas para prevenir y combatir el agotamiento (Peterson, Demerouti, Bergström, Samuelsson, Asberg, & Nygren, 2008)

En Australia se realizó una investigación para establecer la prevalencia de morbilidad psiquiátrica y el desgaste profesional entre los oncólogos ginecológicos y para evaluar el estrés laboral y satisfacción en el trabajo de este grupo; y en el cual se concluyó que los oncólogos en su experiencia profesional presenta angustia considerable, mientras que poseen altos niveles de realización personal y satisfacción en el trabajo. Por eso es importante mantener una fuerza laboral saludable contraída sobre soportes existentes (Stafford & Judd, 2010).

Un estudio realizado en China describe un nuevo diseño de trabajo y la modificación del sistema de trabajo por turnos y ofreciendo educación para la salud ocupacional (Palfi, Boncz, Oláh, & Betlehem, 2008).

Ruiz & Silva (2009) en su artículo hablan de los indicadores de burnout en docentes de terapia ocupacional. Este estudio tuvo como objetivo identificar la presencia de indicadores de burnout en terapeutas profesionales que actúan como profesores, así como sea posibles impactos en la salud de nosotros mismos y la calidad del servicio ofrecido a los estudiantes.

Diseño de proyecto directo: Las intervenciones para aumentar los recursos de empleo y oportunidad de recuperación para mejorar la salud relacionada con el trabajo, y los resultados de desempeño en enfermería. El objetivo de este proyecto de investigación actual es desarrollar e implementar intervenciones para optimizar los recursos de empleo y oportunidades de recuperación, que puedan conducir a la mejora de la salud, el bienestar y el rendimiento de las enfermeras (Spoor, Jonge, & Hamers, 2010).

Una encuesta realizada a la comunidad de personal de Salud Mental con una muestra representativa en el 2000, en la región de Veneto, Italia, los resultados que arrojaron la encuesta es en lo general que los altos niveles de estrés laboral afecta a casi dos tercios del personal psiquiátrico y uno de cada cinco miembros del personal sufría de agotamiento. Los psiquiatras y trabajadores sociales el mayor nivel de burnout, y trabajadores de apoyo y los psicólogos, el más bajo. Se concluye con esto que es importante mejorar el ambiente de trabajo dentro de los servicios psiquiátricos que es importante que el personal implemente estrategias de prevención del burnout. Los beneficios potenciales de tales programas, a su vez, tienen un impacto favorable en resultados de los pacientes (Lasalvia, y otros, 2009).

Un estudio realizado en 2004 en Chile menciona que el Síndrome de Burnout corresponde a un síndrome psicoemocional que se presenta en individuos cuyo trabajo implica atención y cuidado a otros. Síntomas claves del síndrome son una intensa sensación de cansancio emocional, despersonalización y tendencia a evaluarse negativamente en su trabajo. Se realizó una muestra a 250 profesionales a los que se

les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de Burnout de forma autoadministrada, entre mayo y septiembre de 2002. El resultado que se obtuvo de lo anterior prueba es que el 69% de los evaluados tienen o están en riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout. Es por esto que es importante considerar y evaluar la existencia de este síndrome con el fin de corregir los factores involucrados en su desarrollo (Ordenes, 2004).

Un estudio realizado a 287 profesionales de la salud de un municipio de la Habana, a médicos y enfermeros de los niveles de atención I y II, se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50%. El burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención (Hernandez, 2003).

Se realizó un estudio en 2.290 trabajadores sanitarios de 5 hospitales de Girona, en el cual se concluyó un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con ansiedad. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo, y el equipo de trabajo. Se recomienda mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo (Grau, A; Suñer, R; García, M, 2005).

El estudio El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio piloto. Se atribuye al Síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios, se cree que su presencia en el personal sanitario está presente y en incremento. En la población estudiada se encontró

un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del Síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además se concluyó la necesidad de repetir el estudio en instituciones de Salud Pública (Cuadra, Palomino, Ruiz Gutierrez, & Fermín, 2005).

Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara México. El objetivo de estudio es identificar las diferencias entre el ser hombre o ser mujer con síndrome de burnout y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de Salud en Guadalajara, México. Se concluye que es importante mantener un buen estado de salud y bienestar, así como trabajar bajo condiciones seguras, traerá consecuencias positivas para la institución, para el trabajador, y la población en general (Beltrán, 2006).

Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. En este artículo se expone las principales características de este Síndrome, así como las variables estudiadas que parecen contribuir en su aparición. Se concluye que para la prevención y el alivio del Síndrome del burnout lo mejor es generar estrategias individuales basadas en el cambio de actitud (De las Cuevas Castresana, 2003).

Un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones en España se propone probar una versión modificada del modelo teórico de Janssen, de Jonge y Bakker acerca de las relaciones específicas entre los estresores laborales y los resultados actitudinales y conductuales. Los resultados tomados en consideración son la satisfacción laboral, el burnout y las consecuencias para la salud. Todas las relaciones hipotizadas se prueban simultáneamente usando las técnicas de modelado de ecuaciones estructurales. Los resultados se discuten en orden a la integración conceptual y a la dirección de futuras intervenciones (Topa Casantino, Lisbona, Palaci, & Morales, 2005).

De igual manera encontramos en el artículo factores relacionados con el Síndrome de burnout en ginecólogos. Estudio efectuado a 27 ginecólogos de un Hospital en ciudad de México D. F. se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados con el Síndrome de burnout en los ginecólogos del Hospital. En el estudio se concluye la prevalencia del síndrome entre ginecólogos tiende a ser más elevada que entre anestesiólogos del mismo Hospital. Debe considerarse el apoyo psicológico para los médicos afectados y valorarse la reorganización del servicio (Palmer Morales, Prince-Vélez, & Bernal, 2007).

El estudio realizado en Ciudad de México con el objetivo de obtener la prevalencia del síndrome de Agotamiento Profesional en los médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali, B. C. México. (Palmer Morales, 2005). A los médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali se les hizo un estudio poblacional, transversal y descriptivo, mediante cuestionario autoadministrativo de Maslach a 92 médicos anestesiólogos. Se concluye en el estudio que lo reportado por otros autores hay diferencias con nuestro estudio, posiblemente por corresponder a otras especialidades. Sugerimos estudios similares en otras ciudades del país para obtener prevalencia en este grupo de médicos especialistas.

Dentro de los artículos encontrados y retirándonos un poco de sector salud encontramos uno de los pocos estudios realizados o publicados en otras áreas, tal como lo refiere el artículo: Síndrome de burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. El objetivo del estudio fue el de determinar la prevalencia del síndrome de burnout, así como analizar su posible relación con la presencia de factores psicosociales negativos en el trabajo. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cuestionario de datos sociodemográficos, la escala de valoración de Maslach burnout Inventory (MBI) para evaluar el síndrome y la Guía de Identificación de factores

Psicosociales para identificar la presencia de factores psicosociales negativos en el área de trabajo (Aranda, Velásquez, Brizuela, & Pérez Reyes, 2003).

Estudio realizado en agentes de tránsito, México. El objetivo de este estudio es analizar las variables edad de los participantes ante el síndrome, el apoyo social y la autoestima. Se realizó un estudio a 875 agentes de tránsito, a la cual se le aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, la Escala de Maslach Burnout Inventory, el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Vega modificado y el cuestionario de autoestima se observaron prevalencias en los mayores de 43 años de 7,9%. Los análisis inferenciales demostraron varias asociaciones significativas entre la edad y las variables de estudio. Se concluye que la edad es una característica individual trascendental en la vida. Tener más edad es un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome, tener un inadecuado apoyo social y una autoestima baja (Arando & Pando, 2010)

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Desde que apareció el concepto del síndrome de burnout o Síndrome del desgaste profesional en el Trabajo en los últimos treinta años se han llevado a cabo en todo el mundo centenares de estudios sobre esta patología sociolaboral, sin embargo se centraron en profesionales de la salud y servicios humanos, se empezado a estudiar muestras poblacionales de educadores hasta llegar a funcionarios de prisiones, policías, estudiantes y administradores. Golembiewski, Munzenrider, & Carter (1983) afirman que el burnout perturba a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda y de hecho, gran parte de sus investigaciones emplean como muestra a directivos, etc.

Los resultados de la investigación no evidencian la presencia del Síndrome de Burnout, pero si una tendencia a desarrollarlo en un porcentaje no despreciable de profesionales, que se ajustan a un patrón sociodemográfico bien definido y muy similar a los estudios realizados de acuerdo a lo encontrado en la literatura.

En la mayoría de los estudios realizados el género femenino es el que presenta una mayor tendencia a padecer el síndrome de desgaste profesional, siendo ésta una información sesgada, debido a que en la mayoría de estudios predomina el género femenino dentro de los cargos estudiados, por tanto se establecen datos muy subjetivos con respecto a la tendencia.

Se encontró en un porcentaje alto de síntomas que denotan una importante tendencia a la sobrecarga laboral, lo cual daría una pauta para centrar mayor atención en este hecho para realizar una intervención oportuna, y así prevenir el estrés laboral.

Es necesario ampliar las investigaciones a trabajadores que no sean solo médicos, enfermeras y docentes, para conocer la magnitud e impacto de esta problemática en Latinoamérica.}

De acuerdo a lo anterior consideramos que sería pretencioso aún pensar en procesos interdisciplinarios en las organizaciones cuando el fenómeno está en proceso de exploración en el mundo y más aún cuando los resultados de los estudios nos están indicando una alta prevalencia de burnout.

Gracias a la investigación podemos decir que las condiciones laborales no son adecuadas para todos los profesionales, por lo tanto aumenta la susceptibilidad para ser predisponente a los riesgos psicosociales para el desarrollo del síndrome de Burnout.

Encontramos además que existen varios factores desencadenantes para la aparición de signos de síndrome del desgaste profesional tales como: salario por debajo de lo estipulado, horarios extenuantes, falta de remuneración o incentivos laborales, imposibilidad de ascender dentro de la misma empresa, jornadas inadecuadas para el desarrollo de actividades cotidianas, condiciones laborales inapropiadas.

Y finalmente hayamos una insatisfacción laboral en las profesiones porque su trabajo cada vez obtiene más sobrecarga de actividades pero menos reconocimiento financiero.

REFERENCIAS

- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vantera, J., y otros. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence. *Psychores* , LXIV (2), 185-193.
- Aranda, C., Velásquez, I., Brizuela, M., & Pérez Reyes, M. (2003). Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del departamento de salud pública de la universidad de Guadalajara. *Revista de Psiquiatría Fac Med Barma* , 193-199.
- Arando, C., & Pando, C. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional, apoyo social y autoestima en agentes de tránsito. *Revista Colomb Psiquiatría* , XXXIX (3), 19-23.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública* , DXXI (3).
- Beltrán, A. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud. *Costarrica salud pública* , XV (29), 1-7.
- Bourbonnais, R., Corneau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine* , 20-28.
- Caballero, C., González, O., Mercado, D., Llanos, C., Bermeo, Y., & Vergel, C. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout y su correlación con factores psicosociales en docentes. *Revista Universitaria Simón Bolívar Barranquilla* , 142-157.
- Cebria, A. (2005). Síndrome de desgaste profesional como un problema en salud pública. *Gac Sanit* , 470-477.

Ceibrá, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* , XXVII (7), 92-94.

Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. (2003). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. (Marek, Ed.) *WB Schaufeli* , 177-193.

Cuadra, G., Palomino, B., Ruiz Gutierrez, J., & Fermín, j. (2005). El síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú cooper corporation. *Revista medica Hered* , XXVI (4), 233-238.

De las Cuevas Castresana, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Revista doyma* , 107-113.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burn Out: stages of disillusionment in helping professions. *Human Service Press* , 32-36.

Encinas, C., Gómez, k., Reyes, J., & Dos Santos, L. (2006). *Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de un hospital de la localidad de San Luis del Palmar*. Argentina: Corrientes de Argentina.

Estados, R. d. (2007). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Asambleas Mundiales de la Salud* (págs. 1-2). Santiago de Chile: Off.rec Wld Hlth Org.

Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Medicina clínica* , 119-195.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of social Issues* , 30, 159-165.

Frías, R. A. (2008). Síndrome de Burnout en personal de enfermería. *revista universitaria Editorial UNCA Argentina* , 3-5.

Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública* , 169-173.

- Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, Pedro. (1999). *Anales de Psicología. Perspactivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome del desgaste profesional*. Valencia: Revista española en salud pública.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Progressive Phases of Burnout and their workside covariants. *Journal of Applied Behavioral Science* , 464-481.
- González, R. (2002). Mesa redonda, Síndrome de Burnout; ¿Qué podemos hacer? *Semergen* , 18-38.
- Grau, A., & Suñer, R. (2005). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Revista de calidad asistencial* , 370-376.
- Grau, A; Suñer, R; García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Revista de calidad asistencial* , XIX (6), 463-470.
- Hernandez, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario. *Revista cubana de salud pública* , 103-110.
- Jackson, S., Leiter, M., & Maslach, C. (1996). Nuevas direcciones en la investigación e intervención. *a Journal of the associationfor psychological science* , 189-192.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Bissoli, S., Cristofalo, D., Marella, G., Ceccato, E., y otros. (2009). Estudio en Hospital Mental en Italia. *The british Journal of Psychiatry* , 537-544.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.
- Lazarus, R; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona España: Martínez Roca S.A.

- Lorenz, V., Bennati, M., & Sabino, M. (2010). Burnout y estrés en un Hospital Universitario de alto complejidad. *Revista Latinoamericana Enfermagen* , 18-19.
- Mansilla, F. (2008). *Manual de riesgos psicosociales en el trabajo*. España.
- Maslach, C. (1974). Burnout en profesionales de servicios sociales. *universia España* .
- Maslach, Christina; Jackson, Susan. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual research edition*. California: consulting psychologist press.
- Mingote, A., & Pérez Corral, S. (1999). *El estrés médico: Manual de autoayuda*. España: E. Díaz de Santos.
- Moriana, J., & Herruzo, J. A. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of clinical and health psychology* , IV (3), 597-621.
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. (2006). *Guía sobre el Síndrome del desgaste profesional*. Madrid.
- Ordenes, D. (2004). Prevalencia del Burnout en trabajadores del hospital Roberto de Ríó. *Revista Chilena Pediatría* , 449-454.
- Organización de las Naciones Unidas. (16 de Noviembre de 2007). *Organización Internacional del Trabajo*. España: Organización de las Naciones Unidas.
- Organización Internacional del Trabajo. (2008). *Conceptos Básicos en Salud Laboral*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (1997). *Seguridad y salud*. Unión Europea: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución Organización Mundial de la Salud*. España: Organización Mundial de la salud.

Palfi, I., Boncz, I., Oláh, A., & Betlehem, J. (2008). Relation ship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing* , 720-721.

Palmer Morales, Y. (2005). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexcali. *Revista médica de México* , CXXI (3), 181-183.

Palmer Morales, Y., Prince-Vélez, R., & Bernal, S. (2007). Ginecologia Obstetrica y Burnout. *Revista médica de México* , 379-383.

PedroGil-Monte, García-Jueas, E., Carretero, M., Nuñez, N., Roldán, M., & Caro, M. (2006). Validez factorial del "cuestionario para la evaluación del síndrome de Burnout. *Interpsiquis* , 55-63.

Peiró, J. M., & Gil-Monte, P. (1999). El Síndrome del desgaste profesional. *Electónica, psicológica, científica* , 77-79.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing* , 84-95.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: Fron tedium to personal growth*. New York: En C Cherniss.

Rivera, J. L. (1980). *Psicosomática. Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos.

Robles, J. (2004). Síndrome de Burnout. *Med Mill* , 13-21.

Rosas, S. (2008). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Pachuca. *Revista electrónica de psicología* , 66-70, 84-89.

Ruiz, L., & Silva, N. R. (2009). Indicadores de Burnout en docentes de terapia ocupacional: estudio piloto. *Revista Terapia Ocupacional Universitario Sao Paulo* , 101-109.

Selye, H. (1956). *The stress of life* (Vol. XVI). New York: McGraw- Hill.

Spoor, E., Jonge, J., & Hamers, J. (2010). Intervention to increase job resources and recovery opportunities to improve job-related health, wellbeing and performance outcome in nursing homes. *BMC Public Health* , 293.

Stafford, L., & Judd, F. (2010). Mental Health and occupational wellbeing of Australian gynecologic oncologist. *Health Gynecologic Oncology* , 526-532.

Tizón, J. (2004). Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos. *Aten primaria* , 326-330.

Topa Casantino, G., Lisbona, A., Palaci, F., & Morales, J. (2005). Desterrminantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: con funcionariosd e prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* , 71-81.

Villalobos, J. (1999). Estrés y trabajo. *medspain* , 13-17.

Vinaccia, S., & Alvaran, L. (2004). El síndrome de Burnout en una muestra de enfermería. *Revista de la universidad de Buenaventura* , 160-163.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and nurnout. *WB Sxhaufeli*, 151-162.