



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JORGE SALCEDO ROJAS

DIRECTOR: MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

SINODALES:

MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS

MTRO. RODOLFO ESPARZA MÁRQUEZ

LIC. MARIO PÉREZ ZUVIRI



México, D.F., enero 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi mamita tan especial. Nunca encontraré la forma de agradecerte tantas cosas que has hecho por mí, además de tus enseñanzas, tu inteligencia natural, tus ocurrencias, las risas generadas, tus abrazos y compañía incondicional. El lazo que nos une romperá el tiempo y el espacio. Gracias por confiar en todo lo que soñé, me cuidaste y me guiaste hasta aquí, eres mi ángel de la guarda. Este logro también es para ti. Te quiero mucho. Algún día nos volveremos luces.

Hermanita Maru, mucho hay que agradecerte, como el generar en mí querer seguir tus pasos. Además, recuerdo tu explicación sobre la UNAM cuando era niño y me dieron ganas de estudiar ahí. También las pláticas, las reflexiones, las risas, decirme que nunca dejara de soñar. Y sobre todo por ayudarme a conocer, literalmente, el mundo; ahora comprendo más cosas. *Ich liebe dich. Danke für alles.*

Yer, gracias por compartir una gran parte de mi vida, hacerme reír, y defenderme cuando era pequeño. Siempre estás presente donde voy. Te quiero mucho.

Fer, es increíble la compañía que me has brindado, las conclusiones de la vida, lo interesante del lenguaje, ayudarme a reflexionar sobre el equilibrio entre mi ser etéreo y físico. Agradezco hayas crecido. Te quiero.

Sam, al final, eres como mi hermano menor, agradezco aquellas madrugadas *geek*, también por hacerme compañía de manera indirecta en varios momentos que lo necesité. Tum tum tum tu tu tu tu tum tum tum.

Ricardo, me hiciste entender la importancia de buscar palabras en el diccionario, la importancia del inglés, gracias por hacer mis deducciones, bueno, medio hacerlas.

Tía Pera, eres una persona muy importante para mí, gracias por tu cariño, consejos, ánimos, apoyo, solidaridad y estar siempre pendiente de mí. Me hace feliz estés en mi camino. Te quiero mucho.

Tía Angélica, gracias por hacer tan divertida la vida con tus ocurrencias y tu ternura. Te quiero.

Abuelita, han sido geniales las historias que me has contado. Eres una excelente persona, supongo que por eso la mayoría de la familia es así. Te quiero mucho.

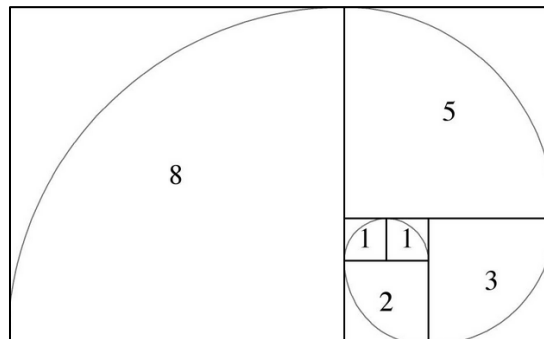
Agradezco a las personas que permanecen y a las que no también...

Jorge Álvarez Martínez, gracias por haber confiado, apoyarme y darme la oportunidad de cerrar este capítulo en mi vida.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi alma mater; también a la Facultad de Psicología por haber creado en mí una persona autocrítica, responsable, ética y comprometida con las personas que pueda ayudar.

Por mi raza, hablará el espíritu.

Todo lo anterior ha contribuido a ser quien soy...



La locura no es una enfermedad, es un privilegio.

Índice

I. Resumen	5
II. Introducción.....	7
Capítulo 1. Salud en el trabajo	11
1.2 Salud	12
1.3 Salud y trabajo	15
1.4 Antecedentes de salud laboral	19
1.5 Definición y características de la salud laboral.....	23
1.6 Disciplinas que intervienen en la salud ocupacional	25
1.6.1 Medicina del trabajo	26
1.6.2 Psicología de la salud	26
1.6.3 La ergonomía.....	27
1.6.4 Administración.....	27
1.6.5 Higiene industrial	28
Capítulo 2. Burnout	30
2.1 Estrés	31
2.1.1 Estrés laboral	37
2.1.2 Causas.....	40
2.1.3 Consecuencias.....	44
2.2 Modelos del estrés laboral	47
2.2.1 Modelo de las demandas, restricciones y apoyo de Karasek	48
2.2.2 Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa (ISR)	49
2.2.3 Modelo del estrés orientado a la dirección. Ivancevich y Matteson	50
2.2.4 Modelo de apreciación cognitiva de Lazarus & Folkman.....	51
2.3 Antecedentes de burnout	53
2.4 Definición.....	55
2.5 Diferencia entre el estrés laboral y el síndrome de burnout.....	59
2.6 Características del burnout	62
2.6.1 Modelos.....	65
2.7 Instrumentos.....	73
2.8 Investigaciones sociodemográficas.....	74
Capítulo 3. Terapia cognitivo-conductual	80

3.1 Definición.....	80
3.2 Terapia cognitivo conductual.....	81
3.3 Técnicas cognitivo conductuales	85
3.3.1 Reestructuración cognitiva	85
3.3.2 Solución de problemas	88
3.3.3 Relajación y respiración diafragmática.....	91
3.3.4 Exposición y desensibilización sistemática	95
3.3.5 Modelamiento	97
3.3.6 Psicoeducación	99
3.3.7 Entrenamiento en habilidades sociales	100
3.3.8 Prevención de recaídas	102
Capítulo 4. Propuesta de intervención con técnicas cognitivo-conductuales en el síndrome de burnout	104
4.1 Justificación.....	104
4.2 Metodología.....	107
4.2.1 Procedimiento	107
4.2.2 Objetivo general.....	107
4.2.3 Objetivos específicos	108
4.2.4 Instructor	108
4.2.5 Participantes.....	109
4.2.6 Escenario.....	109
4.2.7 Materiales	109
Taller: El burnout: una amenaza silenciosa.....	110
III. Alcances y limitaciones	120
IV. Conclusiones	122
Referencias	125
Anexos	154

I. Resumen

Los estudios sobre el síndrome de *burnout* datan desde hace varias décadas; sin embargo, la prevalencia de éste a nivel mundial se ha exacerbado cada día más. Por esta razón, los profesionales de la salud han tomado mucha atención para poder atender los efectos psicológicos, físicos y biológicos que se generan en los trabajadores durante este síndrome. Existe evidencia de que los síntomas anisógenos pueden impulsar a los afectados a dejar su trabajo y, en algunos casos, hacer que lleguen al suicidio. Por este motivo, se considera que es importante ampliar y proponer una intervención cognitivo-conductual que sirva no sólo como herramienta, sino también como factor protector dentro del ámbito laboral para prevenir la aparición del burnout y así aumentar las competencias del trabajador, su productividad y calidad de vida.

Abstract

Studies on burnout syndrome date back several decades. However, the prevalence of the syndrome is increasingly exacerbated. For this reason, health professionals have taken a lot of attention to address the psychological, physical and biological effects generated in the workers during this syndrome. There is evidence that stress symptoms may prompt those afflicted to leave his job, and in some cases commit suicide. For this reason, it is considered important to extend and propose an intervention with cognitive-conductual that serves not only as a tool but also as a protective factor in the workplace to prevent the occurrence of burnout, and increase the skills of workers and their productivity and his life in general.

II. Introducción

El ser humano ha convertido el trabajo en una necesidad básica e indispensable, prueba de ello es que se encuentra inmerso en ambientes laborales durante gran parte de su desarrollo. De este modo, ha llegado a satisfacer otro tipo de necesidades, tales como la autorrealización; sin embargo, en algunas ocasiones, este mismo trabajo que gratifica y da condiciones satisfactorias a un trabajador de pronto se puede tornar complicado y estresante, lo que ocasiona condiciones negativas a la salud física y psicológica del individuo.

Las empresas, organizaciones e instituciones públicas o privadas requieren de distintas personas con competencias específicas para desarrollar las actividades solicitadas. El interés primordial de estas instancias es generar dinero para tener una organización más activa, pero la mayoría de ellas soslaya las condiciones laborales óptimas que debe ofrecer a todos sus trabajadores, tales como un horario basado en la ley, un sueldo digno, salud laboral, etcétera.

Actualmente, la situación económica en nuestro país no es la mejor que hemos tenido en décadas, por esta razón las personas se encuentran obligadas a trabajar en condiciones poco adecuadas para el perfecto desempeño laboral. De tal suerte que la sociedad contemporánea no tiene muchas oportunidades de empleo y esto la ha llevado a padecer situaciones de constante estrés, ya sea por conseguir empleo o por mantenerlo, sin importarles que su salud se encuentre en juego.

En los últimos años, Los trastornos psicósomáticos han recibido gran atención debido a los daños provocados en la población laboral productiva. El término *psicósomático* se emplea para referirse a aquellas enfermedades orgánicas que tienen lugar en diferentes apartados, sistemas, tejidos u órganos del cuerpo humano y que también afectan a la psique (Fernández, 2000).

Con base en lo anterior, podemos entender que la forma acelerada en que la sociedad se desempeña y las exigencias laborales han facilitado el desarrollo de trastornos físicos y psicológicos en las personas trabajadoras.

En los años setenta, se introdujo en la literatura el término *burnout*, palabra inglesa que significa “estar quemado” y que se empleó para hacer referencia a la respuesta física y emocional que presenta un individuo ante el estrés agudo y constante del ambiente laboral; además, se definió como un trastorno asociado con las pocas habilidades de afrontamiento de una persona ante las exigencias psicológicas que se requieren en el trabajo, las cuales pueden afectar la calidad de vida y la salud mental del trabajador, y esto finalmente repercutirá en la calidad del servicio y atención que brinda (Gil-Monte, 2005).

El síndrome de burnout se puede considerar como el mal del siglo XXI, ya que aproximadamente dos terceras partes de las enfermedades a nivel mundial se relacionan con el estrés laboral. Por tal motivo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señaló en el año 2000 que el estrés laboral ponía en peligro las grandes economías de los países, pues afectaba directamente la salud de los trabajadores y repercutía en su desempeño laboral y en su productividad.

Como ya sabemos, las instituciones son muy demandantes en todos los aspectos, pero son muy pocas las que se interesan en la salud de sus trabajadores. Debido a esta casi nula atención, los trabajadores comienzan a tener efectos negativos a nivel fisiológico, psicológico y físico, lo que les lleva a presentar: cefaleas, mareos, alteraciones menstruales, dolores inexplicables, problemas gastrointestinales, presión arterial alta o baja, alteraciones del sistema nervioso central por consecuencia de la falta de sueño y/o estrés (Moreno, Olivier, Pastor y Aragonese, 1991; Fernández, 2000; Gil-Monte, 2002; Pando, Aranda y Balcazar, 2003).

Por lo anterior, se abordarán en el presente trabajo:

Capítulo 1. Se abordará con un breve acercamiento a la definición de la salud y la relación existente con el ámbito laboral. De este modo, se irá desglosando las características de la salud laboral y los efectos negativos que pueden surgir por un deterioro en ella. Además, se mostrará la importancia de prevenir los efectos negativos en la relación salud-trabajo.

Capítulo 2. Se explicará el síndrome de burnout: definición, síntomas, efectos negativos físicos, psicológicos y conductuales en el individuo, y las consecuencias negativas que puede traer en el trabajador y dentro de una organización.

Capítulo 3. Se revisarán los antecedentes de la terapia cognitivo conductual, las características y técnicas más utilizadas para atender trastornos de ansiedad. Así como la eficacia en el tratamiento enfocada al síndrome de burnout.

Capítulo 4. Se incluirá la propuesta de intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual con técnicas enfocadas a la modificación de pensamientos distorsionados; técnicas conductuales destinadas a moldear las conductas que retroalimentan los pensamientos negativos y técnicas de relajación enfocadas en la disminución y control del estrés

Capítulo 1. Salud en el trabajo

El trabajo humano es una condición universal necesaria para la evolución de la humanidad y, por lo tanto, debe abordarse desde la óptica de las ciencias sociales y humanas mediante un trabajo multidisciplinario y desde una visión holística, armonizadora y conciliadora. El trabajo remunerado es un medio esencial para alcanzar la calidad de vida y, a la vez, un elemento relevante dentro de ésta. González (2006) afirma: “No hay calidad de vida sin trabajo”.

Hoy en día todos los trabajos implican algún esfuerzo mental, necesidad de capacitación y actualización debido a la permanente innovación en tecnologías de información, comunicación y automatización, lo que se traduce en reubicaciones abruptas, implementación de continuas estrategias de motivación, globalización económica, interdependencia, cierres, fusiones y nacimientos constantes de nuevas empresas de corta vida y el *tercerismo* empresarial (Gómez, 2005). Como resultado de lo anterior se ha propiciado un deterioro en la calidad de vida del trabajador y por ende en su salud, pues ha tenido que adaptarse a los cambios que esto ha generado, y por si fuera poco, cada vez en menor tiempo.

En México el ambiente de las organizaciones es muy demandante, por esta razón, se generan cambios notorios en la salud de los trabajadores o profesionistas, por mencionar algunos: problemas de presión arterial, gastrointestinales, del sistema nervioso central, sueño, irritabilidad, actitudes negativas, etcétera. Es así que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destinó entre 2004 y 2006 más de 11 000 millones de pesos al rubro de accidentes laborales y consecuencias en la salud de los trabajadores (Aldrete, Contreras & Preciado, 2008).

Muchas instituciones en nuestro país piensan que los trabajadores se encuentran en una actitud positiva, salud física y psicológica intacta, pues las empresas tienden a pensar que el salario no sólo es lo que le permite sobrevivir al trabajador y a su familia, sino también crecer o desarrollarse de manera personal, dejando en el olvido la salud del trabajador.

Así pues, el estudio de la salud y la enfermedad ha sido una preocupación constante para el ser humano, ya que son cualidades inherentes a su naturaleza y su supervivencia. Por ello, históricamente han existido múltiples aproximaciones para su estudio; sin embargo, todas ellas coinciden en que la salud es un estado de bienestar y de equilibrio de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y conductuales.

La Constitución mexicana indica que “gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política y condición económica o social” (Carrillo, 2005 p. 17).

1.2 Salud

A través de la historia han surgido diversas enfermedades (físicas, fisiológicas, psicológicas, entre otras) que han sido controladas y, en el mejor de los casos, erradicadas; sin embargo, al igual que el ser humano resuelve retos que le acontecen día a día, surgen nuevas patologías que el hombre tendrá que resolver para lograr una completa calidad de vida en toda la humanidad y obtener la supervivencia de la especie, para esto es necesaria la participación de todos los especialistas de la salud.

Durante décadas la definición de salud ha ido modificándose a través de las distintas disciplinas encargadas de ofrecer una salud integral del hombre. A pesar de ello, ha resultado difícil unificar la definición exacta al igual que muchos constructos en psicología; la salud debe ser entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. (Benavides, et al., 2000).

No obstante, Oblitas (2004) define de manera más amplia el constructor de salud como “el bienestar físico, psicológico y social... No es la ausencia de alteraciones y enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”.

Por otra parte, en el año de 1959, Dubos sostuvo que la salud era “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio” (San Martín, 2003, p. 8). Para él, el concepto de la salud estaba basado en una perspectiva ecológica, pues se definió como la capacidad del individuo de adaptación al medio (Benavides, 1997). La interacción y la integración del medio interno y externo se conjugan de forma dinámica, generando en el individuo competencias para afrontar las condiciones adversas que se pueden presentar en la vida cotidiana, pero si se presenta un factor que pueda obstaculizar dicha interacción puede ocasionar alguna enfermedad (San Martín, 2003).

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “un estado de bienestar psicológico, físico y social”, que no se puede reducir únicamente a la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del concepto de salud, se encuentran involucradas interacciones dinámicas de distintos medios de nuestro sistema, en este sentido, la salud, no puede ser abordada desde una sola perspectiva fisiológica, ya que las afectaciones son a diversos niveles desde psicológicos o sociales.

Sumado a lo anterior, la salud mental está compuesta por distintas dimensiones e interacciones: la autoaceptación o autoestima que no es más que la evaluación positiva de uno mismo y de las experiencias del pasado; el crecimiento personal, el desarrollo psicológico, las relaciones interpersonales (Oblitas, 2004); la capacidad de sobreponerse al medio ambiente; el sentido de autodeterminación y la habilidad de controlar la propia vida (OMS, 2004). Debido a esto, cuando se da una alteración en alguna de estas esferas, este equilibrio se rompe y es cuando sobreviene el deterioro de la salud, e inmediatamente el individuo busca regresar a este ajuste.

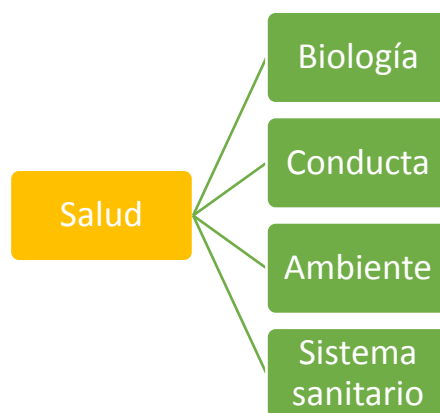
Incluso, Ruiz (1987) menciona que la salud es una fuerza que capacita a los individuos para afrontar las adversidades de la vida, con un mínimo de sufrimiento,

de desajuste, y que el trabajo es un componente esencial de la vida: así como puede brindar condiciones propicias de adaptabilidad y oportunidades para la realización de la creatividad del individuo, también puede ocasionar obstáculos para su adaptación y salud.

Benavides, Ruiz & Ruiz (2000) mencionan que la salud es la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional de las personas, y que dichas condiciones pueden ser medidas objetivamente.

Por último, un modelo aceptado para identificar los factores que intervienen e interactúan a favor o en contra de la salud es en el que se concibe como resultado la interacción de determinantes biológicos, conductuales y ambientales, además de la influencia que tienen los servicios sanitarios en algunas sociedades avanzadas (Benavides, Ruíz & García, 2000).

Es de este modo como podemos cuantificar el nivel de salud que posee un individuo, en relación con los indicadores que nos acerquen al proceso de salud y enfermedad.



Por último, se ha logrado un gran avance en la reconceptualización de la salud y la enfermedad, considerándolas como un proceso; asimismo, se ha reconocido que tanto el tipo de enfermedades como su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente, del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, trabajo e ingreso, siendo estos dos últimos grandes determinantes de los demás.

1.3 Salud y trabajo

El trabajo es una actividad humana fundamental que nos ha permitido transformar la naturaleza en busca de satisfacer necesidades principalmente biológicas y permitir el desarrollo de competencias físicas y mentales. De manera que al intentar analizar la salud en forma integral no se puede dejar de considerar cómo el trabajo influye en la salud de los seres humanos (Betancourt, 1995).

Una definición amplia de trabajo considera a este como el conjunto de actividades humanas retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, a través de la utilización de técnicas, instrumentos, materias, datos o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En esta actividad, la persona aporta energía, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene a cambio algún tipo de recompensa material, psicológica y/o social (Alcover, Martínez, Domínguez & Rodríguez, 2004, p. 12).

La OMS define que “el trabajo es un importante factor en el fomento de la salud, y también por igual puede ser una fuente de gran malestar y enfermedad si es disfuncional” (Wolfberg, 2002, p. 67), y puede constituir una fuente de riesgo para la salud, ya que al no haber una buena adaptación al trabajo, se sientan las bases para alterar el bienestar de la persona. Es por ello que hablaremos de la relación que algunos autores hacen entre estos dos conceptos.

Uno de los aspectos más importantes de la vida del ser humano es el trabajo, el cual desempeña un papel crítico en el sentido del bienestar psicológico. (Ángeles, 2005). La relación que existe entre salud y trabajo está constituido en el momento de la ejecución de la actividad (condiciones laborales) y el momento de la retribución (condiciones de vida), y la expresión de los resultados está reflejado ante el trabajo, la salud y enfermedad (Betancurt, 1995).

Es recomendable que para mejorar la calidad en el bienestar psicológico del trabajador, la tarea que desempeñe sea acorde con la vocación, capacidad, aptitud, entre otras cosas, de quien la realiza, ya que de no ser así, se convierte en algo desagradable que el individuo tiende a evitar (Ruiz, 1987).

Los estudios iniciales acerca de la relación del trabajo y sus efectos a la salud se enfocaron desde un inicio en valorar únicamente la salud física, es decir, hacia las enfermedades u accidentes laborales (Olmedo, Santed, Jiménez & Gómez 1998). Es así que hasta la década de los setenta se hicieron las primeras investigaciones sobre dicha relación y se incluyó la evaluación psicológica, médica y fisiológica; esto indicó que los factores laborales influían de manera directa en la aparición de estrés.

Las investigaciones realizadas demostraron que las repercusiones físicas eran importantes, sin embargo, las manifestaciones psicológicas también se encontraban presentes (ansiedad, tensión, apatía, depresión, falta de concentración, enojo, etcétera). Además las consecuencias abarcaban el ámbito conductual, incrementando el consumo de productos adictivos (alcohol y tabaco), reducción de actividades sociales, aislamiento, entre otras; en consecuencia se presentaba el absentismo e incremento de accidentes laborales en los trabajadores (LaDou, 1999; Shultz, 1991).

Un factor importante que generó que se dirigiera la atención al estudio de la salud en el trabajo fue un fenómeno llamado el síndrome de *karoshi* (muerte súbita), ocasionado por un alto e intenso nivel de estrés, generalmente observado en trabajadores japoneses (Fumham, 2001).

De este modo, Uehata (1989) utilizó la palabra *karoshi* como término medicosocial que comprende los fallecimientos o incapacidades laborales de origen cardiovascular (como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca aguda) que pueden producirse cuando el trabajador con una enfermedad arteriosclerótica hipertensiva se ve sometido a una fuerte sobrecarga de trabajo.

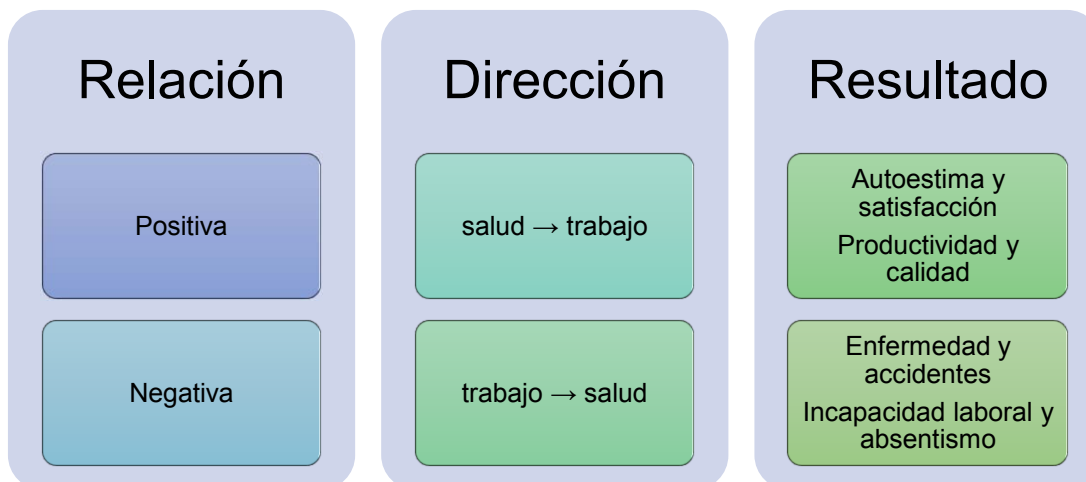
Gracias a esto, comenzó a ganar terreno a nivel mundial la importancia de la salud laboral dentro de cualquier organización, pues la detección es necesaria para identificar y eliminar los factores negativos relacionados con el trabajo, que ejerzan un efecto que perjudique la salud del trabajador, así como mejorar a aquéllas con un efecto benéfico sobre la salud y el bienestar del trabajador (García, Benavides & Ruiz-Frutos, 2000).

Desde esta perspectiva, Fernández (2000) postula que “un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo, de la actividad laboral y constituye la base para conseguir el bienestar en el trabajo; el cual permite desarrollar las capacidades físicas e intelectuales”. Así, la facultad de trabajar y encontrar satisfacción en el trabajo son características de una persona sana.

Sumado a lo anterior, Noriega (1989) dice que el deficiente desarrollo del potencial de las competencias físicas y mentales, la escasa creatividad en el trabajo, la pérdida de control sobre éste o la nula apropiación de lo producido son algunas de las carencias o elementos típicos de algunos trabajos que repercuten en la salud del trabajador.

Es así que la medición y agrupación de las consecuencias negativas de la relación salud-trabajo se han propuesto en término de daños, en donde se agrupan en conjunto los efectos negativos sobre la salud derivados del trabajo, independientemente de cuál sea su naturaleza o periodo de duración (Becoña, 2000, citado en Archundia, 2007).

Por lo anterior, Benavides (1997) menciona que los problemas de salud afectan de manera significativa el desempeño laboral del trabajador, es por esto que los efectos se ven reflejados tanto en las actitudes como en el bajo desempeño e incluso en el absentismo. Incluso, el inminente resultado, el deterioro de la productividad del trabajador y, en consecuencia, la falla de toda la organización como un sistema.



Salud laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. p. 34 (Benavides, 1997)

Por otro lado, los trabajadores que tienen problemas de salud afectarán negativamente a su trabajo, ya que mostrarán un bajo rendimiento en su productividad o simplemente tenderán al ausentismo, y esto traerá repercusiones para la organización. En sentido opuesto, los autores recalcan que las malas condiciones de trabajo tienen un efecto negativo sobre la salud, ya que dan como resultado que el trabajador enferme o que sea víctima de accidentes laborales, lo que provocará que el trabajador no realice eficiente u adecuadamente su trabajo (Benavides et al., 2000).

La promoción de la salud en el ámbito laboral es hoy por hoy un aspecto primordial, no sólo por razones de tipo económico, sino también por razones de bienestar personal, para así evaluar los efectos negativos de la relación entre salud y trabajo.

Por ello, en el artículo 4.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se consideran como daños derivados del trabajo a aquellas enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del mismo, independientemente de que estén reconocidas legalmente desde el punto de vista de la seguridad social (Benavides, 1997).

La productividad y la calidad de los trabajadores son de los principales objetivos de las organizaciones y, por lo tanto, deben perseguir que sus trabajadores se encuentren satisfechos y motivados con sus condiciones de trabajo. A pesar de ello, en nuestro país, la salud en el trabajo es considerada como un elemento insignificante que implica un elevado costo económico tanto para las empresas como para las instituciones (Ramos, Arias-Díaz, Arias-Ramos & Nava, 2001). No obstante, Benavides et al. (2000) refieren que ésta es una necesidad y una obligación legal, por lo cual no debería de verse como un costo, sino como una inversión a corto y largo plazo.

Para concluir, el derecho a la salud se traduce en el aumento o la prolongación de la vida, en la disminución de las alteraciones del equilibrio fisiológico, en la reducción de los malestares, en la limitación de las incapacidades, en el mayor bienestar, en el equilibrio y satisfacción con el medio ambiente (personal y laboral) y, por último, en el aumento de la capacidad de reserva individual hacia las enfermedades, a un costo compatible con las posibilidades de la comunidad.

1.4 Antecedentes de salud laboral

Durante la existencia de todas las civilizaciones del mundo, el hombre ha desempeñado un sinnúmero de actividades laborales que generaban diversos tipos de daños a la salud. Por este motivo, la preocupación de las diferentes áreas de la salud ha generado diversas teorías de la relación entre la salud y el trabajo. Sin embargo, las primeras observaciones realizadas fueron de carácter físico o biológico.

En Egipto y Grecia existieron importantes yacimientos de oro, plata y plomo; sin embargo, no se implementaron medidas de seguridad o higiene, fundamentalmente porque los que desempeñaban esas faenas eran esclavos o presidiarios, por lo tanto, el trabajo adquirió entonces una connotación punitiva. Existía además abundante mano de obra para reemplazar a los trabajadores que

fallecían o quedaban incapacitados por accidentes o enfermedades laborales (Ruiz, 1987).

Se ha tenido la idea de que ciertas enfermedades provienen del ámbito laboral. Según Kales (2004), Hipócrates fue el primer médico en considerar la influencia de los factores ambientales sobre la salud durante el siglo V a. C.

Por ejemplo, Hipócrates, de acuerdo con sus observaciones, pudo describir que existían efectos negativos en la salud de los trabajadores de minería expuestos a diversos materiales a los que se encontraban expuestos; dichos efectos no afectaban únicamente a la salud, si no que las enfermedades que generaban ocasionaban problemas en algunas otras áreas como la familia (Barquín, Kahan, Szpirman & Legaspi, 2000).

Se puede considerar que los primeros intereses en el cuidado de la salud laboral datan del siglo I d. C, en el Imperio romano, pues era obligatorio cubrir las fosas nasales con vejigas de animales para prevenir la inhalación de gases tóxicos y polvo de las minas, pues no hacerlo generaba que los trabajadores murieran prematuramente debido a enfermedades de las vías respiratorias (Barquín, et al., 2000; Flores, 2006; Ruiz, 1987).

Durante el siglo XVI, la mortalidad por enfermedades pulmonares no se registraba, pero probablemente era causada fundamentalmente por silicosis, tuberculosis y también cáncer pulmonar producido por mineral radioactivo incorporado a la roca silíceas. Existen antecedentes que indican que la mortalidad era muy elevada, uno de éstos es la descripción efectuada por Georgius Agrícola en 1555, en donde dice que en las minas de Rumania llamadas Montes Cárpatos se encontraban mujeres que habían llegado a tener hasta siete maridos, pues una terrible enfermedad los había conducido lentamente a una muerte prematura.

La importancia de contar en las minas con una ventilación adecuada y la utilización de máscaras para evitar enfermedades fueron acciones destacadas y preconizadas por Agrícola en su obra *De Re Metallica* (1556). Once años después

de la publicación de este tratado, apareció la primera monografía sobre las enfermedades profesionales de los trabajadores de las minas y fundiciones.

Por su parte, en 1654, Ulrich Elenborg y Samuel Stockhausen por su parte describieron diversos datos sobre el envenenamiento e la intoxicación producidos por materiales como el plomo, mercurio, zinc, entre otras (Barquín, et al., 2000; Ruiz, 1987).

Benardino Ramazzini (considerado el padre de la medicina ocupacional) propuso en 1773 que los médicos en su entrevista añadieran una pregunta: “¿En qué trabaja?”, debido a que notó que los trabajadores presentaban enfermedades originadas por sus actividades laborales. Esto destaca la relación causal entre el medio laboral y las enfermedades (Kales, 2004).

Durante la Revolución industrial comenzaron a introducirse diversas formas de trabajo, esto generó un incremento en la economía y la producción en masa. Sin embargo, lo anterior trajo a su vez el aumento de diversos riesgos laborales, así como riesgos a la salud de los trabajadores.

Un acontecimiento que empezó a hacer historia sobre la salud en el trabajo fue el establecimiento del Tratado de Versalles, en el que se estableció en la fracción XII un apartado relacionado a la medicina del trabajo. Consecuentemente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) retomó dichos principios y los adecuó a la actualidad, indicando que tenía como objetivo principal mejorar las condiciones laborales para fortificar la economía de las naciones y perfeccionar su producción (Nava, 1994).

Las enfermedades y accidentes mencionados anteriormente eran únicamente relevantes cuando eran provocados por el manejo de las nuevas tecnologías de ese tiempo. Por tal motivo, durante el siglo XIX no se tomaba en cuenta la afectación emocional o psicológica, debido a que no se pensaba que podía interferir con el desempeño laboral. (Muchinsky, 2007).

Así, durante esa época, el médico industrial comenzó a poner atención en evitar cualquier problema en la salud que fuera asociado directamente con la profesión que desempeñaba, y procuraba que hubiera una relación laboral segura. Los médicos industriales indicaron que los trabajadores, a pesar de necesitar una fuente de ingresos para tener una vida lo más cómoda posible, no debían olvidar que seguían siendo seres sociales, con una vida personal y familiar, y que inevitablemente el exceso de trabajo podría afectar a los demás rubros de su vida: como un sistema. (Ruiz, 1987).

Durante la década de 1930 surgió un tema llamado *higiene mental*, cuya finalidad era observar los efectos emocionales asociados con el trabajo. Es decir, unificó al trabajador a los aspectos fisiológicos y emocionales, con el objetivo de entender a detalle la relación de la salud en el trabajo y todas las posibles desembocaduras que tuviera.

Entonces, la percepción de salud del trabajador ha ido evolucionando desde un enfoque físico, hasta aquellos factores como la nutrición, la higiene personal y la vivienda, entre otros, por lo que el empleado ahora es visto como un ser biopsicosocial o individuo-ambiente (Guerrero, Sánchez & Cañedo)

A medida que se ha avanzado en el conocimiento de los factores determinantes de la salud y de las causas de enfermedad, se han ampliado los esfuerzos en materia de salud en general. (Amick, Levine, Tarlov & Walsh, 1995).

Con el devenir del tiempo se han desarrollado tres conceptos íntimamente relacionados que son la *medicina del trabajo*, la *medicina ocupacional* y *del medio ambiente*, y la *salud ocupacional*. Actualmente, se reconoce que a nivel mundial existe mucha variación respecto de la enseñanza y entrenamiento en medicina ocupacional y salud ocupacional.

Asimismo, en los años 1940 y 1950, la salud y la medicina en el trabajo comenzaron a madurar tanto en Europa como en Estados Unidos, hasta convertirse en una responsabilidad. De este modo, surgieron departamentos y médicos especializados en la temática, y comenzó a realizarse investigación en

diversas áreas de la salud, para brindar atención de cualquier índole que afectara la salud del trabajador, con el apoyo de diversas organizaciones que pudieran brindar seguridad al trabajador. (Grey, 1999; Rodríguez & Menéndez, 2005).

Por otra parte, en 1950, el Comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la salud (OIT-OMS) indicó que la medicina del trabajo era la encargada de promocionar y mantener en un grado de estabilidad entre lo físico, mental y social de los trabajadores de cualquier actividad o profesión, así como su protección frente a cualquier riesgo producido por su actividad. (Cullen, Cherniack & Rosenstock, 1990; Rodríguez & Menéndez). Por lo tanto, ya toma connotación el papel del ambiente en la salud del trabajador.

En 1986, la Organización Panamericana de la salud indicó que

El desarrollo de la salud ocupacional o laboral debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios, sectores gubernamentales, instituciones y asociaciones involucradas. Para proyectar y ponerla en práctica es necesaria la cooperación interdisciplinaria y la constitución de un equipo, del cual tiene que formar parte el médico de los trabajadores (Tudón, 1994 p.45).

De esta manera, en el siguiente apartado nos ocuparemos de mencionar las definiciones de 'salud', donde se encuentra ya conceptualizada esta visión acerca del ser humano y la salud en el trabajo.

1.5 Definición y características de la salud laboral

La salud ocupacional o salud laboral tiene como principal objetivo prevenir y evitar los efectos negativos de la relación trabajo-salud, pues en gran medida una salud óptima genera un buen desempeño laboral y viceversa (Becoña, 2000, citado en Archundia, 2007). Por otra parte, la psicología aplicada a la salud ocupacional observa y analiza las causas que afectan la salud de los trabajadores y propone alternativas para mejorar y mantener la salud ocupacional.

Leos (2006) afirma que la psicología de la salud tiene una base médica, es decir, que considera enfermedades fisiológicas y físicas, no obstante, se encarga de proteger a los trabajadores en su medio laboral y contribuye a identificar factores que de no ser vistos con antelación pueden ocasionar graves daños al individuo.

La salud laboral hace que sea necesario proponer iniciativas dirigidas a atender y fortalecer las necesidades de salud con un enfoque de bienestar económico, desarrollo social, calidad y desarrollo productivo, y de servicio empresarial, a través de un diagnóstico integral de las necesidades de salud y del diseño de alternativas de seguridad en salud, para atender y fomentar el cuidado en salud a esta población, así como de sensibilizar a la sociedad misma y hacerla participe en su salud.

Lo anterior puntualiza que la salud laboral se puede entender como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. García (1991) menciona que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son susceptibles a prevención, ya que sus determinantes se encuentran precisamente en las condiciones de trabajo.

De este modo, en 1986, la reunión de expertos de la Región de las Américas, organizada por la Organización Panamericana de la Salud, definió la salud laboral como:

conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan.

El desarrollo de la salud ocupacional debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios, sectores gubernamentales, instituciones y asociaciones involucradas. Para proyectar y ponerla en práctica es necesaria la cooperación interdisciplinaria y la constitución de un equipo, del cual tiene que formar parte el médico de los trabajadores (Tudón, 1994 p.45).

En definitiva, la prevención de los efectos negativos producidos por el trabajo es el objetivo de la salud ocupacional, ya que la prevención es la alternativa más adecuada, porque implica la mejor inversión social en salud y genera una adecuada calidad de vida.

La prevención primaria (la que se realiza antes de que se presente el problema) es preferible a la prevención secundaria (cuando ya se ha presentado el problema) y a la terciaria (rehabilitación); sin embargo, debido a los escasos recursos existentes para la salud en todos los países, el poco interés y falta de información, la atención se brinda cuando sea ha presentado el problema, por lo que, de ser valorado por las empresas contratantes, es más rentable la prevención primaria que la secundaria y terciaria (Ardila, 2000).

Por último, los servicios de salud ocupacional deben dirigirse en diversas perspectivas en nuestro país, además debe ser tratado por profesionistas expertos en el tema. A continuación se detallan los objetivos que debe tener todo servicio de atención hacia la salud laboral:

1. Proteger a las personas en sus trabajos de los riesgos a la salud y seguridad
2. Proteger el ambiente
3. Facilitar ambientes de trabajo saludables y seguros, de acuerdo con sus capacidades físicas, mentales y emocionales
4. Proveer adecuado cuidado médico y rehabilitación frente a enfermedades y daños derivados del trabajo
5. Asistir en las medidas necesarias para el mantenimiento de la salud de los trabajadores

1.6 Disciplinas que intervienen en la salud ocupacional

Existen diversas disciplinas que se encargan del estudio del hombre y la influencia de los procesos laborales, dichas materias son: la *medicina del trabajo*, la

psicología de la salud, la ergonomía, la administración y la higiene industrial; cada área tiene su campo de acción y planteamiento teórico-metodológico. Los resultados que se obtienen de acuerdo con la investigación y experiencia, indican la mejora de la salud laboral, para un beneficio mutuo entre la persona y la empresa o institución.

1.6.1 Medicina del trabajo

En esta especialidad se estudian los efectos de las condiciones materiales y ambientales sobre los individuos, pretende conservar y mejorar la salud de los trabajadores protegiéndolos de los riesgos específicos de su tarea y de la patología común previsible (Ángeles, 2005).

No obstante, las funciones no se limitan a la prevención y el manejo de la enfermedad, cuya causa deriva exclusivamente del ejercicio del trabajo, si no que comprende también aquellas opciones que tienden a la promoción de la salud integral de los trabajadores, es así que las incorpora a la estructura misma de la empresa como parte de las funciones administrativas de ésta, con lo cual contribuye a la ejecución de los programas de salud ocupacional que deben ser la base de todo plan de productividad (Ruiz, 1987).

1.6.2 Psicología de la salud

Taylor (1986 citado en Leos, 2006) afirma que la psicología de la salud intenta comprender la influencia de las variables psicológicas en la salud, el proceso por el cual se llega a éste y cómo responde una persona enferma.

La psicología de la salud estudia los síntomas psicológicos de la enfermedad y los factores psicológicos, sociales o laborales que impiden la salud, pues está comprometida en aspectos de diagnóstico, terapia, rehabilitación y prevención. Por esta razón, la psicología abarca diversos campos de estudio, debido a que los efectos en la salud psicológica de los seres humanos se ven afectados en diversos ambientes en los que se desenvuelve. Por lo anterior, la psicología tiene

técnicas que pueden ayudar a solucionar algunos de estos problemas y dar nuevos enfoques a la investigación del trabajador y del medio ambiente laboral (Barquín, et al., 2000).

1.6.3 La ergonomía

La palabra *ergonomía* proviene de los vocablos *ergos*, que significa “trabajo”; y *monos*, “ley”, es decir, ley del trabajo, que en términos generales “es la ciencia que adecua el puesto de trabajo a los trabajadores” (Barquín, et al., 2000).

Partiendo de lo anterior, es una materia encargada de la ejecución del proceso de trabajo partiendo de la seguridad laboral y las relaciones personales. Para esto, debe realizar diversos estudios para identificar los factores laborales que influyen sobre la salud psíquica de los trabajadores.

La ergonomía trata de entender cuáles son los factores que producen un accidente e intenta adaptar herramientas, condiciones del medio, características físicas y competencias del trabajador con la finalidad de reducir los esfuerzos y tener una mejor descripción de un puesto. Con lo anterior se reducen problemas que pueden provocar fatiga y desgaste en el organismo del individuo, los cuales pueden concluir en accidentes y enfermedades del trabajo (Barquín, et al., 2000; Martínez, 2004).

1.6.4 Administración

Valdivia (citado en Ruiz, 1987, p. 201) enfatiza que el aspecto social es de vital importancia y maneja una concepción acerca de la administración definiéndola como “una ciencia que estudia la eficacia de la dirección social”. La eficacia de las funciones administrativas, entonces, dependerá primordialmente de la acción de las personas y sólo secundariamente de la administración de las cosas.

La administración es importante en una empresa, pues es la encargada de proporcionar medios adecuados en los diversos programas de salud ocupacional y de ofrecer un nivel adecuado de bienestar, ya que se ocupa de establecer los requerimientos que cada puesto necesita dentro de un trabajo, es decir, que el empleado tenga las suficientes competencias y aptitudes para poder desempeñar su actividad (Ruiz, 1987).

Por último, la administración también se encarga de la realización de un programa de salud ocupacional que enfocada a la educación para la salud, el cual debe ser la base para los planes de capacitación y formación, ya que antes de enseñar al trabajador a manejar las herramientas, las máquinas y los materiales, debe enseñarle a manejarse a sí mismo (Ruiz, 1987).

1.6.5 Higiene industrial

La definición más utilizada de higiene industrial es la realizada por la Asociación de Higiene Industrial Americana en 1980; la define como:

la ciencia que se dedica a la detección, evaluación y control de aquellos factores ambientales o tensiones emanadas o provocadas en el lugar de trabajo, y que pueden ocasionar enfermedades, alterar la salud y el bienestar, o crear algún malestar significativo entre los trabajadores o los ciudadanos de la comunidad (Ruiz-Frutos, García, Declós & Benavides, 2007, p.66)

Por otra parte, Rodellar (1988) la define como la prevención de las enfermedades profesionales a través de la aplicación de técnicas de ingeniería, que actúan sobre los agentes contaminantes, del ambiente de trabajo, ya sean físicos, químicos o biológicos. La higiene industrial no está limitada a intervenir sobre los factores de riesgo que pueden llegar a generar alguna enfermedad en los profesionales, sino que actúa en cualquier circunstancia en la que la exposición a un contaminante puede generar una alteración del nivel de salud (García, Benavides & Ruiz-Frutos 2000).

Existen diferentes definiciones de la higiene industrial, pero en el fondo, el significado es el mismo y se enfoca en proteger, promover la salud y el bienestar de los trabajadores, así como proteger el medio ambiente en general, a través de la adopción de medidas preventivas en el lugar de trabajo.

El técnico en higiene industrial es “una persona competente para realizar mediciones del medio ambiente del trabajo”, pero no para “realizar las interpretaciones, juicios y recomendaciones que se exigen a un higienista industrial” (OMS, 2004).

Las etapas clásicas de la práctica de la higiene industrial son las siguientes:

- Identificación de posibles peligros para la salud en el medio ambiente de trabajo
- Evaluación de los peligros, un proceso que permite valorar la exposición y extraer conclusiones sobre el nivel de riesgo para la salud humana
- Prevención y control de riesgos, un proceso que consiste en desarrollar e implantar estrategias para eliminar o reducir a niveles aceptables la presencia de agentes y factores nocivos en el lugar de trabajo, teniendo también en cuenta la protección del medio ambiente

En la actualidad, a pesar de que el técnico en higiene industrial puede alcanzar el nivel necesario de competencias en un campo general o especializado, la higiene industrial no ha sido todavía reconocida universalmente como una profesión; sin embargo, diversos países han establecido criterios muy rigurosos de certificación de los profesionales que se dedican a la higiene industrial, con el objetivo de establecer estándares de calidad que garanticen un mínimo nivel de competencia en sus actuaciones (Cortés 2001).

Para concluir, Ruiz (1987) indica que las disciplinas encargadas del estudio de la salud ocupacional o laboral pueden unir conocimientos para alcanzar los tres niveles básicos en la salud, los cuales se muestran a continuación:

- a) Proteger a los trabajadores, controlando los riesgos inherentes a su trabajo y al ambiente en el cual lo realiza
- b) Hacer posible la asignación de los puestos de trabajo de acuerdo con las actitudes y las limitaciones de cada empleado y vigilar que su adaptación sea permanente
- c) Promover y mantener el más elevado nivel de bienestar completo (físico, mental y social) de los trabajadores

Capítulo 2. Burnout

La exigencia y ritmo laboral en el que nos encontramos constantemente ha facilitado el desarrollo de trastornos psicológicos y físicos de las personas. Por esta razón, las diversas áreas de la salud y la investigación que se realiza en esos diversos ámbitos han puesto mayor interés en conocer la razón del aumento de dichos trastornos.

De acuerdo con la literatura, se afirma que el síndrome de burnout es considerado como el mal del siglo XXI, debido a que diversas enfermedades psicosomáticas se relacionan con el estrés laboral afirmando las consecuencias de enfermedades físicas y mentales. Florez (1994) afirma que el ausentismo, la eficacia laboral y las alteraciones dentro del ambiente familiar son ocasionados por las alteraciones emocionales, conductuales, psicosomáticas y sociales de los trabajadores en consecuencia al estrés laboral o burnout.

El burnout es un problema que no afecta únicamente al individuo, sino que también afecta a la sociedad en general. Esto significa que las alteraciones físicas y psicológicas que enfrenta el individuo generan efectos negativos, tales como problemas emocionales, conductuales o somáticos. Por lo tanto, estos efectos repercutirán a nivel organizacional, como la baja satisfacción laboral, ausentismo, la disminución en el interés laboral, baja productividad e incremento en los conflictos con los compañeros de trabajo.

Por este motivo, es importante intervenir a nivel individual y organizacional, con el objeto de reducir los niveles de estrés laboral para mejorar la calidad de vida y de salud en los trabajadores, y así aumentar la productividad y optimizar su desempeño en cualquier ámbito laboral que desempeñe el individuo.

Por tales supuestos, antes de comenzar a hablar del síndrome, es menester hacer referencia de la definición de estrés y estrés laboral, para entender más a fondo el síndrome de burnout o desgaste ocupacional.

2.1 Estrés

El estrés es hoy en día una problemática a la que se está prestando una atención creciente en las diversas ramas de la salud. Sin embargo, la sociedad contemporánea ha adoptado dentro de su lenguaje cotidiano la palabra *estrés*. Es así que a través de los años los investigadores han tratado de definirlo, pero ha sido complicado debido a que no existe un consenso detallado en su definición.

Además del uso del constructo, la palabra *estrés* fue utilizada en primer lugar por la física para describir los efectos de deformación que causa la carga sobre una estructura física determinada. Después fue empleado por la medicina para referir la tensión que aumentaba el riesgo de accidente en determinados sistemas del organismo humano como resultado de la sobrecarga de activación del sistema de respuesta ante un peligro (Alcover, 2004).

La Universidad de Sussex de Inglaterra (2001) presentó un informe en el que se mencionó que México ocupaba uno de los primeros lugares de los países con mayor nivel de estrés a nivel mundial, debido a que México presentaba los principales factores que provocaban la enfermedad, es decir, pobreza y cambios constantes de situaciones políticas y económicas.

Dentro de la literatura científica moderna, el 'estrés' tiene al menos tres significados distintivos. El primero se refiere a cualquier evento o estímulo ambiental que ocasiona cierta tensión a la persona; en este sentido, el estrés es

algo externo. En el segundo, el estrés implica una respuesta subjetiva, es decir, el estrés es producto de un estado mental interno de tensión o ansiedad. Mientras que en el tercero y último, el estrés implica la reacción física del cuerpo ante la demanda (Rice, 1999).

El término *estrés* se deriva del griego *stringere*, que significa “provocar tensión”. Durante el siglo XIV se utilizó para hacer referencia a las adversidades, sufrimiento, dificultades, aflicción, etcétera (Ivancevich, 1989). A finales del siglo XVII, el físico inglés Robert Hooke asoció el concepto a fenómenos físicos tales como la presión o fuerza [load]. A partir de esto, los físicos e ingenieros comenzaron a utilizar tres conceptos relacionados con las propiedades físicas de los cuerpos: *load* [carga], *strain* [deformación] y *stress* [esfuerzo] (Cox, 1978). Hooke a “través de la teoría de la elasticidad” explicó el concepto de *load* [carga], postulando que cuando una presión es aplicada sobre una estructura, ésta produce un efecto de estiramiento, generando un cambio de la forma: *strain* [deformación]; éste sería el resultado de la interacción entre la presión o carga y el *stress* (esfuerzo). Por lo tanto, es evidente que esta analogía ayuda a entender el impacto de la carga y el estrés, es decir, que los individuos, tienen un cierto límite de tolerancia al estrés, si se sobrepasa puede generar daños físicos y psicológicos (Jiménez, 2005).

El estrés como término fue incorporado a las ciencias de la salud por Hans Selye en 1936, haciendo referencia a la respuesta que se genera en el organismo ante diversos estímulos provenientes del exterior (Gil, 2004). Durante el año 1950 llamó estresores a dichos estímulos y añadió que existen dos factores que determinan el grado en que un estresor evoca una respuesta de estrés. En primer lugar, el contexto, proveniente del ambiente físico y social; y en segundo lugar, la vulnerabilidad, que se refiere a las características individuales, tales como el género, la edad y la personalidad (Ivancevich, 1989).

No obstante, los estresores no son evaluados de igual manera por los individuos, pues para algunas personas puede ser estresante una situación, mientras que para otros puede ser motivante. Es decir, el estrés surge del equilibrio de lo que demande el ambiente y la capacidad de respuesta del individuo.

Peiró (1992) señala que el estrés es un fenómeno que se adapta a los seres humanos y que contribuye a la supervivencia. Además proporciona un eficaz desempeño en las actividades de la vida diaria del individuo. Es necesario indicar que para Sells (1970), el estrés hace referencia a una falta de disponibilidad de respuestas adecuadas ante una situación que produce consecuencias importantes y graves.

Desde el enfoque médico, afirmado por Selye, el estrés se entiende como la consecuencia del desgaste del organismo que se presenta como un fenómeno natural, producido por la adaptación del organismo al medio ambiente (Gil & López, 2004).

Para Selye (citado en Gil & López, 2004; Juárez, 2004), la respuesta de estrés es un mecanismo llamado *síndrome de adaptación general* (figura1) que consiste en: 1) el efecto directo del agente estresor sobre el organismo (fase de alarma), 2) la reacción interna que estimula los tejidos de defensa (fase de resistencia) y 3) las reacciones internas que facilitan la rendición de los tejidos por inhibición de la defensa (fase de agotamiento).

Alarma: durante esta primera fase de alarma o huida se presentan varios cambios, fisiológicos y bioquímicos en el cuerpo para utilizar la energía al máximo para poner a salvo la vida. A partir de esto, cuando se presenta un estímulo estresante, el organismo responde de manera automática preparándose para elicitarse una respuesta, la finalidad de dicha respuesta es preparar al individuo para la acción, ya sea una respuesta de lucha o escape del estímulo estresante, de manera continua se presenta una activación psicológica aumentando la capacidad de atención (Sandi & Calés 2000). Esta fase es de corta duración y no es perjudicial para el organismo, pues posee tiempo para recuperarse (de Camargo, 2004).

Con el estrés se pone en marcha el eje hormonal hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: aumenta el nivel de adrenalina, la glucosa en sangre, la presión sanguínea, los

latidos del corazón (Martín, 2007); se cierra el sistema digestivo y se produce una mayor tensión muscular (Vega, 2010).

Todas estas respuestas son normales debido a que vienen incluidas dentro de nuestro bagaje genético proporcionado por nuestros antepasados, con la finalidad de preparar al cuerpo para emprender la huida o lucha ante un estímulo que pueda poner en peligro la vida.

Resistencia: el organismo le hace frente a la fuente original del estrés y trata de superar o adaptarse a la amenaza; gracias a esto, el individuo puede sobrevivir. En cambio, si no puede superar esta etapa se considera estrés crónico. Por el contrario, si el estrés termina en esta fase, los niveles psicofisiológicos regresan a la normalidad (Hyman, 2003).

Si los sistemas vitales del organismo se encuentran sobreactivados por un tiempo prolongado aunque sea a un nivel bajo, puede producir trastornos físicos o psicológicos con el tiempo (Vega, 2010). La prolongación de estímulos estresantes provenientes del medio ambiente también tendrá repercusiones en la vida social del individuo.

Agotamiento: existen situaciones en que el estresor no es tan severo, a esto Selye lo llamó *enfermedades de adaptación*, entre las que se encuentran: problemas gastrointestinales (ulceras, gastritis, etcétera), cardiacos (hipertensión, infartos de miocardio) y alteraciones nerviosas (Sandi, 2000). Por el contrario, cuando el estrés continúa de manera crónica, finalmente el organismo ingresa en la etapa de agotamiento, donde reaparecen los síntomas y se produce una ruptura de los procesos de recuperación, siendo incluso posible que el proceso culmine con la muerte (Ridruejo, Medina & Rubio, 1996). En esta fase cuanto más tiempo nos veamos expuestos a estrés, menos capaces serán nuestros organismos de afrontarlo.



Figura 1. Síndrome general de adaptación (Hans Selye, 1936)

La teoría de Selye (citado en Lazarus, 1993) fue evolucionando, y él mismo, en 1974, hizo una distinción entre estrés positivo y negativo:

- a) Llamó *eustrés* al estrés que se asocia con sentimientos positivos y procesos fisiológicos de protección, que además ayudan a mejorar el rendimiento del individuo.
- b) Nombró *distrés* al estrés que se relaciona con sentimientos negativos y funciones destructivas para el organismo, los cuales limitan el rendimiento del organismo.

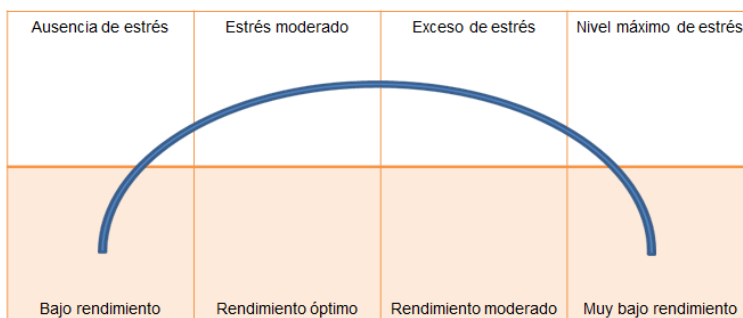


Figura 2. Relación entre estrés y rendimiento

En la actualidad, la definición propuesta por Selye sigue siendo válida en lo básico, sin embargo, se han elaborado numerosas definiciones a partir de entonces.

Por su parte, Lazarus y Folkman (1991, citados en Juárez, 2004) consideran al estrés como un proceso y lo definen como la relación entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. No obstante, la respuesta de un organismo es la reacción fisiológica y conductual ante la presencia de un estímulo agresivo o amenazante, real o ficticio, que abarca todos los cambios o conductas adaptativas ante un desequilibrio tanto psicológico como físico (Martínez, 2004).

De esta forma, una situación será estresante cuando un sujeto la perciba como tal, siendo de especial importancia, por tanto, su valoración cognitiva. Así, una misma situación puede ser valorada como amenazante o no por diferentes individuos, y la intensidad del estrés percibido diferirá de unos a otros (Moya-Albiol, 1999). Además, si un estresor es un peligro entonces generará la respuesta de afrontamiento, que es la manera en que una persona maneja su respuesta de estrés; las respuestas fisiológicas pueden generar consecuencias negativas en el individuo (Martínez, 2004; Reeve, 1994, citado en Del Río, 2002).

Estas teorías, desarrolladas principalmente por Lazarus y sus colaboradores, son conocidas como *teorías interactivas o transaccionales del estrés*; son las que han recibido mayor apoyo hoy en día (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Crespo & Labrador, 2003).

En definitiva, desde esta concepción interaccionista hasta hoy en día se tienen en cuenta no sólo las respuestas fisiológicas del organismo, sino también los numerosos acontecimientos vitales, las características de nuestro ambiente social y determinados valores personales (evaluación, autoconcepto, atribución, afrontamiento, entre otros) que en distinta medida actúan en nosotros como estresores o como amortiguadores de los efectos negativos del estrés sobre nuestra salud y bienestar (Martín, 2007).

Por lo anterior, podemos decir que el estrés es la condición en la que una situación o un conjunto de experiencias a lo largo de la vida de un individuo pueden ocasionarle consecuencias negativas, fisiológicas y psicológicas, específicas y duraderas. Si dichas condiciones persisten por mucho tiempo o son muy intensas, provocarán que el individuo se esfuerce en recuperar o mantener su equilibrio, adaptándose a las nuevas circunstancias y modificando su conducta para evitar consecuencias negativas; si no consigue el equilibrio, la condición del estrés se volverá crónica y el organismo podría enfermar o incluso morir.

2.1.1 Estrés laboral

Las personas evalúan, experimentan y afrontan situaciones estresantes de muchas formas debido a que el contexto laboral es uno de los aspectos más significativos, ya que pasan la mayor parte de su día en éste, y no se le concibe como algo apartado de los demás aspectos sus vidas.

El trabajo suele ser una parte esencial de la vida: constituye una fuente de ingresos, autoestima, estatus, relaciones sociales y proporciona una sensación de logro e integración (González-Rey, 2006). Sin embargo, aunque muchas personas obtienen satisfacción de sus empleos, en ocasiones, incluso las profesiones más gratas, resultan estresantes. Factores como un sueldo reducido, un ritmo desenfrenado de trabajo, un empleo tedioso o tenso y unas condiciones laborales ingratas pueden desembocar en estrés (Hill & Ostrov, 2000). Por ejemplo, un estudio realizado en Canadá por Laver (1999, en Padilla, Peña & Arriaga, 2006) sobre estrés en el trabajo señala que 35% de los empleados se siente estresado en su trabajo.

Las organizaciones han favorecido que la gente prospere, pero también que se frustre y enferme debido a las situaciones de trabajo; además, los continuos avatares económicos y sociales están provocando que ciertos aspectos

novedosos relacionados con la actividad laboral sean considerados como estresantes de modo que, cada vez más, los problemas físicos y psicológicos que padecen los trabajadores se atribuyan al estrés laboral (García, 1993).

Por lo anterior, la Organización Internacional del trabajo (OIT) señaló en el año 2000 que “Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”. Por otra parte Hernández & Medrano (2005) señalan que los efectos del estrés en los contextos laborales responden a varias razones, especialmente a los enormes costes económicos derivados tanto para los individuos como para las organizaciones y el gobierno.

En México no se tienen cifras exactas de cuántas personas padecen estrés en el ambiente laboral ni qué enfermedades desencadena. Guadalupe Aguilar Madrid, especialista de la Unidad de investigación de Salud en el Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), explica que hasta el momento el estrés no está catalogado como una enfermedad, pero sí es precursor de diversos padecimientos, como los denominados crónico-degenerativos (obesidad, hipertensión, diabetes, entre otros). “El estrés no mata, pero enferma”, apunta la especialista del IMSS. Además, asegura que el no tener el número exacto de trabajadores en nuestro país impide tener un diagnóstico real (Gutiérrez, 2007; Vega, 2010).

A pesar de que el estrés en el trabajo puede ser episódico, como en el caso de un accidente laboral o un afrontamiento con un cliente irritado, el estrés crónico es más común en los escenarios laborales, y más dañino para el cuerpo y la mente. Por estas razones, el estrés crónico ha sido y continúa siendo de mayor interés para los psicólogos, en el siguiente apartado revisaremos específicamente el estrés enfocado al trabajo.

La OMS (2004) informa que el estrés laboral es reconocido actualmente tanto como una amenaza para la salud de los trabajadores de diversos oficios como para el buen funcionamiento de las organizaciones en las que trabajan.

Debido a que existen diversas definiciones de estrés laboral, de acuerdo con la literatura, a continuación se presentarán las más utilizadas:

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo en el año 2000 definió al estrés en el trabajo como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación (Borda, et al. 2007).

De manera que es el proceso que involucra aspectos laborales que causan o aumentan en los individuos el pensamiento de que no son capaces de afrontar la situación que perciben como amenazante, generando ansiedad, frustración, entre otras. Teniendo como consecuencia que el sujeto perciba que la situación se encuentra fuera de su control (Firth-Coez & Payne 1999).

El estrés laboral es una forma específica de estrés que ocurre en el contexto del trabajo, donde se puede identificar una serie de situaciones o factores generales y específicos que actúan aislados o en conjunto como agentes estresantes (De la Gándara, 1998), los cuales generarán situaciones estresantes que se manifestarán por síntomas leves como cansancio o fatiga, y que si no se atienden de manera temprana, la sintomatología irá en aumento (Regalado, 2008) hasta causar una salud pobre e incluso lesiones (Ramos, Arias-Díaz, Arias-Ramos & Nava, 2001). Por esta razón se puede decir que el estrés laboral se genera del desajuste entre el individuo y el contexto laboral (Sloan & Cooper, 1987).

Gutiérrez J. (1998) conceptualiza al estrés laboral como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de éste pueden afectar la salud del trabajador; se presenta cuando las demandas del trabajo exceden las habilidades de afrontamiento del trabajador (Rice, 1999).

Ángeles (2005) concluye que el estrés laboral u ocupacional es el conjunto de respuestas negativas desarrolladas en los ámbitos psicológicos, conductuales y fisiológicos, en consecuencia de una valoración (generalmente negativa) en donde se percibe que las exigencias del trabajo exceden las competencias y recursos de los empleados.

Según Slipack (1996) existen dos tipos de estrés laboral:

- **Episódico:** es momentáneo, ya que cuando se enfrenta la situación, los síntomas que lo originaban desaparecen.
- **Crónico:** se puede presentar cuando el individuo se encuentra sometido a las siguientes situaciones: 1) Ambiente laboral inadecuado. 2) Sobrecarga de trabajo. 3) Alteración de ritmos biológicos y 4) Responsabilidades y decisiones muy importantes.

El estrés crónico se presenta frecuentemente cuando un trabajador es sometido a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta; hasta que el individuo afronte la situación, los síntomas desaparecerán progresivamente.

Finalizando, Rowshan (1997) dice que el estrés laboral aparece cuando, por las exigencias laborales, el trabajador comienza a presentar actitudes negativas hacia el trabajo, como apatía, disminución del rendimiento laboral, depresión, sintomatología psicosomática, etcétera, lo que ocasiona trastornos psicofisiológicos e insatisfacción laboral.

2.1.2 Causas

El trastorno del estrés en el trabajo puede ser generado no sólo por factores físicos y organizacionales, sino también psicosociales y culturales que requieren de capacidad de adaptación y respuesta rápida para hacer frente a situaciones o problemas que se presenten en el contexto laboral. Cabe mencionar que Peiró (1993) menciona que “los efectos del estrés varían según los individuos. La

sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas” (p. 11).

De esta modo, Fontana (1995) indica que las causas generales del estrés son 1) problemas de organización, 2) respaldo insuficiente, 3) horas extras (Cherniss, 1980), 4) salario y 5) incertidumbre e inseguridad del puesto. Además las causas específicas tales como: dificultad de especificar las funciones desempeñadas, conflicto de funciones, expectativas personales poco valoradas, incapacidad de tomar decisiones, desacuerdo con los superiores, aislamiento, trabajo excesivo y liderazgo inadecuado. Sin embargo, las diferencias en las características individuales, tales como la personalidad y los estilos de afrontamiento, son las más importantes para predecir si ciertas condiciones de trabajo provocarán estrés (Ramos et al., 2001).

Por este motivo, autores como De la Gándara, 1998; Landy, 2004, Ramos, Montalbán & Bravo, 1997 nos mencionan que hay una serie de factores que se consideran fuentes del estrés laboral:

- Las condiciones físicas del trabajo, es decir, aspectos como la temperatura, ruido, el espacio físico, la luminosidad, o incluso el incesante sonar del teléfono o el sonido del teclado de una computadora, etcétera.
- Las derivadas de la demanda o carga de trabajo y de su distribución en el tiempo, esto incluye la rutina, la repetición o el aburrimiento.
- Características temporales del trabajo: duración, distribución del trabajo, turnos, etcétera.
- El nivel ocupacional y las tareas que desempeña el trabajador relacionados con las demandas o exigencias del rol.
- Las relaciones sociales en el trabajo y el desajuste de la persona en el ambiente laboral.
- La estructura de la organización y su clima laboral. Éste es afectado por el estilo de gestión de los directivos y factores como el tamaño de la organización, etcétera.

Por su parte, Cano (2002) proporciona una lista de algunos de los factores psicosociales que causan estrés laboral:

- Exceso y falta de trabajo.
- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para nosotros y para los demás.
- Ausencia de una descripción clara del trabajo, o de la cadena de mando.
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral.
- No tener oportunidad de exponer las quejas.
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones.
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni apoyan.
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo.
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición laboral.
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, sexo, raza, origen étnico o religión.
- Exposición a la violencia, a amenazas o a intimidaciones.
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas.
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las capacidades personales.
- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentáneos tengan consecuencias serias o incluso desastrosas.

Por otra parte, tenemos los factores psicosociales que afectan directamente al estrés laboral y se encuentran íntimamente relacionados, por un lado, con el tipo de trabajo, actividad o profesión que el individuo ejerza, y por otro lado, con el ambiente laboral que rodea al individuo y la cantidad de recursos que se demandan a cada trabajador. En conclusión, la forma en que puede afectar a cada trabajador es distinta, debido a que las exigencias son dictadas para todos, independientemente de sus diferencias individuales.

Es así que desde el punto de vista de demandas-recursos, los factores psicosociales inciden en el estrés laboral. Estos factores psicosociales se consideran en múltiples acepciones: como riesgos, consecuencias, fuentes de vulnerabilidad, recursos, estrategias o barreras para la prevención (Peiró & Salvador, 1992). Entonces, al considerarse estos factores psicosociales como fuente de riesgos, producen consecuencias psicosociales que afectan directamente al individuo (figura 3).

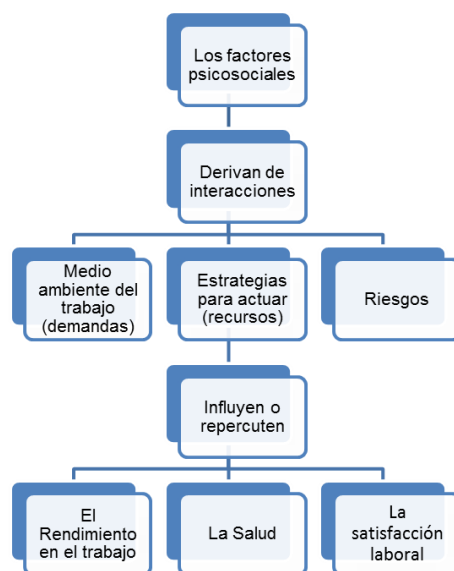


Figura 3. Interacción de factores psicosociales

Por último, la incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones tiene importantes implicaciones en los aspectos laborales y organizacionales, que en consecuencia generará estrés en el trabajador. Esto se debe a que el empleo de nuevas tecnologías conlleva a un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica, poniendo a prueba su capacidad para solucionar problemas, y lo lleva a mantenerse actualizado en cuanto a los cambios tecnológicos. Este hecho puede afectarlo de manera emocional y cognitiva al sufrir cierto desajuste, el cual se puede ver reflejado en su salud (Gil & Peiró, 1997).

En conclusión, el mundo globalizado generalmente está inmerso en el lema “el tiempo es dinero”, por lo que las exigencias en los trabajos de hoy en día son: prisa, inmediatez, exactitud, precisión, gran esfuerzo físico y mental, gran responsabilidad en el sentido de que las consecuencias de un error pueden ser vitales, etcétera (Cano, 2002). Si bien es importante mencionar que existen muchos factores estresantes, también las exigencias varían según el trabajo, por lo que se puede deducir de lo anterior que existen profesiones que pueden resultar más estresantes que otras.

2.1.3 Consecuencias

Autores como O'Brien (1986, 2006) y Goddard & O'Brien (2006) mencionan diferentes tipos de consecuencias que se pueden generar por el estrés laboral; indican que pueden ser conductuales, en la salud física y psicológica. A continuación se muestran dichas consecuencias:

Conductuales:

- a) Huelgas
- b) Ausentismo
- c) Rendimiento disminuido
- d) Uso de drogas y alcohol
- e) Aumento del uso de servicios médicos
- f) Accidentes

Físicas:

- a) Hipertensión
- b) Úlcera péptica
- c) Enfermedad respiratoria
- d) Dermatitis
- e) Enfermedad coronaria
- f) Cáncer

Psicológicas:

- a) Depresión
- b) Ansiedad
- c) Neurosis
- d) Síndrome de burnout
- e) Irritabilidad

Sumando a los efectos mencionados anteriormente, a **nivel cognitivo** se presenta: preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control, percepción, memoria, etcétera. Si un trabajador está demasiado estresado ante un problema, es posible que no encuentre una salida creativa o no capte la globalidad de una situación (Del Hoyo, 1997).

Respecto a los efectos **fisiológicos**, Pierre (1986) constata que una persona sometida de manera constante al estrés empieza a manifestar síntomas tales como el aumento de la tensión arterial, la aceleración del ritmo cardiaco, problemas respiratorios, niveles elevados de colesterol y, por último, frecuentes dolores de cabeza.

Cuando la energía de adaptación empieza a agotarse, entonces aparecen las manifestaciones cardiovasculares (Pierre, 1986) y dermatológicas, los trastornos neurológicos y el mal funcionamiento gastrointestinal, trastornos que pueden llegar a ser más o menos irreversibles. Añadiendo, Santos (2005) hace referencia que al debilitarse las defensas del organismo las actividades del cuerpo se desaceleran y pueden cesar totalmente, generando problemas físicos o incluso la muerte. A continuación se presenta una lista más detallada (tabla 1).

Trastornos	Enfermedades
------------	--------------

Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Enfermedad coronaria • Taquicardia • Arritmia • Síndrome Reynaud • Cefaleas
Respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Hiperventilación • Alergias
Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica o duodenal • Dispepsia funcional • Colitis • Gastritis
Dermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Acné • Psoriasis
Musculares	<ul style="list-style-type: none"> • Lumbalgias • Tics • Alteración de reflejos
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Eyaculación precoz • Anorgasmia • Disminución del deseo
Endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo • Síndrome de Cushing
Inmunológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibición del sistema inmune

Tabla. 1 Enfermedades generadas por estrés (Jiménez, 2005)

Para Robbins (1987 citado por Ayala, 2002), los altos niveles de tensión disminuyen la productividad, la satisfacción en el trabajo y aumentan la probabilidad de la renuncia voluntaria, lo que lleva a la rotación de personal, impuntualidad, enfermedades, etcétera; por lo tanto, en la figura 4 se muestran las principales causas del estrés laboral.

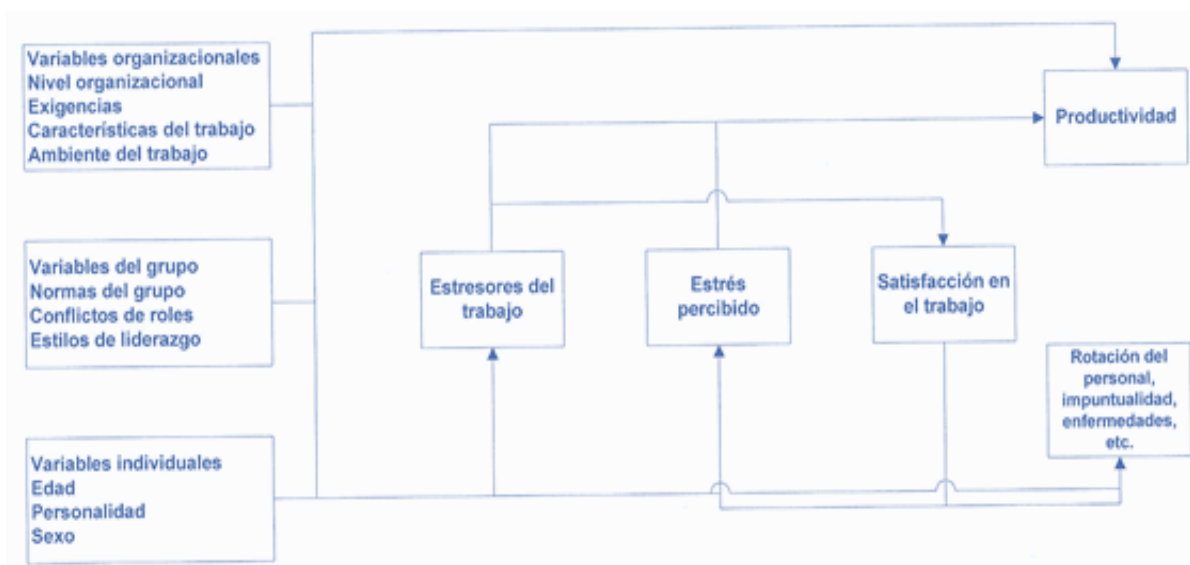


Figura 4. Causas y consecuencias del estrés Robbins (1987)

Para finalizar, se destaca que los efectos del estrés en las organizaciones están asociadas con el absentismo, impuntualidad y un número aumentado de intenciones de dimisión, disminución de calidad y cantidad del desempeño laboral, la falta de cooperación entre compañeros, insatisfacción laboral (García, 1981), el aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo, la necesidad de una mayor supervisión del personal, el aumento de quejas de los clientes, los problemas de relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de orden y limpieza, el aumento del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos (Peiró, 1992). Gran parte de las respuestas son disfuncionales y las consecuencias provocan desequilibrio y resultan potencialmente peligrosas (Yona, 2008).

Siguiendo el párrafo anterior, Dobbs, Leslie & Mendonca (2006) reportan que si la entidad no goza de una buena salud laboral, no obtendrá el mejor esfuerzo y motivación de sus empleados, y en un mercado competitivo como lo es el actual, afectará los resultados e inclusive la supervivencia de una empresa.

2.2 Modelos del estrés laboral

Desde 1974 se muestra la necesidad de pretender alcanzar demostraciones acerca de la etiología de este término. Dichos modelos agrupan una serie de variables a través de las cuales se desarrollarán las consecuentes teorías (Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.2.1 Modelo de las demandas, restricciones y apoyo de Karasek (1979)

Este modelo presenta el estrés como un fenómeno producido por la incongruencia entre las demandas laborales y la capacidad de decisión (competencias) que tiene el trabajador en su función laboral. De esta forma, las demandas psicológicas (cuánto y a qué ritmo se trabaja) en combinación con el control (autonomía y uso de competencias) determinan cuatro condiciones de riesgo psicosocial: 1) trabajos de tensión alta, 2) trabajos activos, 3) trabajos de poca tensión y 4) trabajos pasivos.

El primer cuadrante indica que las reacciones de tensión psicológica negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física) se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son mayores y, en cambio, es escasa la participación en la toma de decisiones del trabajador. Es decir, la tensión psicológica es consecuencia de la conjunción de los efectos de las demandas del trabajo y el control disponible por el empleado (figura 5).

Sumando a la anterior, el segundo cuadrante se centra en que cuando el control sobre el trabajo es elevado y también son elevadas las demandas psicológicas, pero no abrumadoras, los efectos sobre el comportamiento que se predicen son el aprendizaje y el crecimiento (aprendizaje activo) (De Jonge, Dollard, Dormann, Le Blanc & Houtman, 2000; De Jonge, Bosma & Siegriest, 2000). Es decir, un potencial de desarrollo de estrés positivo.

De este modo, este modelo se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, con trastornos psicológicos y con trastornos musculoesqueléticos, sobre todo en las extremidades superiores (Collins, Karasek & Costas, 2005, Schnall, et.

Al, 2000). En contraste, la motivación laboral se incrementa a medida que aumentan las demandas y al mismo tiempo el control sobre el trabajo.

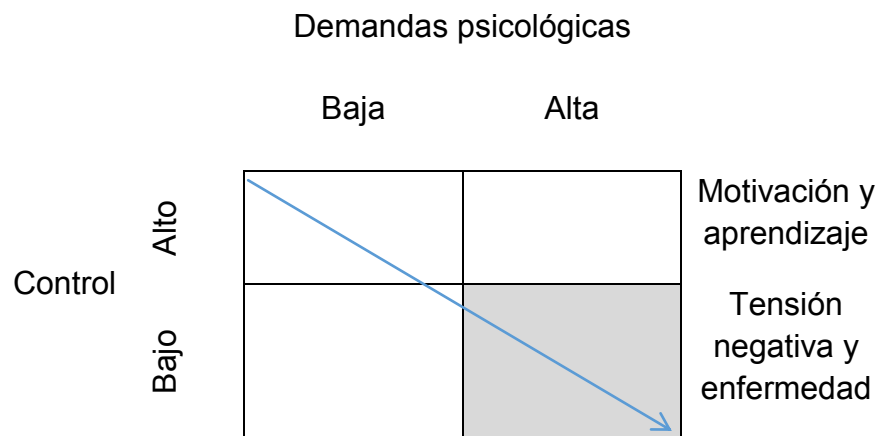


Figura 5. Modelo demanda control Karasek, 1979

2.2.2 Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa (ISR)

El modelo de esfuerzo-recompensa postula que el estrés laboral se produce cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa (Siegrist, 1996). Dicho modelo funciona de manera central en las variables que lo sustentan:

- Variables de esfuerzo extrínseco
- Variables de esfuerzo intrínseco
- Variables de recompensa

El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima y control del status. Este tercer tipo de recompensa refleja las poderosas amenazas producidas por la pérdida de trabajo o degradación en el empleo. Se trata, por tanto, de gratificación en términos de perspectivas de promoción, seguridad laboral y ausencia de riesgo de descenso o pérdida de empleo

El modelo predice que el estrés laboral se produce porque existe una falta de balance (equilibrio) entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

Siegrist (1996) señala que el estrés laboral se genera a partir de un elevado esfuerzo, un salario inadecuado y un bajo control sobre el propio estatus ocupacional, oportunidades de ascenso y seguridad laboral. Y se asume que bajo estas condiciones, tanto la autoestima como la autoeficacia del trabajador estarán seriamente mermadas y, de manera predecible, generarán estrés al individuo (figura 6).

El modelo de Siegrist se ha asociado con riesgo de enfermedad cardiovascular y deterioro de la salud mental (Smith, Roman, Dollard, Winefield, & Siegrist, 2005).

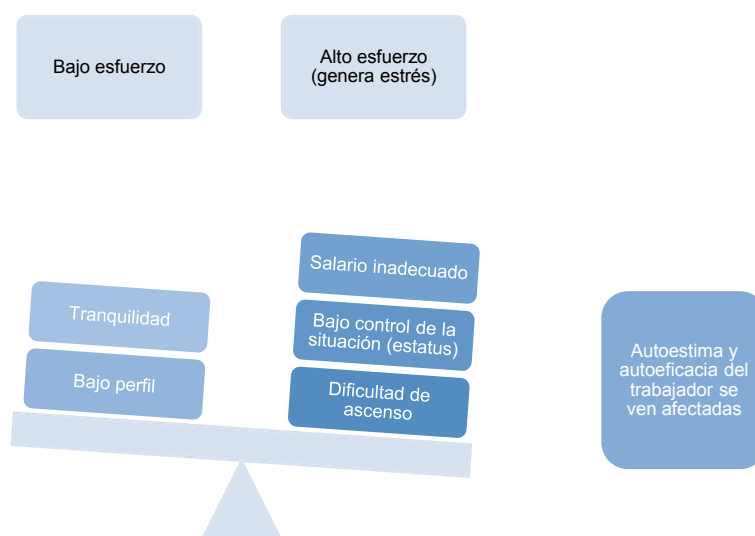


Figura 6. Modelo ISR

2.2.3 Modelo del estrés orientado a la dirección. Ivancevich y Matteson (1987)

Influenciado por el modelo ISR, Ivancevich & Matteson (1987) distinguen cuatro factores fundamentales en el proceso de estrés (figura 7):

- Los estresores internos y externos (factores intrínsecos: conflictos de rol, estructura y control organizacional, sistemas de recompensa, sistemas de recursos humanos, liderazgo. Los factores extrínsecos interactúan con los anteriores y pueden complicar la situación: relaciones familiares, problemas legales, problemas económicos, etcétera)
- El estrés y su apreciación (positiva o negativa) por parte del individuo.
- Los efectos y resultados de dicha apreciación (a nivel fisiológico, psicológico y comportamental)
- Las consecuencias (tanto para la organización como para la salud del individuo)

El modelo está centrado en las organizaciones, pero sin olvidar los aspectos grupales y extraorganizacionales.

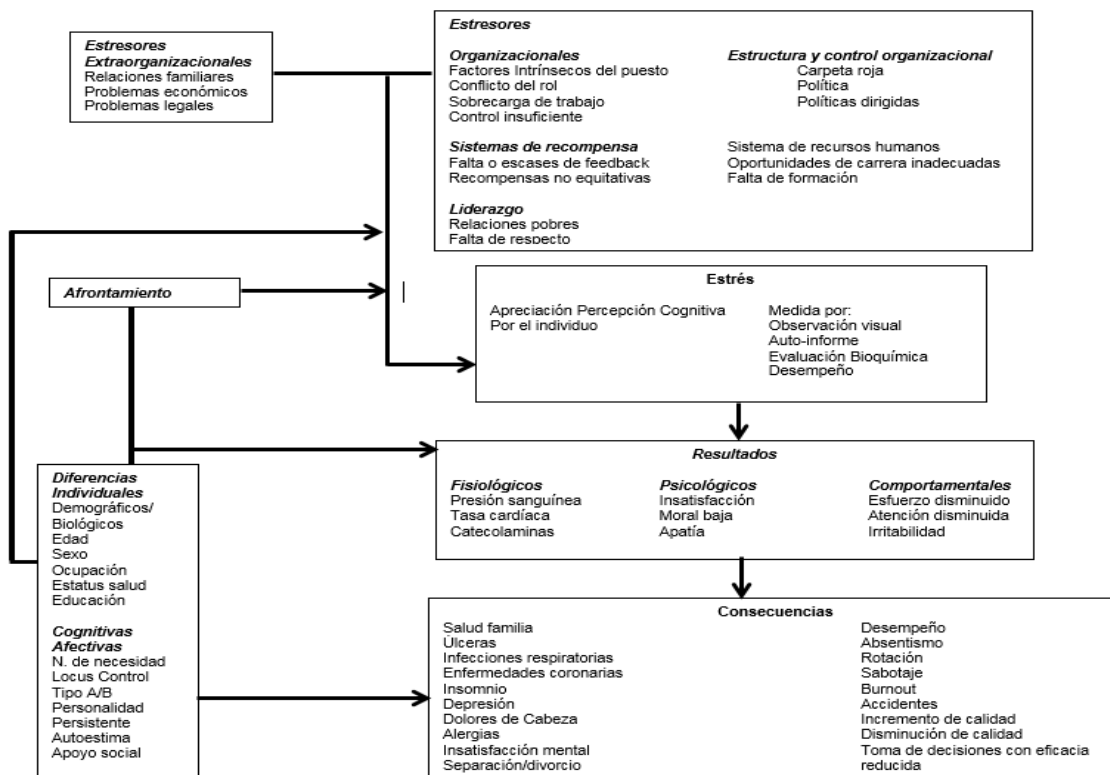


Figura 7. Modelo de estrés organizacional. Matteson & Ivancevich, 1987 (adaptado de Peiró, 1999).

2.2.4 Modelo de apreciación cognitiva de Lazarus & Folkman (1984)

A este modelo también se le conoce como el de *respuestas cognitivas*. De acuerdo con los autores, el estrés es una relación entre el individuo y el entorno que ocurre cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o cuando se agotan los recursos físicos y/o psicológicos de la persona y pone en peligro su bienestar.

La forma del proceso se fundamenta en la valoración y el afrontamiento. La apreciación es la responsable de la interpretación de un evento como estresante. La primaria (interpretación de variables personales y ambientales) y valoración secundaria que aparecen una vez que la situación ha sido valorada como negativa y que evalúa los recursos disponibles de afrontamiento.

Por otro lado, el afrontamiento se presenta cuando el individuo ha realizado esfuerzos cognitivos y/o conductuales para reducir las demandas, ya sea internas o externas, generadas por una condición estresante (Lazarus & Folkman, 1984). Además, la relación que se establece entre la valoración y el afrontamiento es dinámica, pues se relacionan entre sí generando resultados producto de la apreciación de la situación y la forma de afrontarlo, evocando una conducta futura (figura 8).

Por último, la respuesta de estrés se relaciona precisamente con una ausencia o incapacidad de un estilo de afrontamiento efectivo.

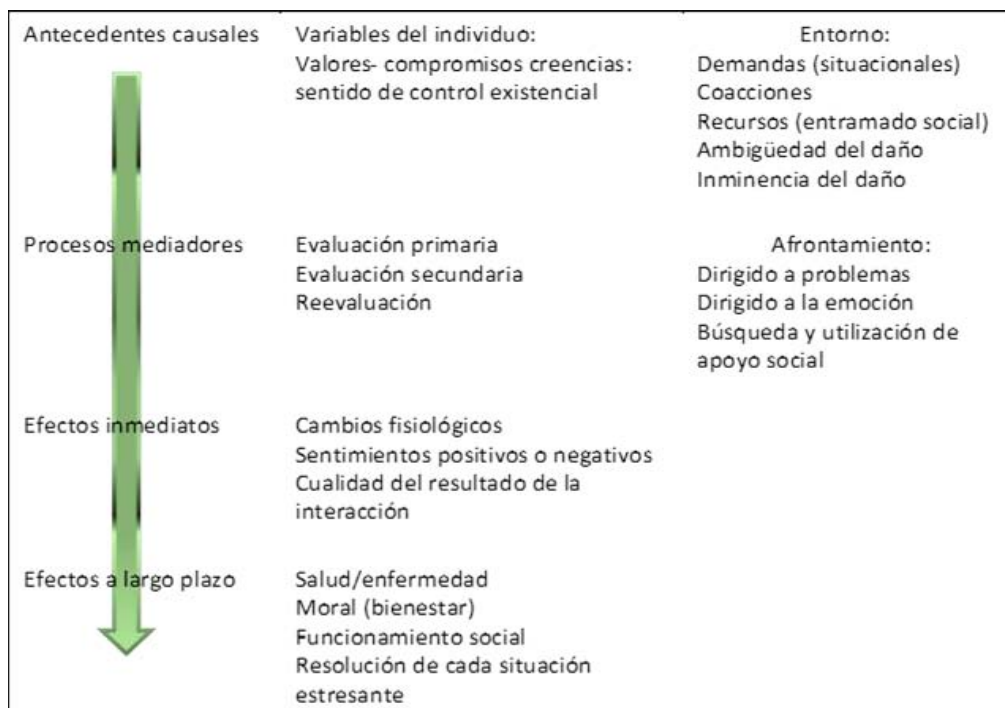


Figura 8. Modelo de apreciación cognitiva de Lazarus y Folkman (1984)

2.3 Antecedentes de burnout

El origen del término *burnout* se debe a la novela de Graham Greene, *A Burn Out Case* (1961), en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana. Esta palabra se comenzó a utilizar en la literatura especializada para referirse al estrés laboral a partir de los años setenta.

A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de ocupaciones o empleos relacionados sobre todo con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda; ejemplo de ello son los médicos, enfermeras, profesores, abogados, policías, etcétera, pues son susceptibles a presentar agotamiento de energía que los hace sentirse abrumados por los problemas de los otros; a esto se le ha descrito como síndrome de burnout (Mc Cornell, 1982).

Cabe destacar que desde la perspectiva clínica de acuerdo con Pines & Arosón (1988), indican que el síndrome de burnout es un estado donde se combina con la fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, no tener salida, carencia de entusiasmo por el trabajo y por la vida en general y una autoestima pobre. Puesto que desde la perspectiva psicosocial, el desgaste ocupacional se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales (Hernández & Olmedo, 2004).

Por tanto, en 1974, Freudenberguer fue quien describió por primera vez el síndrome de forma clínica, lo definió como un estado caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y ayuda que no lograban alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo (Hernández, Terán, Navarrete & León, 2007), así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento (Silva, 2001).

Posteriormente, en 1976, la psicóloga social Christina Maslach utilizó el mismo término para referirse al “proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros del trabajo”. Además, ella fue quien dio a conocer la palabra de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), haciendo referencia a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos (educación, salud, administración pública, etcétera) (Garcés, 2004).

Mencionó que esta situación implicaba el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose” (Esteve, 1984). También contribuyó al estudio de las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda y calificó a los afectados de “sobrecarga emocional” o síndrome de burnout, es decir, “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas (Álvarez, Cantú, Gayol, Leal & Sandoval, 2005). Gracias a las investigaciones de Maslach & Jackson, en 1981 aparece, como culminación de

años de trabajo, el inventario Maslach burnout Inventory (MBI) (Hernández, et al. 2007).

A través del tiempo, las investigaciones sobre este tema fueron creciendo en diversas áreas sociales. Sin embargo, Cherniss fue uno de los primeros autores que enfatizó la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del burnout y lo definió como aquellos “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas” (Garcés, 2004 p. 18).

En consecuencia, dentro del contexto laboral, es donde se generan emociones y sentimientos negativos producto del mismo síndrome, que ocasiona adicción al trabajo, desequilibrio productivo y a su vez reacciones emocionales producto de un deficiente ambiente laboral. Esta asociación de términos ocasionó que muchos autores describieran el síndrome exclusivamente en el contexto organizacional.

Durante los años ochenta, comenzaron a rendir fruto las definiciones sobre el síndrome de burnout en un intento de delimitarlo conceptualmente, de integrarlo en los campos de estudio existentes y de diferenciarlo de otros fenómenos (Néstor, 2005). De este modo surgió la necesidad de estudiar el síndrome de burnout o “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de estar quemado por el trabajo”, así como de estudiar también los procesos de estrés laboral y la manera de hacer que las organizaciones se preocuparan más por la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

2.4 Definición

Al síndrome de burnout se le ha traducido de diversas formas, por lo tanto, también se le conoce como *síndrome de estar quemado*, *síndrome de la quemazón*, *síndrome de estrés laboral asistencial*, *síndrome de desgaste profesional*, *síndrome de fatiga emocional* y *síndrome de quemarse en el trabajo*. Este síndrome afecta directamente a todos los ámbitos en los que el trabajador se

encuentra inmerso, esto indica que la situación laboral lo ha sobrepasado o que ha quedado incapacitado para adaptarse a las situaciones laborales (Balseiro, 2005).

De acuerdo con la literatura, el síndrome de burnout tiene tantas definiciones como características; sin embargo, todos los autores se encuentran de acuerdo en que el burnout hace su aparición cuando el profesional se encuentra “quemado”. Es así que haremos mención de las definiciones más destacadas de acuerdo con diversos autores.

En este sentido, los antecedentes del síndrome de burnout indican que la primera definición se establece como un “estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la presentación de servicios y ante expectativas inalcanzables” (Freudenberger, 1974; citado en Tonon, 2004, p. 38).

Burke (1987), sin embargo, definió este síndrome como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. El proceso consecuente se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por la falta de éxito laboral, frialdad (distanciamiento emocional) y aislamiento (Buendía y Ramos, 2001)

Pines & Aronson (1988) lo definieron como el estado de agotamiento físico, emocional y mental que es desarrollado en personas que se ven implicadas en situaciones emocionalmente demandantes. Las demandas emocionales son causadas generalmente por una combinación de expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico.

Edelwich y Brodsky (1980) mencionaron que el burnout es una pérdida progresiva del idealismo, la energía y el propósito, experimentado por la gente que se dedica a profesiones de ayuda, como resultado de su trabajo (citado por Pinelo & Salgado, 2002).

Por otra parte, Cherniss (1980) fue uno de los primeros autores que indicó la relación del contexto laboral y la aparición del burnout. Del mismo modo, definió al

desgaste ocupacional como los cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas. Destacó tres factores fundamentales en la presencia del síndrome:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés)
- Respuesta emocional a corto plazo ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento
- Cambios en actitudes y conductas

Dicha definición situó al fenómeno dentro del contexto laboral, donde emociones y sentimientos negativos son producidos por el mismo síndrome, lo cual ocasiona adicción al trabajo. Además provoca un desequilibrio productivo y, en consecuencia, reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva. Esta asociación de términos ocasionó que muchos autores describieran el síndrome exclusivamente en el contexto organizacional.

Debido a las definiciones antes referidas, y del intento de generalizar en un concepto los síntomas y/o consecuencias implicados en el síndrome, en la actualidad no se posee una definición unánimemente aceptada, sin embargo, existe un consenso en considerar que el síndrome de burnout aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico.

Siguiendo lo anterior, el síndrome se entiende como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por cogniciones, emociones y conductas negativas (Robles, 1995; Gil-Monte, 2005) hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal del trabajo), asimismo como por la convivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach & Jackson, 1981, citados en Gil, & Peiró, 1997).

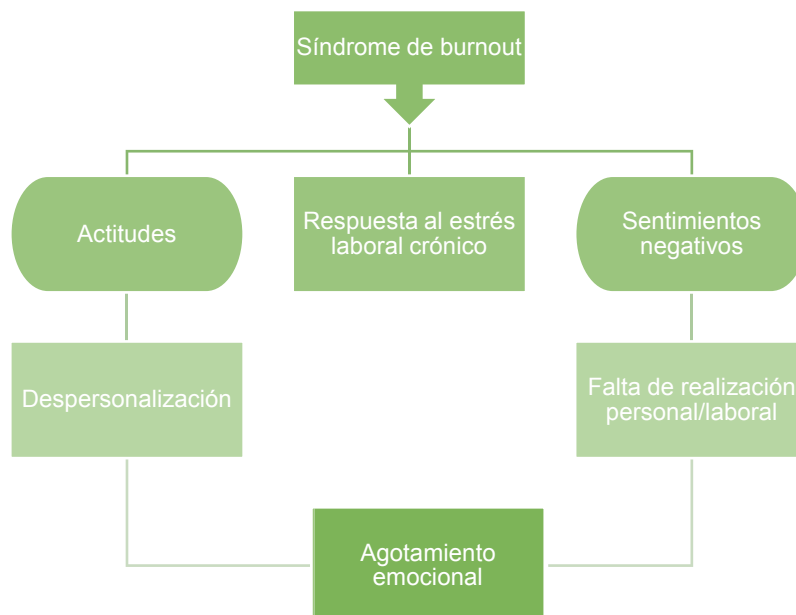


Figura 8. Definición de burnout de acuerdo con Maslach & Jackson (1981)

Por último, la mayoría de los autores asumen la definición elaborada por Maslach & Jackson (1981), quienes señalan que el síndrome de burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de cansancio emocional (agotamiento), despersonalización y falta de realización personal (insatisfacción de logro) en el trabajo.

Con base en la definición de Maslach y Jackson (1981), el burnout se puede definir principalmente en las tres dimensiones siguientes:

Cansancio emocional: los individuos pierden recursos emocionales como consecuencia de trabajar con otras personas (Golembiewski, Boudreau, Sun & Luo, 1998). Además, es una situación donde se presenta una pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste y fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, alumnos, clientes, etcétera) (Ortega & López, 2004; Gil-Monte & Peiró, 1997; Uribe, 2007).

Despersonalización: es el desarrollo de comportamiento insensible, distante y frío (endurecimiento emocional [Golembiewski et al., 1998] hacia las personas a las que se les da servicio [pacientes, clientes, alumnos, etcétera]). Además, se presentan actitudes y conductas de cinismo hacia las personas que reciben el servicio; estos receptores son vistos por los profesionales de una forma deshumanizada debido a al endurecimiento afectivo, lo que provoca que se les culpe de sus problemas, por ejemplo, “el enfermo se merece su enfermedad”, “el cliente es un sujeto detestable”, “el alumno merece ser reprobado”, etcétera (Uribe, 2007).

Falta de realización personal: son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente. Conlleva la pérdida de confianza en la realización personal/laboral y la relación con las personas a las que atienden (Uribe, 2007). Se caracteriza por una dolorosa desilusión del sentido de la vida y de los logros profesionales, la cual presenta sentimientos de fracaso, incompetencia y baja estima (Ortega & López, 2004; Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.5 Diferencia entre el estrés laboral y el síndrome de burnout

A pesar de que el síndrome de burnout está estrechamente relacionado con el estrés laboral, que constituye una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de los propios recursos, el burnout tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un estrés laboral agravado. Rivera (1997) menciona que cualquier individuo que presente los síntomas de burnout padece estrés; no obstante, no todo sujeto que experimente períodos de estrés desarrollará el síndrome de burnout.

De este modo, el estrés laboral puede ser: episódico o crónico. Es episódico, por ejemplo, cuando un trabajador se enfrenta a una situación imprevista; mientras que se le denomina crónico cuando el síndrome surge debido al ambiente laboral, la sobrecarga del trabajo, las alteraciones de los ritmos biológicos, las

responsabilidades y decisiones muy importantes, que no dan tiempo al organismo a que se establezca o adapte a la situación por la presión laboral (Arita, 2004).

Entonces, es en este momento cuando el síndrome de desgaste profesional se presenta en consecuencia de un padecimiento de estrés crónico, generando de forma individual padecimientos como ansiedad, enfado, suspicacia, agresividad, cinismo, despersonalización, enojo, desesperanza, asilamiento, etcétera,

Por consiguiente, para que finalmente se produzca un trastorno psicossomático, es necesario que el individuo esté expuesto de forma sostenida y repetida a situaciones estresantes. La exposición de forma crónica determina las alteraciones o cambios a largo plazo referidos a cómo reacciona el individuo y su organismo debido a la continua activación de la respuesta de alarma fisiológica y a las reacciones cognitivo-emocionales y conductuales del proceso.

Es así que el burnout se puede considerar como el estado final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto; en cambio, el estrés se refiere a procesos temporales más breves, situaciones nuevas, intensas y rápidamente cambiantes que se presentan de manera general en el contexto laboral (Schaufeli & Buunk, 1996, citados por Buendía & Ramos, 2001).

A continuación (figura 9) se presentan las características que diferencian el estrés del síndrome de burnout:

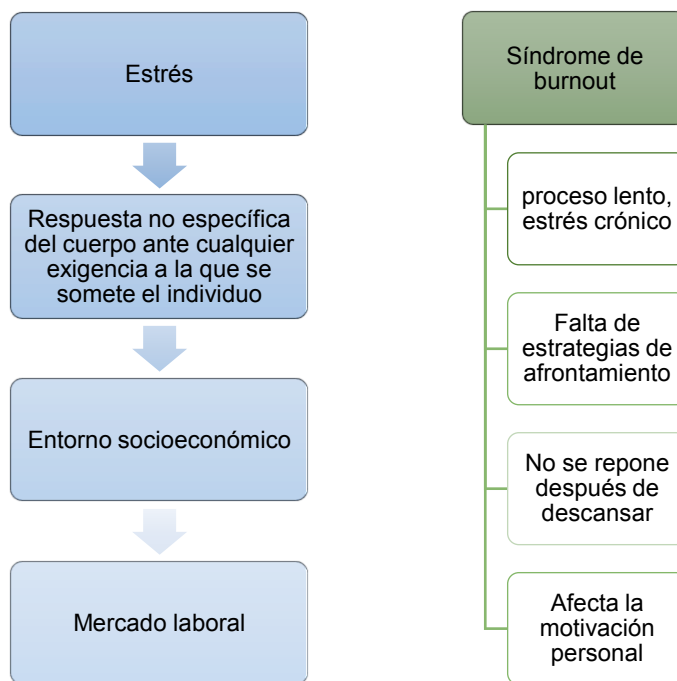


Figura 9. El burnout es consecuencia del estrés crónico. Se presentan actitudes negativas con las personas que atiende.

Sumado a lo anterior, De Pablo (2004) concluye que el concepto burnout está íntimamente relacionado con el estrés, lo cual dificulta establecer una diferencia clara entre ambos conceptos. Aunque también señala que existen dos diferencias significativas:

- El burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral.
- El estrés tiene efectos positivos y negativos para el trabajo y la vida en general; en cambio, el burnout siempre tiene efectos negativos.

A su vez, Schaufeli & Buunk (1996) muestran la diferencia entre el estrés laboral y el síndrome de desgaste ocupacional (burnout), no debe hacerse partiendo de los síntomas, sino tomando en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El síndrome de desgaste ocupacional puede considerarse como el estado final de un proceso de adaptación e inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. Sin embargo el estrés se refiere a procesos de tiempo más cortos. Además

el síndrome de desgaste ocupacional está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés no.

La diferencia entre estrés general y burnout, como se mencionó en el apartado anterior, radica en que el burnout no es el resultado *per se* del estrés, si no que se genera por no tener ningún escape de éste ni contar con un sistema de soporte (Hernández & Lara, 2006). El estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el burnout sólo presenta efectos negativos (Starrin, Larsson & Styrborn, 1990, citados en Garcés, 2004).

Por otra parte, la diferencia entre estrés laboral y burnout radica en que este último puede considerarse el estado final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. En cambio, el estrés laboral se refiere a procesos temporales más breves, situaciones nuevas, intensas y rápidamente cambiantes (Schaufeli & Buunk, 1996).

En conclusión, este síndrome no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico o estresores. En otras palabras, es un tipo de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés laboral generado por la relación con la organización y sus demandas, y en conjunto con la atención brindada al cliente, usuario, paciente o alumno etcétera (Oramas, Almirall & Fernández 2007).

2.6 Características del burnout

Con base en la literatura, se indica que existen una relación muy estrecha del síndrome de burnout y las afectaciones de la salud en los individuos laboralmente activos. También se ha observado que el desgaste profesional se encuentra asociado a una baja productividad, un mayor ausentismo y mayores intenciones de abandonar la organización (Firth & Britton, 1989, citado en Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera & Morales, 2006).

De manera que el individuo se encuentra inmerso en un ambiente poco alentador que se agrava en relación directa a la magnitud del problema, provocando en el sujeto un estancamiento que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración. Posteriormente, frustración, en la que comienzan a surgir problemas fisiológicos, emocionales, físicos y conductuales (esta fase sería el núcleo del síndrome), y finalizando, apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración Brodsky (1980).

Por esta razón, resulta importante identificar y diagnosticar el síndrome de desgaste ocupacional o burnout, pues, al igual que cualquier otra afección, se requiere conocer cuáles son los síntomas que lo definen, puesto que éstos son los que afectan negativamente a las emociones, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico del individuo (Gil-Monte, 2005).

Diversos autores que aparecen en la literatura científica nos presentan el deterioro de la salud relacionada directamente con este síndrome (Palmer, Gómez, Cabrera, Prince & Searcy, 2005; Tortella-Feliu, 2001; Wright & Bonett, 1997; Yela, 1996; Apples, 1998; Atance, 1997; Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991; Cano et al., 1996; De la Fuente et al., 1994; De la Gángara, 2002; Eastburg et al., 1994; Alcantud, 1999; Rivera, 1997; Williams, Savage & Linzer, 2006; Espinosa, Zamora & Ordóñez, 1995; Fernández, 2004; Flórez, 2002; Garcés et al., 1995; Gil-Monte, 1997; O'Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach et al., 2001; Olabarria, 1995; Turnipseed, 1994; Relamed, Kushnir, Shiron, 1992, citados por Rivera, 1997; Appel A., 1993; Garcés de Los Fayos, 2006 y Morgan, 2006), y estos deterioros pueden dividirse en cuatro grupos principales:

- Alteraciones que afectan directamente en la salud física:

Problemas cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), alimenticios (hiperfagia, anorexia) fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), aparición de

alergias, alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, dolores cervicales, alteraciones menstruales, mayor frecuencia de infecciones, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.

- Alteraciones relacionadas con la salud psicológica:

Ansiedad, depresión, apatía, cinismo, hostilidad, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, sensación de impotencia u omnipotencia, sentimientos de soledad, alienación, sedentarismo, impulsividad e ideas suicidas.

- Alteraciones que inciden el ámbito laboral (alteraciones conductuales):

Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia, deseos de abandonar el trabajo y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

- Alteraciones que aquejan directamente en la vida social:

La asertividad se ve afectada en sus relaciones interpersonales ocasionando: trastornos en la vida familiar, conflictos con la pareja, falta de convivencia con los hijos, etcétera.

Para concluir, el síndrome de burnout puede convertirse en un tipo de conducta “contagiosa” al generar sentimientos de abandono, derrotismo e indiferencia en el ambiente laboral y los profesionistas. Para explicarlo, Maslach (1982, citada por Pines, 2004) hace una analogía interesante que indica que si todas las manzanas en un barril están podridas, el barril es el culpable y no la manzana individual.

2.6.1 Modelos

La literatura nos muestra diversos modelos explicativos del síndrome de quemarse en el trabajo, que podemos dividir en tres grupos:

1. Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo (Harrison 1983; Cherniss, 1993; Thompson, Page & Cooper, 1993).
2. Modelos estructurados desde la teoría del intercambio social (Buunk & Schaufeli, 1993; Hobfoll & Freedy, 1993).
3. Modelos elaborados desde una teoría organizacional (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983; Cox, Kuk & Leiter, 1993), y el modelo de Winnubst, 1993).

2.6.1.1 Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo

Estos modelos están inspirados en los trabajos de Albert Bandura, los cuales analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano (Quiceno & Vinaccia, 2007).

2.6.1.2 Modelo de competencia social de Harrison (1983)

Harrison asume que el síndrome de burnout es fundamentalmente una función de la competencia percibida y con base en ello elabora el modelo de competencia social.

Dentro de este modelo, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los

demás y tienen un elevado altruismo. Sin embargo, el complejo entorno laboral no siempre facilita la expresión de dicha orientación. Así, el modelo de Harrison distingue factores de ayuda que facilitan la actividad, o con factores barrera que la dificultan.

Entre los factores de ayuda se encuentran: la existencia de objetivos laborales realistas, las motivaciones y valores del trabajador, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, etcétera. Esto generará mayor motivación en el trabajador y, en consecuencia, una excelente eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador e influirán de forma positiva en la motivación para ayudar.

Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera (poca retroalimentación, falta de autonomía, limitaciones del entorno laboral, dificultades en recibir apoyo, etcétera), los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo, se origina el síndrome de burnout y en consecuencia disminuyen los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

2.6.1.3 Modelo de Cherniss (1993)

Cherniss (1993) señala que las características que ofrece el ambiente laboral facilitan al trabajador desarrollar sentimientos de éxito, los cuales son compatibles con la organización y ayudan a prevenir el síndrome de burnout en el trabajo. Es decir, un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros.

En este modelo es posible establecer una relación causal, pues dentro del ámbito laboral pueden existir limitaciones que incapaciten al trabajador a desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal, y en consecuencia desarrollar el

síndrome de burnout. Para ello, el autor incorpora el concepto de “autoeficacia percibida” (Bandura, 1989), pues las creencias que las personas tienen sobre sus competencias o habilidades ejercen de manera directa la eficacia o fracaso en las situaciones que se presenten en el lugar de trabajo.

En conclusión, los trabajadores con buena percepción de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y pueden afrontarlas de una manera adaptativa. En cambio, una pobre percepción de autoeficacia limitará el logro de objetivos, llevándolo al fracaso y a desarrollar el síndrome.

2.6.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page & Cooper (1993)

Los autores de este modelo circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables:

- Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador
- El nivel de autoconciencia del sujeto
- Las expectativas de éxito personal
- Los sentimientos de autoconfianza

Para entender este modelo, es necesario indicar que para Thompson et al. la autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome, este constructo es considerado un rasgo de personalidad, el cual se entiende como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo.

El reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos pueden intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que afectará negativamente a su estado anímico que consecuentemente redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática.

El retiro conductual de los profesionales denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Pero, además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

2.6.1.5 Modelos estructurados desde la teoría del intercambio social

Indican que el síndrome de burnout en el trabajo tiene su etiología en las precesiones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales (Quiceno & Vinaccia, 2007).

2.6.1.6 Modelo de comparación social de Buunk & Schaufeli (1993)

Estos autores desarrollan el modelo para explicar el desarrollo del síndrome de burnout en el trabajo, para eso se basan directamente en el personal de enfermería, pues en esta profesión, se genera, por un lado, un intercambio social con los pacientes, y por otra parte, afiliación y comparación social con el grupo de trabajo.

Durante el proceso de intercambio social, los profesionistas de esta área de la salud identifican los siguientes factores estresantes:

- Incertidumbre (falta de claridad sobre lo que se piensa, siente y cómo actuar)
- Percepción de equidad (percepción entre el trabajo realizado y lo que se recibe)

- Falta de control (dificultad para controlar los resultados de sus actividades)

En la profesión de enfermería la incertidumbre es constante, pues tienen constante incertidumbre respecto a sus habilidades de cómo tratar a sus pacientes y tienen inseguridad respecto a si el trato que realizan es el adecuado. De forma directa, las recompensas y equidad de esta profesión aparecen frustradas constantemente, debido a que los pacientes se encuentran ansiosos constantemente y la interacción con ellos no es la más óptima.

Respecto al último rubro de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los trabajadores de enfermería prefieren aislarse y no buscar apoyo social/profesional en situaciones fuera de su control, prefieren evitarlo, para no ser evaluados como incompetentes.

2.6.1.7 Modelo de conservación de recursos

El modelo de Hobfoll y Fredy (1993) describe que el estrés se hace presente en el momento en que los individuos perciben que lo que les genera motivación se ve amenazado. En este sentido, los estresores dentro del trabajo amenazan los recursos que utilizan los trabajadores y les genera inseguridad acerca de las competencias que tienen para alcanzar el éxito dentro de sus instituciones. Por otra parte, las relaciones de pares en su medio laboral (jefes, compañeros y personal atendido) también son un medio de retroalimentación que provoca estrés, por la evaluación de las situaciones.

En este modelo, los trabajadores se protegen de la pérdida de recursos, pues esto generaría de manera pronta el desarrollo del síndrome de burnout. Sin embargo, si se tuviera mayor apoyo y ganancia de recursos, limitaría la pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de burnout. Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de

afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de burnout pues conllevan una ganancia de recursos.

Se señala que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya poseen, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome de burnout.

2.6.1.8 Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional

Los modelos tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia del burnout. Por otra parte, consideran el síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico, dando una especial importancia al contexto donde se desarrolla el trabajo. La organización y su estructura, el clima laboral, los roles e incluso el apoyo social actúan como estresores a la hora de desarrollarse el síndrome.

2.6.1.9 Modelo de Golembiewski, Munzenrider & Carter

Golembiewski, et al. (1983) indican que el síndrome genera que los profesionistas dejen de estar comprometidos con sus actividades laborales, como consecuencia del estrés laboral y la ansiedad. Por otra parte, el estrés laboral se relaciona con el burnout debido a la sobrecarga laboral y la escasa estimulación del rol. Asimismo, el trabajador experimenta más estrés psicológico y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills & Daly, 1987).

Continuando con lo anterior, los trabajadores tendrán una pérdida de autonomía y de control, lo que inevitablemente producirá una disminución, de autoimagen, irritabilidad y fatiga. Posteriormente, las estrategias de afrontamiento utilizadas serán desadaptativas, como el distanciamiento y la calidad de las actividades realizadas. En este aspecto, se puede producir distanciamiento constructivo, en el

cual el afectado no se implica en el problema con la atención del usuario, es decir, lo atiende empáticamente. En cambio, el distanciamiento contraproducente (despersonalización) ocasionará indiferencia, cinismo y mala calidad de atención al individuo que la requiere; es entonces cuando se habla del burnout.

Para concluir, los trabajadores intentan resolver la situación de manera constructiva, pero la sobrecarga emocional y pobreza de rol constante genera tratar a las personas con indiferencia. Consecuentemente, se hablaría del inicio del síndrome de desgaste ocupacional por la despersonalización ocasionada e inevitablemente la persistencia de la situación, generará agotamiento emocional y en un futuro cercano disminuirá su satisfacción, implicación en el trabajo, realización laboral y pérdida de productividad.

2.6.1.10 Modelo de Cox, Kuk & Leiter

Desde la perspectiva que ofrece el modelo de Cox et al. (1993) se encuentra que la respuesta al estrés laboral se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores del servicio humano no resultan eficaces para manejar el estrés y sus consecuencias.

Dentro del modelo, se explican dos variables: “sentirse gastado” que hace referencia al cansancio, confusión, etcétera, y el “sentirse presionado y tenso”, que habla de percepciones de amenaza, ansiedad y tensión emocional. Dichas variables se encuentran empleadas como respuesta al estrés laboral y están relacionadas con los procesos de evaluación de los estresores, la respuesta emocional, las respuestas de afrontamiento y la conclusión de la situación.

Es así que la experiencia de agotamiento emocional dentro de este modelo es el eje central del síndrome de burnout relacionado con la variable “sentirse agotado” (emociones y bienestar). No obstante, la despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento proveniente del agotamiento emocional. Por último, los sentimientos de baja realización en el trabajo son el resultado de la evaluación

cognitiva sobre la experiencia generadora de estrés y con la limitación de las expectativas profesionales obstaculizadas.

Lo más destacado de su modelo es que afirman que la variable moduladora entre el estrés y el síndrome de desgaste ocupacional es la “salud organizacional” (estructura, políticas procedimientos e integración de sistemas psicosociales). Además, la importancia de la realización personal del trabajador modularía los efectos de agotamiento emocional que generan actitudes de indiferencia, maltrato a pacientes, etcétera.

2.6.1.11 Modelo de Winnubst

El modelo expuesto por Winnsbut (1993) explica que el síndrome de burnout es considerado como un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido a la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral que se da en **todos los trabajadores**. Este modelo se centra en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social.

Por otra parte, la burocracia mecánica se caracteriza por la estandarización y formalización del trabajo, y el burnout se da por el agotamiento emocional diario debido a la monotonía y falta de control derivadas de la estructura. En cambio, la burocracia profesionalizada se caracteriza por la estandarización de habilidades (laxitud) y baja formalización. En estos casos el síndrome de quemarse se debe a la continua confrontación con los demás, originando disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- Las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta de manera óptima de acuerdo con la estructura
- Los sistemas de apoyo social emergen en relación con el clima laboral, por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima

- La estructura organizacional, la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización
- Los criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout.

2.7 Instrumentos

Diagnosticar el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) o burnout, al igual que cualquier afección, requiere identificar si los síntomas que tiene el individuo se ajustan a un determinado perfil, para diferenciarlo de otras afecciones. Para ello es necesario conocer cuáles son los síntomas que lo definen y cuáles no. Es así que a través de las investigaciones realizadas a lo largo del tiempo sobre este mal que aqueja a la sociedad, se han creado y estandarizado diferentes instrumentos de evaluación; a continuación se mencionarán los más conocidos:

Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986).

- Burnout Measure-BM (Pines & Aronson, 1988)
- Teacher Stress Inventory-TSI (Schutz & Long, 1988)
- Teacher Burnout Scale-TBS (Seidman y Zager, 1987, citado por Buendia & Ramos, 2001)
- Holland Burnout Assessment Survey-HBAS (Holland & Michael, 1993)
- Cuestionario Breve de Burnout-CBB (Moreno & Oliver, 1993)
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo-CESQT (Gil-Monte, 2005).

En México se utiliza la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), un instrumento válido y confiable estandarizado para población mexicana (Uribe-Prado, 2007).

El instrumento más usado es el MBI, está diseñado para medir el desgaste profesional en los profesionales que brindan un servicio asistencial, aunque en la actualidad se ocupe para realizar los estudios en las personas que trabajan con gente (Pines & Aronson, 1988).

2.8 Investigaciones sociodemográficas

Muchos estudios han demostrado que las condiciones de trabajo pueden producir consecuencias adversas en la salud y en el bienestar físico y psicológico de los empleados (Cooper, 1998; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993, citados por Topa & Morales, 2005; Palmer, et al. 2005). Entre estas consecuencias, se ha identificado el burnout como un tipo de estrés vinculado a cualquier tipo de persona que no sea exclusiva de las profesiones que brindan un servicio y/o contacto directo con la gente.

Por esta razón, la extensa literatura acerca de las investigaciones realizadas con el síndrome de burnout ha encontrado que las variables sociodemográficas son muy cambiantes de unos estudios a otros. De tal forma que se presentan algunos de los resultados respecto a la edad, el sexo, el estado civil y el nivel académico, entre otros.

En cuanto a las **variables sexo o género**, las mujeres representan el grupo más vulnerable por los variados roles que deben cumplir como mujer, esposa, madre y profesional. La sobrecarga de trabajo impacta los ámbitos personal, familiar y profesional, por lo que en comparación con los varones, las mujeres presentan con mayor frecuencia agotamiento emocional y baja realización personal. En cambio, en los varones, la frecuencia se encuentra en la despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes (De la Fuente et al., 1994; Lozano & Montalbán, 1999; Muñoz, López, Fernández, Medina, Pérez, & Torrente, 2001; Atance, 1997; Buendía & Ramos, 2001; Maslach y Jackson, 1985, citados en De la Gándara, 1988; Burke & Greenglass, 1989). Sin embargo, otro estudio indica que el género masculino es el más vulnerable a presentar el síndrome,

aunque la limitación dentro de la mayoría de los centros hospitalarios es que el personal es femenino, por lo cual la falta de datos limita la validez (Balseiro, 2007).

A pesar de estos datos, los resultados no son concluyentes y parecen influidos por las características del estudio, la muestra, el instrumento y el país, por ejemplo, en algunos trabajos, los sentimientos del burnout son mayores en mujeres (Etzion, & Pines, 1986); en otros se obtienen resultados inversos (Beck, 1987), y algunos otros más no obtienen diferencias significativas en el índice global en función al sexo (García, 1991; Gil-Monte & Peiró, 1997; Hermosa, 2006).

Una explicación es que en nuestra cultura se enfatiza para el rol femenino la interdependencia y habilidad en las relaciones interpersonales, además de la casi obligación de cuidar de otros; por el contrario, el rol masculino asume la no expresión de emociones y el descuido en la relaciones interpersonales (Buss y Plomin, 1980; Gil-Monte & Peiró, 1997; Jayme & Sau, 2004). También, diversos estudios indican que a nivel de personalidad, las mujeres son más adaptables, más sugestionables y más dependientes de la opinión de los demás que los hombres, lo cual tiene importancia porque los rasgos de personalidad se relacionan con la percepción global de la realidad, el cómo se enfrenta cada individuo a una situación, según menciona Maccoby (1966, citado por Jayme & Sau, 2004).

Respecto a la **edad**, se señala mayor nivel de burnout entre los 40 y 45 años (Muñoz et al., 2001), mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997). En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral y el grado de burnout es menor (De la Fuente et al., 1994); sólo la referencia sobre cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello, Tolmos, Váñez, & Vázquez, 2002).

Por otra parte existen estudios realizados en los que indican que a mayor años ejerciendo la profesión, la presencia del burnout es menor, es decir, los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio

emocional debido a que poseen menor experiencia en el ámbito laboral, además de que enfrentan la incongruencia entre las expectativas idealistas que tienen sobre su profesión y la realidad de su práctica (Maslach, 1982, citado por Pinelo & Salgado, 2002; Ríos, 2003).

Respecto a lo anterior, los estudios indicaron que los índices de quemarse por el trabajo se encuentran en un nivel bajo entre los 20 y 25 años, altos desde los 25 hasta los 40 años y mínimos a partir de los 40 en adelante (Farber, 1984). Estos resultados son variables, pero podría explicarse que los trabajadores más jóvenes presentan mayores índices de burnout debido a la nueva experiencia laboral y a la falta de afrontamiento debido a la inexperiencia; por otra parte, las personas que han trabajado durante varios años han desarrollado mejores estrategias de afrontamiento al estrés y han desarrollado mejores conductas para reducir los síntomas.

Estado civil: ha sido difícil mantener resultados homogéneos, además de la poca evidencia de resultados, pero el grupo de casados de acuerdo con un estudio es mayormente propenso a padecer burnout (Atance, 1997). No obstante, Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero (2001) observaron que el estar casado de alguna manera funciona como amortiguador emocional ya que se tiene una vida familiar que brinda soporte (Balseiro, 2007).

Cabe mencionar que el estado civil en sí no es el que influye en el proceso del síndrome, sino el apoyo económico y emocional recibido de la familia, es decir, un estilo de vida más estable en comparación con aquellos que tienden a utilizar el trabajo como fuente de vida social (Leiter, 1990).

En lo que refiere al **nivel educativo**, se puede inferir que las personas que no poseen estudios de acuerdo con los requerimientos del campo laboral, de la organización o institución en que prestan sus servicios, necesitarán realizar actividades para las cuales no tienen las competencias específicas para el puesto, lo que significa un aumento de ansiedad e insatisfacción, aunado a sentimientos de incompetencia personal y profesional.

Sin embargo, hay un estudio en donde se indica que las personas con mayor nivel académico presentan puntajes altos respecto al síndrome de desgaste ocupacional, ya que dichas personas tienen mayor responsabilidad de acuerdo con el puesto requerido (Balseiro, 2007).

Las variables **de personalidad y afrontamiento** son: neurotismo, ansiedad patrón de conducta tipo A, locus de control externo, falta de autoeficacia, depresión baja autoestima, escasa resistencia al estrés, baja estabilidad emocional, autoconfianza, tensión, estrategias de afrontamiento de escape o evitación y falta de apoyo social. Dichas variables favorecen la aparición de este síndrome (Aluja, 1997; Buendía & Ramos, 2001; Gil-Monte & Peiró, 1997, 1998; Narayanan, Menon & Spector, 1999; Parkes, 1984; Cebriá et al., 2001; Zellars, Perrewe & Hochwarter, 2000; Carauna, 1989; Escribá & Bernabé, 2002; Guerrero, 2001; Yela, 1996; Weber et al., 2005).

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre burnout han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol, jornadas laborales, salario y jubilación

En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O'Ferrall & Crespo, 1998), el bienestar (Escribá et al., 2000) y la satisfacción laboral es menor el estrés que los sujetos perciben en el trabajo (Cherniss, 1980; García et al., 2000; Graham, Ramirez, Cull & Finlay, 1996; Lozano & Montalbán, 1999; Zurriaga, Ramos & González-Romá, Espejo & Zornoza, 2000).

Por otro lado, la ambigüedad de rol (incertidumbre de las tareas o actividades del propio trabajador y los métodos con los que debe ser ejecutada) parece favorecer el desarrollo de burnout (Ironson G.H., 1992; ; Gil-Monte & Peiró, 1996, 1997, 1998; Lozano & Montalbán, 1999; Moreno & Peñacoba, 1996). Incluso, el apoyo social funciona como soporte de las consecuencias del estrés producido (Cohen &

Ashby, 1985; Eastburg, et al. 1994; Folkman & Lazarus, 1985; Iverson, Olekaslns & Erwin, 1998)

En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo, los profesionistas del área de la salud (enfermeras, médicos, etcétera) (González et al., 1998).

En cuanto a las jornadas laborales, Balseiro (2007) encontró mayor agotamiento y cansancio emocional en profesionales de enfermería que dedican entre 36 y 40 horas a la semana al ejercicio de su profesión. Sumado a lo anterior, también en servicios en donde el impacto emocional es alto como en las profesiones de oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-Monte & Peiró, 1997). Incluso se ha detectado mayores niveles de burnout en aquellas personas que trabajan en el turno nocturno, seguido por el vespertino y por último el matutino Balseiro (2007).

Por otra parte, el salario juega un papel importante en el desarrollo del burnout, pues si es bajo en general, y además se le suma la sobrecarga de trabajo y la demanda de atención por parte de los pacientes, es inminente la presencia del síndrome (Balseiro, 2005).

El resultado de todas las variables revisadas con anterioridad demuestra un claro efecto sobre la salud psicológica y física, es por esto que durante los años 1997 y 1999 se realizaron estudios donde se detectó que las causas de la jubilación temprana en docentes fueron los trastornos psicossomáticos y psiquiátricos (predominando cansancio emocional y depresión) (Weber, et al. 2005).

Además, un estudio donde se comparan cuatro profesiones: docentes, oficinistas, profesionales de la salud y obreros de los servicios públicos, en relación con los trastornos mentales, los autores revisaron 3447 exámenes médicos, entre los años 1992 y 2003 y concluyeron que el riesgo de que los maestros desarrollen trastornos psiquiátricos es 2 veces, 2.5 veces y 3 veces mayor que los oficinistas,

profesionales de la salud y obreros de los servicios públicos respectivamente (Lodolo et al. 2004).

Por último, este capítulo hace referencia a la diversa sintomatología asociada al síndrome de quemarse en el trabajo (burnout), la prevalencia y las diversas consecuencias que tiene este trastorno, por lo que creemos que es de vital importancia crear una propuesta que ayude no sólo a reducir los síntomas de los trabajadores, sino también a lograr mejorar una calidad de vida y armonía en el ámbito laboral y en su vida en general, pues como ya se mencionó, este trastorno se exacerba a otras partes de la vida del sujeto.

Capítulo 3. Terapia cognitivo-conductual

En este capítulo se mencionará la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento del burnout, pues es la terapia con mayor cantidad de datos que sustentan su eficacia, dan a conocer sus limitaciones, además de sus importantes ventajas. No obstante, se señalarán brevemente los tipos de tratamiento más empleados para brindar mayores beneficios.

3.1 Definición

En Psicología, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las tantas corrientes psicoterapéuticas para la intervención de algún tipo de trastorno presentado por cualquier persona. El procedimiento de intervención se basa en atender dolencias y afectaciones psicológicas y conductas que generan una desadaptación en el medio a través de la modificación de las cogniciones del afectado (Stallard, 2007; Phares & Trull, 2003; Zayfert & Black, 2008). Esta terapia, de acuerdo con la literatura, posee una metodología avalada por datos significativamente relevantes (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Kendall & Hollon (1979) conceptualizan a la TCC como un tipo de tratamiento que le interesa preservar la eficacia de las técnicas conductuales a través de las interpretaciones cognitivas que realiza el individuo. Sin olvidar los factores biológicos y sociales que explican la condición actual (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). En otras palabras, la TCC identifica la relación entre lo que pensamos (cogniciones), lo que sentimos (emociones) y lo que hacemos (conductas) (Stallard, 2007) y realiza una intervención actuando de manera práctica en la modificación de esta relación de acuerdo con el caso de cada paciente. (Kendall, 1990). Utiliza un instrumento de evaluación para ubicar exactamente en dónde surge esta relación disfuncional (Rivera, Fayne & Lucio, 1987).

En resumen, se incorporan intervenciones cognitivas, emocionales y conductuales que son disfuncionales y que han cambiado el comportamiento general del sujeto. De este modo, la TCC tiene como principio fundamental hacer una modificación de los pensamientos iniciales para reducir los niveles de estrés o ansiedad generados en el individuo (Lega, Caballo & Ellis, 1997; Phares & Trull, 2003). El uso de las técnicas cognitivo-conductuales ayudarán de manera significativa en el trastorno que se presente en la psique de la persona (Farré & Fullana, 2005; Balbuena, 2005). De esta forma se establecerán aprendizajes de nuevas conductas utilizando un algoritmo que permita establecer metas y actuaciones en problemas específicos (Zayfert & Black, 2008).

3.2 Terapia cognitivo conductual

La terapia conductual tiene sus inicios a finales del siglo XIX, en donde Ivan Pavlov fue una clave inicial en el desarrollo de las teorías del aprendizaje, gracias al resultado de sus investigaciones, que concluyen en la relación de un estímulo y una respuesta ante estímulos específicos. Es decir, el apareamiento de esta relación podrían ser condicionados en situaciones específicas (Stallard, 2007).

Por otra parte, el condicionamiento operante de Skinner también forma parte de los antecedentes para el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual. El condicionamiento operante destaca en la relevancia de la influencia del ambiente sobre la conducta, en otras palabras, la relación entre las situaciones y el refuerzo (consecuencias) y la conducta (recompensa) que pueden venir acompañadas de efectos negativos o positivos (Kazdin, 1994) a la conducta condicionada (en el día a día el sujeto se encuentra operando en el ambiente y a través de esto se obtienen aprendizajes significativos en función de sus consecuencias (Sánchez, 2008).

Por lo anterior, la terapia cognitivo-conductual utiliza la perspectiva conductual y la reestructuración de las cogniciones. A través de diversas técnicas de la TCC,

tienen como interés primordial la modificación de conductas a través de la modificación de los pensamientos y emociones, para lograr obtener un resultado adaptativo y mejorar las conductas asertivas (Bernstein & Kinlan, 1997; Compton, March, Brent & Albano, 2004). Esto se logra mediante un análisis funcional de la conducta, que contempla variables como: estímulo o situación, organismo, respuesta, contingencias y consecuencias; tomando en cuenta aspectos internos y externos del individuo (Balbuena, 2005).

Goldfried (1995) dice que la terapia cognitivo-conductual es un modelo psicoeducativo de corta duración y que tiene directrices dinámicas y estructuradas, pudiéndose aplicar a diversos trastornos en diferentes ámbitos en los que se desarrolle el individuo.

Por su parte, Aragón & Silva (2002) indican que la intervención psicológica es un proceso amplio que debe incluir una metodología y técnicas ajustadas al sujeto en particular y el trastorno asociado.

De acuerdo con la literatura, la TCC es una de las teorías que en su modelo utiliza técnicas que tienen como propósito resolver problemas que actualmente están afectando al paciente (Yapko, 2006). Además, reduce los síntomas asociados al trastorno; en primera instancia, identificando las cogniciones, después, modificando pensamientos negativos o creencias irracionales que de manera automática tiene el sujeto, y que a su vez, dichos pensamientos conllevan a una conducta desadaptativa (Beck, 1983).

Gavino (2002) menciona que si no se modifican los pensamientos o creencias irracionales, el individuo va consolidando incorrectamente las creencias y situaciones a lo largo de su vida y éste actúa de una forma deficiente en el medio, por lo tanto, se originará un trastorno.

El modelo cognitivo-conductual, tal como lo expresa Beck (2000) propone:

Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que fluye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Por su parte, Leahy (2003) afirma:

El modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad, la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincráticos de pensamiento y modificarlos a través de la aplicación de la evidencia y la lógica.

Por esta razón, Kendall, et al. (1992) aportan una descripción más detallada de la combinación entre el enfoque conductual y el cognitivo (Kendall & Norton-Ford, 1988; Clarck, Beck & Alford, 1999) para comprender la conducta de los individuos:

1. El sujeto responde a representaciones cognitivas y no al ambiente *per se*
2. El aspecto cognitivo influye en el aprendizaje humano
3. Existe una interrelación causal entre los pensamientos, sentimientos y conductas
4. Las actitudes del individuo, sus expectativas, atribuciones y otras actividades cognitivas son elementos significativos para crear intervenciones terapéuticas
5. Los procesos cognitivos se integran con paradigmas conductuales. Se puede combinar técnicas cognitivas con técnicas conductuales y

manejo de contingencia conductual para tratar a los pacientes con algún trastorno.

La TCC retoma diversas técnicas para poder hacer una intervención oportuna y obtener un aprendizaje significativo (Alford & Beck, 1997). Los terapeutas encargados de hacer estas intervenciones requieren, de acuerdo con el caso, aplicar diferentes técnicas cognitivo-conductuales para atender diversos trastornos, es por esto que este tipo de intervenciones son flexibles, pues permiten adecuarlo a la afectación que presenta el individuo. Sin embargo, para que el tratamiento sea efectivo, deben considerarse los siguientes aspectos (Albano & Kendall, 2002; Compton, et al., 2004; March, 2002):

- a) Apegarse al modelo cognitivo conductual para utilizar estudios previos para determinar la eficacia y utilizar la respectiva metodología
- b) Utilizar un análisis de la conducta que requiere modificarse, sin dejar atrás los factores ambientales, cognitivos, emocionales y conductuales que generaron o exacerbaron el problema.
- c) Es importante el uso de la psicoeducación para explicar a los pacientes la problemática que padece, así como la perspectiva de actuación en el tratamiento
- d) Usar intervenciones específicas para el trastorno del paciente que ayuden a reducir la sintomatología
- e) Crear un plan de recaídas para contribuir al mantenimiento de la intervención

Galvino (2000) indica que no se debe olvidar que para una adecuada intervención es necesario contar con un instrumento de evaluación para una atención completamente benéfica para el paciente.

Por último, los profesionales en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales deben estar siempre a la vanguardia, es decir, deben conocer, y a

su vez, generar investigación sobre la metodología y adecuación de las técnicas aplicadas, así como ofrecer atención especializada para poder mantener el mejoramiento de los síntomas en la persona que sufra algún tipo de trastorno que limite su adecuada actuación en el mundo actual (Meichenbaum, 1988).

3.3 Técnicas cognitivo conductuales

La terapia cognitivo-conductual utiliza diversas técnicas y procedimientos de acuerdo con su metodología de actuación en trastornos psicológicos que pueden afectar la calidad de vida del individuo. Dichas técnicas están dirigidas a mejorar la adaptación en el medio que se desenvuelve cada persona (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

De este modo, a través de la TCC, el psicólogo clínico, con el objetivo de ayudar a reducir los síntomas y atender los trastornos específicos, utiliza diversas técnicas que se desarrollarán más adelante, como: la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, relajación, exposición, desensibilización sistemática y solución de problemas (Compas & Gotlib, 2003).

3.3.1 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva utiliza una gama de estrategias cognitivas específicas que ayudan a su vez a una persona a hacer conscientes sus pensamientos desadaptativos y posteriormente se le enseña a modificarlos. Sobre todo se busca romper esa relación automática de los pensamientos negativos asociados a una situación (Martin & Pear, 2008).

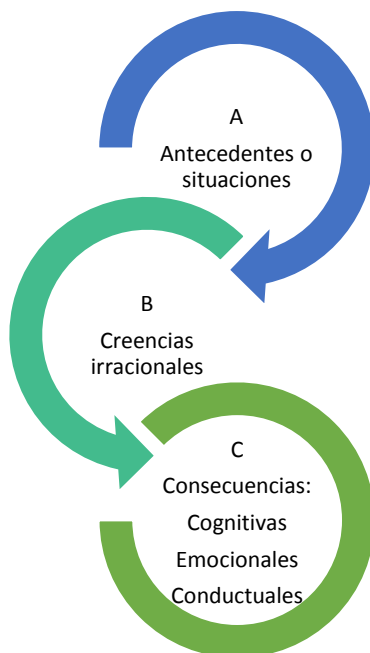
Asimismo, Morrey (2007) señala que cada individuo reacciona a cada situación de acuerdo con la interpretación del evento acontecido, a través de la asociación de

creencias y actitudes vinculadas, debido a ello, surgirá una conducta y se retroalimentará de acuerdo con los resultados obtenidos.

Partiendo de lo anterior, esta técnica se basa en que los pensamientos están relacionados con las conductas disfuncionales (Goldfried & Powers, 1993). Por lo tanto, esta técnica ayuda a reestructurar los pensamientos distorsionados del individuo, así como la percepción del mundo en conjunto a las emociones y conductas relacionadas en cada situación en la que se desenvuelva.

Es importante destacar que la identificación de los pensamientos, emociones y conductas es de vital importancia para que el especialista pueda ayudar al paciente a modificarlos y, de esta manera, tenga un comportamiento funcional (Buela-Casal, Sierra & Vera-Villarreal, 2001).

El encadenamiento de las creencias irracionales se explica desde el modelo ABC de Ellis, Lega & Caballo (1997):



De acuerdo con el modelo ABC (Ellis, Lega & Caballo, 1997), es necesario enseñar a los individuos a encontrar elementos que contrarresten las ideas irracionales que surgen ante alguna situación en específico. Con formas adaptativas en que el sujeto haya actuado de manera adecuada. Los autorregistros son un elemento indispensable para poder llevar a cabo el programa de reestructuración; dicho autorregistro debe contener, la situación, pensamiento, emociones y la conducta resultante. El primer paso es explicar al paciente que los pensamientos irracionales están íntimamente relacionados con la emoción que generan y asimismo la conducta. Y de este modo surge un círculo que retroalimenta constantemente a este sistema. Después se le ayudará al individuo a identificar las creencias irracionales y cómo están relacionados con el trastorno padecido. Por último, una vez aprendido a identificar y modificar los pensamientos negativos que surgen de manera automática, el sujeto tendrá a lo largo del tiempo herramientas necesarias para actuar por sí mismo.

Siguiendo los pasos descritos, se recomienda utilizar otro tipo de técnicas que ayuden a consolidar dicho aprendizaje (modelamiento, imaginación guiada o exposición) para ubicar al paciente en la situación que le genera ansiedad o estrés e identifique las cogniciones erróneas, con la finalidad de que contrarreste o modifique los pensamientos (Goldfried & Powers, 1993; Martin & Pear, 2008).

Los individuos en los que se ha detectado que ante situaciones estresantes actúan de manera desadaptativa y presentan síntomas ansiógenos se les debe cuestionar cuáles son los pensamientos que inician durante el estímulo estresor. Si el individuo es capaz de identificarlos, entonces, la reestructuración cognitiva será efectiva para poder afrontar el evento (Veltig, Setzer & Albano, 2004).

Por su parte, Beck (1976) indica que la reestructuración se basa en tres componentes:

1. Identificar pensamientos disfuncionales que generen emociones negativas.
2. Una vez identificados, debe utilizar otras actuaciones adaptativas que contrarresten las cogniciones negativas automáticas, para evitar creencias negativas futuras y así afrontar de manera funcional situaciones estresantes.
3. Asignar tareas en casa basadas en autorregistros, así como brindar técnicas conductuales, como el reforzamiento.

También, Luterek, Eng & Heimberg, (2003) indican que el terapeuta deberá:

1. Guiar al paciente a reconocer e identificar los pensamientos negativos que surgen de él mismo: al ser automáticos muchas veces el individuo no los percibe.
2. Proporcionar un formato de autorregistro para evaluar la situación, los pensamientos, emociones, conductas, etcétera. Estos registros son de vital importancia para conocer la forma en la que el individuo actúa o afronta los problemas que se le presentan.
3. Denotar las repercusiones de los pensamientos en las emociones y conductas.
4. Ejemplificar cómo las cogniciones se pueden hipotetizar y someterse a prueba en distintos escenarios y que no sólo hay una forma de actuar para resolver un problema.
5. Cuestionar los pensamientos disfuncionales y ayudarlo a contrarrestarlos utilizando ejemplos en los que actuó de manera adaptativa y racional.
6. Ayudar a usar algunos pensamientos alternos, en vez de las creencias negativas, esto ayudará a los pacientes a tener herramientas para poder modificar ideas negativas sobre situaciones que le sean atemorizantes o le produzcan algún tipo de malestar psicofisiológico.

3.3.2 Solución de problemas

Un problema se puede definir como un evento o situación que se le presenta a un individuo y le resulta amenazante y que, a su vez, le genera estrés o ansiedad. La forma de solucionar un problema implica una respuesta de afrontamiento ante la situación. Atender un problema de manera asertiva tendrá un beneficio para la persona y se exacerbará a otros problemas que se le presenten en el futuro.

Bravo & Valadez (2011) sostienen que una conducta desadaptativa generará una incapacidad para desenvolverse de manera adecuada en el ambiente.

La desadaptación causada por la incapacidad de resolver problemas tendrá como consecuencia una limitación para poder resolver problemas (Bravo & Valadez, 2011), también generará efectos negativos en la salud del paciente (Caballo, 2008; Nezu, Nezu & Perri, 1989) y tendrá una afectación en las competencias sociales (Grant, 2010). Generando una percepción de incapacidad de resolver problemas, sentir frustración y molestia al enfrentar situaciones conflictivas (Moorey, 2007).

De manera general, los problemas comienzan a surgir entre la incapacidad de atender problemas que se generan en el medio, es decir, que no puede operar de una manera asertiva en la relación ambiente-persona (D'Zurilla, 1986).

La solución de problemas pretende incrementar habilidades para afrontar experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones (Kendall, et al., 1992). Asimismo, comprender el porqué de la incapacidad de resolver problemas, brindar herramientas de afrontamiento y generar un plan de acción para tomar decisiones efectivas (Davidson, 2007).

D'Zurilla y Goldfried (1971) propusieron una serie de pasos para actuar de manera adaptativa en la resolución de problemas:

1. **Orientación general:** cuando un sujeto se encuentra ante una situación adversa, el paciente tiende a tener reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. Dichas reacciones, además, incluyen creencias generalmente negativas que hacen ver que la evaluación y resolución del problema son prácticamente imposibles de atender. De este modo, el papel del terapeuta es hacerle entender que los problemas se presentan en cualquier persona y situación, es decir, que son normales a través de la dedicación y el esfuerzo dado. Además, se debe tomar un tiempo para analizar el problema y buscar vertientes para poderlo resolver y no actuar de manera impulsiva o irracional. Esto puede lograrse a través de autorregistros en los cuales indique las situaciones que le provocan ansiedad junto con los pensamientos, emociones y conductas que se suscitaron en tal situación.
2. **Definición del problema:** utilizando como base los autorregistros elaborados en situaciones que al sujeto le resulten incómodas se comenzará a fijar metas y objetivos
3. **Generación de alternativas:** se debe utilizar una lluvia de ideas para generar distintas posibles soluciones ante el problema; entre más posibles ideas de solución, mayor probabilidad de encontrar una alternativa viable. Se deben evitar los prejuicios sobre la eficacia de cada una de las ideas, pues la evaluación de cada una se podrá obtener una vez aplicada.
4. **Toma de decisiones:** de todas las ideas surgidas comenzarán a descartar aquellas que resulten poco viables en el funcionamiento; posteriormente, se elegirán las que tienen mayor probabilidad de éxito; hay que tomar en cuenta los objetivos a corto y largo plazo de acuerdo con la alternativa de solución y las consecuencias que podría tener la solución del problema. Una vez tomado en cuenta lo anterior, se procede a utilizar el plan de acción más efectivo.
5. **Verificación:** posterior a la ejecución del plan de actuación, es necesario verificar que se haya solucionado el problema y observar los efectos

positivos o negativos obtenidos, se recomienda registrar también el resultado. En cambio, si el problema no fue resuelto, debe considerarse en retomar el paso 4 y tomar la otra posible solución.

En conclusión, la técnica de solución de problemas busca reducir el grado de sintomatología asociada (principalmente estrés o ansiedad) al problema que se suscite. Además de otorgar herramientas suficientes para poder afrontar problemas actuales o futuros (Caballo, 2008; Chinchilla, 2008).

3.3.3 Relajación y respiración diafragmática

De acuerdo con la literatura, las primeras publicaciones sobre la relajación datan de 1938, fueron realizadas por Jacobson; esta relajación está basada en mecanismos de entrenamiento de patrones respiratorios, principalmente abdominales: busca incrementar el control parasimpático en el funcionamiento cardiovascular.

Con las técnicas de relajación se busca disminuir la activación fisiológica en situaciones estresantes (Ceballos, 2010), ya que los pacientes no tienen herramientas adecuadas que le permitan relajarse (Sarafino, 2006). De esta manera, para poder actuar, se debe indicar al individuo identificar las señales y orígenes fisiológicos (Öst, 1987) en su cuerpo, tomando en cuenta la situación que lo causa; después se enseña a paso a paso cómo aplicar la técnica de relajación progresiva (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Buela-Casal, et al., (2001) indican que las técnicas de relajación y respiración diafragmática son técnicas de mayor uso, ya que la forma de aplicarse es sencilla y cualquier persona puede aprenderlas, además se pueden emplear según el problema que genere síntomas ansiógenos.

Sarafino (2006) propone una técnica que inicialmente se basa en que el individuo aprenda a reconocer cuándo se encuentra tenso y, a su vez, identifique el grado

de tensión. Una vez identificado lo anterior, es un buen momento para comenzar con dicha técnica que se basa en contraer y relajar progresivamente la mayor cantidad posible de músculos del cuerpo, es decir: rostro, cuello y hombros, extremidades superiores, abdomen y extremidades inferiores. Cada grupo muscular será contraído por intervalos de 7 a 10 segundos y posteriormente se relajan otros 15 segundos, así la sesión dura aproximadamente 20 minutos.

Como se mencionó, Jacobson, (1983; en Buela-Casal, et al., 2001) indica los procedimientos a seguir en la técnica de relajación:

Inicio:

- Exponer al individuo los diversos estados de ansiedad que se manifiestan en el cuerpo. Principalmente los músculos son los que se contraen en estados de actividad fisiológica, pues el cuerpo los reconoce como estados de alerta, si el individuo obtiene una relajación muscular bajarán de manera automática los niveles de ansiedad.
- Indagar sobre el estado físico del paciente, es decir, si tiene algún dolor muscular en específico.
- Ubicar al individuo en un lugar y posición que le resulte cómoda: es preferible una silla o sillón en el que sentado se encuentre en una postura de 90°. Quitar objetos personales como relojes, pulseras, etcétera.
- Decir que conforme vaya pasando la práctica del entrenamiento de relajación, obtendrá mejores resultados a los obtenidos desde la primera sesión.
- Ayudar al paciente a controlar los movimientos de contracción de acuerdo con las instrucciones en caso de que el paciente no logre hacerlos de manera adecuada.
- Sugerir que la relajación se haga con los ojos cerrados para mejorar la concentración y la relajación (esto no significa que tenga que hacerlo en la primera sesión).
- Cuestionar sobre la claridad en las instrucciones.

Durante

- Iniciar el entrenamiento solicitado que el paciente tense un músculo en específico. Solicitar lo mantenga contraído por unos segundos y posteriormente lo vaya relajando lentamente. Esto es con la finalidad de que reconozca poco a poco el procedimiento e identifique las sensaciones y el control muscular.
- Repetir las instrucciones en cada grupo muscular céfalo caudal: (a) puño y antebrazo (apretar la mano), (b) brazo completo (llevar la mano hacia el hombro y estirar el brazo completamente tenso), (c) frente (levantar las cejas), (d) ojos (cerrar los ojos de forma intensa), (e) lengua (llevar la lengua contra el paladar), (f) mandíbula (apretar la mandíbula), (g) labios (apretar los labios), (h) cuello (llevar la cabeza hacia atrás y hacia adelante), (i) hombros (subir los hombros, llevarlos hacia delante y hacia atrás), (j) pecho (contraer el pecho llenándolo de aire al mismo tiempo), (k) espalda (intentar juntar los hombros hacia atrás), (l) estómago (tensar los músculos del estómago), (m) muslos y glúteos (contraer la pierna y el glúteo) y (n) pie (doblar sólo el pie hacia arriba y hacia abajo).

Se debe tomar lo siguiente en consideración para evitar distracciones y mejorar la relajación: lugar aislado de ruido, temperatura regular (20°C), luz tenue, paciente sentado en un ángulo de 90° (Oblitas, 2010). Además el terapeuta debe hablar con voz tenue, pausada, progresiva y clara (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Por otra parte, la respiración diafragmática forma parte muy importante del proceso de relajación, además se puede utilizar en cualquier lugar y es la que mejores resultados obtiene al instante de presentarse una respuesta de ansiedad ante un evento desencadenante (Veltig, Setzer & Albano, 2004). Su aplicación se deriva de la técnica de relajación de Jacobson; prácticamente se realiza

enseñando a respirar de manera correcta, llenando el vientre con aire y expulsándolo lentamente (Buela-Casal, et al., 2001; Caballo, 1995; Méndez, et al., 2001):

Inicio:

- Explicar la relación entre la ansiedad y las respuestas físicas y fisiológicas en el organismo
- Hacer énfasis que la mayoría de las personas respiran de una forma inadecuada. Tomando en cuenta que en un momento de tensión la respiración se hace más rápida e incorrecta, por lo que resulta difícil, y mencionar que si no se controla puede generar una hiperventilación.
- Denotar que la técnica tiene como función aprender a respirar correctamente, es decir, que el aire se dirija hacia su vientre y no hacia el pecho.
- Advertir que al inicio, por no estar acostumbrado, puede sentir mareo y que es una sensación normal

Procedimiento:

- El paciente y el terapeuta deben sentarse frente a frente, con la finalidad de que el segundo pueda fungir como modelo.
- Pedir al individuo que ponga sus manos sobre su vientre para que conozca el movimiento que se genera en la inhalación y exhalación.
- El terapeuta debe iniciar el ejercicio un par de veces para que el paciente imite el ejercicio al mismo tiempo sin prisa o presión.
- De acuerdo con el resultado del paciente, se le puede sugerir cerrar los ojos y repetir la respiración aproximadamente 15 veces (durante 5 minutos).

Cierre:

- Preguntar al paciente cómo se siente utilizando una escala del 1 al 10, donde el nivel máximo hace referencia a la tensión o ansiedad;

en caso de que el nivel sea alto, debe preguntarse qué fue lo que le faltó.

- Sugerir la práctica en casa.
- Explicar que este tipo de respiración tiene mayor efectividad por las mañanas o posterior a una situación estresante.
- Utilizar música relajante de acuerdo con la respuesta del paciente en futuras sesiones.

En un inicio puede resultar difícil para el paciente aprender estas técnicas y utilizarlas adecuadamente, pero a lo largo del tiempo se logran con menos tiempo (Goldbeck & Schmid, 2003), y se pueden adaptar ante situaciones estresantes (Buela-Casal, et al., 2001). Las prácticas continuas y el aprendizaje obtenido habituarán al paciente a esta técnica y la respuesta será más efectiva (Öst, 1987).

3.3.4 Exposición y desensibilización sistemática

Los principios básicos de la exposición se derivan de conceptos conductuales como: la extinción, habituación y contra-condicionamiento con base en ensayos graduales (Ollendick, Davis & Muris, 2004).

En la técnica de exposición se divide en: *flooding* [inundación], implosión y prevención de respuesta. El primero hace referencia a exponer directamente al sujeto ante la situación que le provoca ansiedad; el segundo, lleva al paciente a construir de manera imaginaria situaciones con un nivel alto de ansiedad para el paciente (las situaciones son indicadas por el terapeuta y el paciente las imagina) y se mantienen ahí hasta que el paciente se habitúe, y posteriormente se extinga la respuesta (Bouchard, et al., 2004). Por último, la prevención de respuesta se enfoca principalmente en el trastorno obsesivo compulsivo enfocado en poner al paciente a conocer sus “rituales compulsivos” y así poder dar una rehabilitación.

En la desensibilización sistemática, el terapeuta, en conjunto con el paciente, buscará dentro de las situaciones que le generan ansiedad al paciente, jerarquizar el nivel de ansiedad en cada una, y así progresar de las situaciones de mayor ansiedad y difíciles de afrontar, hasta las más sencillas (Caballo, 1995; Kendall, et al., 2005).

De acuerdo con Buela-Casal, et al. (2001), existe una metodología para el uso de la desensibilización sistemática:

Primer paso:

- Explicar en qué consiste la técnica, con la finalidad de tener en claro los conceptos y los resultados a los que se pretende llegar. Toda situación en la que se guíe será controlada de acuerdo con la respuesta del paciente.
- Iniciar un proceso de relajación

Segundo paso:

- Jerarquizar de menor a mayor las situaciones que le generan ansiedad (elaborar un listado de 15 a 20 situaciones).
- Solicitar al paciente que describa detalladamente cada situación.

Tercer paso:

- Desensibilizar al paciente, una vez que haya aprendido a relajarse, lo siguiente es guiar al paciente a una escena neutra, es decir, que no le genere ningún síntoma ansiógeno.
- Continuar con la primera situación que describió el paciente, si llegan a ser muy fuertes los síntomas de ansiedad, entonces se le pide que regrese a la escena neutra, de lo contrario, podría continuar con el siguiente elemento del listado.

- Seguir con los elementos del listado hasta que se extingan los síntomas de ansiedad.

Cuarto paso:

- Cerrar la sesión. Independientemente de que el caso sea exitoso o no, será importante explicar que siempre pueden presentarse problemas en el inicio de cada tratamiento, lo que no significa que no podrá superar los problemas o resolverlos de una manera activa.

De acuerdo con (Compton, et al., 2004), no es necesario iniciar la exposición imaginaria con una jerarquización de situaciones, sin embargo, lo recomienda en problemas de ansiedad para llegar al punto en el que se pueda llegar a una situación de máxima ansiedad.

Por otra parte, Treadwell & Kendall (1996) indican que para generar una respuesta pronta en la extinción de la ansiedad es recomendable utilizar diversos escenarios o utilizar otros actores con ayuda de otras personas.

Los cambios cognitivos generados por el uso de la exposición se notan en las habilidades de afrontamiento, la percepción que tiene en su manera de actuar ante situaciones estresantes y la mejora de síntomas ansiógenos en otras situaciones, es decir, se exagera a otros eventos similares en la vida del sujeto (Kendall, et al., 1997).

3.3.5 Modelamiento

De acuerdo con la literatura, los estudios demuestran que es el aprendizaje por observación o modelado (*aprendizaje vicario*), los organismos, aprenden del mundo que los rodeó realizando asociaciones e imitaciones (Compas & Gotlib, 2003).

El modelamiento es una técnica que facilita la extensión de las respuestas de ansiedad. Cuando los sujetos observan a un modelo enfrentarse a un estímulo que genera ansiedad y observa que no hay consecuencias adversas, el individuo tenderá a imitarlas por medio de este modelo (Buela- Casal, et al., 2001; Ollendick & King, 1998).

Estudios han revelado que la técnica es efectiva cuando los modelos son parecidos al paciente, e incluso presentan el mismo trastorno de ansiedad (Caballo, 1995; Ollendick & King, 1998; Ollendick & Cerny, 1981).

Para su aplicación Buela-Casal, et al. (2001) proponen:

1. Explicar la técnica de modelado.
2. Hacer énfasis en la importancia de que se ejecuten las tareas sin importar los efectos “negativos” que pudieran desarrollarse en la sesión, pues de cierta modo son aprendizajes y estarán guiados por el terapeuta.
3. Ubicar las conductas a realizar dependiendo de la situación o especificación de cada individuo.
4. Indicar al sujeto que debe observar todas las conductas del modelo (terapeuta).
5. Ejecutar cada conducta de manera detallada y pausada dando instrucciones.
6. Promover que el paciente realice la conducta objetivo.
7. Repetir el procedimiento hasta que el paciente aprenda a realizar las conductas necesarias para afrontar la situación.
8. Continuar con las conductas necesarias para poder atender toda la situación que genera ansiedad.

Como se ha visto que las técnicas cognitivo-conductuales tienen como ventaja en común la flexibilidad para atender varios trastornos que se presentan en los individuos, esta técnica no es la excepción (Méndez, et al., 2001). Entonces, el

empleo de la técnica de modelado en conjunto de la técnica de exposición favorecerá el afrontamiento ante la situación-problema que genera estrés en el paciente (Buela-Casal, et al., 2001).

3.3.6 Psicoeducación

La psicoeducación es un elemento importante dentro de las técnicas cognitivo-conductuales. Su función es proporcionar información detallada del trastorno que el paciente presenta; dicha información contiene: definición, síntomas, pronósticos, metodología y beneficios (Vallejo, 1998; Vallina & Lemos, 2003; Kuipers, Leffly Lam, 2004; Veltig, et al., 2004).

Otra razón importante de aplicar esta estrategia en los tratamientos es que las personas que padecen algún trastorno, ya sea de ansiedad u otra índole, piensan que son los únicos que lo padecen y se sienten “anormales”, sin embargo, al explicar y dar información completa del trastorno, conocerá que es un padecimiento normal y que hay una forma de solucionarlo, incluso podrán conocer a otras personas que presentan síntomas similares al suyo (Turner, Beidel & Flood, 2003).

La psicoeducación debe estar presente en todo momento de la intervención, pues funge como un papel importante en el mantenimiento del trastorno. La información proporcionada ayudará también a reducir los niveles de ansiedad de los afectados al entender la problemática y denotar que hay una solución (Veltig, et al., 2004).

Para finalizar, la psicoeducación brindará información detallada de los componentes cognitivos, emocionales y conductuales que se experimentan en cualquier trastorno que afecte a la persona. Servirá de alivio al denotar que existe forma de reducir los malestares ocasionados en situaciones específicas. No obstante, es importante recalcar que la psicoeducación por sí sola no podrá

obtener un beneficio completo si no es acompañado de otras técnicas mencionadas en este trabajo.

3.3.7 Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales se basan en un repertorio de conductas verbales y no verbales que surgen tanto en la infancia como a través del aprendizaje obtenido del medio ambiente (Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1987). Y con influencia cultural a lo largo de la vida del sujeto (Azuza & Contreras, 1994).

Por otra parte, la función de las habilidades sociales es expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos, respetando las mismas condiciones de las otras personas (Caballo, 2008; Grijalvo & Pellejero, 2008).

La finalidad principal es mejorar las habilidades de expresión verbal y no verbal, la modulación de la voz, expresar desacuerdos, hablar con otras personas, recibir cumplidos, entre otras (Grijalvo & Pellejero, 2008).

Por su parte (Turner, Beidel & Flood, 2003) dicen que se incluyen otras habilidades como:

- Interpretación correcta de la información proveniente de las otras personas
- Contacto interpersonal
- Hablar en público
- Asertividad
- Postura corporal
- Contacto visual

Se ha encontrado una estrecha relación entre la ansiedad y el déficit de habilidades sociales, pues debido a la falta de herramientas para actuar de

manera asertiva generan síntomas que incrementan las manifestaciones físicas y fisiológicas. (Antona, 2009).

Para manejar esta técnica se deben realizar actividades en el cual el terapeuta utilice la técnica de modelado, para que el paciente observe el lenguaje, las conductas y así pueda imitarlas y entonces pueda desarrollar herramientas asertivas en el comportamiento en situaciones específicas. La repetición de esta actividad tendrá beneficios de manera pronta (Olivares, et al., 2004).

Sumado a lo anterior, Caballo (2008) expone que se debe considerar:

- **Desarrollo de creencias.** Consiste en poder expresar sin prejuicios sus opiniones o deseos, sin embargo, no se debe olvidar que también debe respetar los de las personas en su entorno.
- **Distinción de conductas, asertivas, no asertivas y agresivas.** El individuo debe discernir entre la conducta asertiva (resuelve problemas sin conflicto), no asertiva (se actúa de manera pasiva) y, por último, agresiva (son desadaptativas pues se acepta sin considerar el derecho de réplica de los otros).
- **Reestructuración cognitiva en situaciones específicas.** Se enseña a determinar cómo su propio pensamiento afecta directamente sus emociones y conducta, por ende no se puede desenvolverse asertivamente ante un conflicto. Entonces, se enseña a mediar con esos pensamientos negativos.
- **Ensayo conductual de respuestas asertivas.** El terapeuta modelará y mostrará las mejores maneras de responder ante una situación descrita en el autorregistro de situaciones indicado por el paciente. Además, enseñará conductas asertivas como modulación de voz, postura, gestos, etcétera. También no se debe olvidar el uso de la relajación y prácticas en casa.

En resumen, esta técnica proporcionará herramientas asertivas al paciente, basadas en pensamientos y conductas que resulten efectivas para atacar problemas que requieran una interacción social.

3.3.8 Prevención de recaídas

Al finalizar el tratamiento, se debe indicar que habrá un programa de prevención de recaídas que debe ser tomado como un aprendizaje de las habilidades obtenidas hasta el momento, y que en ningún punto debe ser considerado como un fallo total.

En este sentido, es importante tomar en cuenta todos los materiales utilizados, es decir, los autorregistros, las técnicas aprendidas y los resultados, con el fin de evaluar y reconsiderar los fallos y posibles nuevas formas de actuación ante nuevos eventos estresores (Veltig, et al., 2004).

Por tal motivo Marlatt & Gordon (1985) hace énfasis en:

1. Identificar situaciones que representen un riesgo de recaer, y preparar al paciente a retomar nuevas formas de solucionar un problema con las distintas técnicas adquiridas.
2. La finalidad del tratamiento es disminuir los síntomas y actuar de manera asertiva ante nuevas situaciones, lo que significa que con la práctica y evaluación de resultados, se minimizarán las consecuencias adversas.
3. Enseñar al paciente que debe considerar que es posible que existan una o más recaídas, pero que esta situación debe ser considerada como un nuevo aprendizaje, en lugar de tomarla como un fallo irreparable.

El propósito del capítulo fue proporcionar una descripción específica de cada técnica cognitivo-conductual que ha demostrado efectividad confiable y eficaz en

los episodios de estrés o ansiedad (Woody, Weisz, & McLean, 2005). Tomando en cuenta la flexibilidad y facilidad para poder ser aplicado en un tratamiento breve. Los resultados obtenidos de acuerdo con la literatura son favorables.

Por último, es importante generar un plan de recaídas para que el mantenimiento de los resultados obtenidos en tratamiento producto de cualquier tipo de atención psicológica.

Capítulo 4. Propuesta de intervención con técnicas cognitivo-conductuales en el síndrome de burnout

4.1 Justificación

Se puede decir que el burnout o SQT es una patología relativamente moderna derivada del estrés laboral. Se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, lo que constituye un conjunto de signos y síntomas tales como para considerarla una enfermedad, sin olvidar que se debe a una exposición laboral gradual y continuada de por lo menos seis meses a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador (Capilla 2000, en Aranda, Pando & Pérez, 2004).

Hoy en día, las condiciones en las que trabajan los profesionales en distintas organizaciones de México hacen reflexionar acerca de la necesidad de considerar la importancia del contexto en el desarrollo del burnout, ya que en la actualidad es evidente q los profesionales trabajan atendiendo las demandas de las población sin contar con la infraestructura ni los recursos necesarios para desarrollar sus tareas; además, el bajo salario y alta demanda, el establecimiento de relaciones personales, el aumento de desempleo y problemas sociales son parte de los problemas actuales de nuestro país que favorecen el desarrollo del síndrome de burnout.

En México, después de haberse hecho una amplia revisión bibliográfica, se encontró muy poca información sobre el burnout. Los resultados más relevantes arrojaron que los estudios de desgaste ocupacional en nuestro país se asocian a algunas variables demográficas tales como sexo, no tener pareja, tener una escolaridad baja, tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja, etcétera (Uribe, 2007). Vane además menciona que las profesiones más afectadas en nuestro país son médicos, dentistas, psicólogos, enfermeras, policías, profesores, estudiantes y todas aquellas profesiones que tienen que ver con el servicio a otras personas (Rivera, 2008 citado por Vega, 2010).

Desafortunadamente, no existen estadísticas confiables sobre esta patología, pero se calcula que una tercera parte de las bajas laborales entre los profesionales de la salud y los docentes se deben a ella. Aranda, Pando & Pérez (2004) refieren que el síndrome de quemarse por el trabajo oscila entre un 5% y 15% como mínimo.

De este modo, en diversos hospitales del IMSS se realizó una encuesta para conocer qué tan alta es la incidencia del Desgaste Ocupacional y del síndrome de burnout. La aplicación se realizó a médicos, enfermeros, administrativos y a estudiantes de especialidades, y el resultado fue que entre el 50% y 70% de ellos tenía todas las características del desgaste profesional (Rivera, 2008 citado por Vega, 2010).

Por consiguiente, en la zona metropolitana de Guadalajara se realizó un estudio (Aranda, 2004) con la finalidad de detectar este problema de salud pública en médicos. Según los resultados, se encontró una prevalencia del síndrome en el 42.3% de los médicos, del cual un 32% lo padece en la dimensión de agotamiento emocional, el 15.3% en la baja realización en el trabajo y sólo el 7.3% en la de despersonalización (Aranda, Pando & Pérez, 2004).

Un estudio realizado en personal de enfermería del Hospital General de Pachuca indicó que el personal femenino que presenta el síndrome de quemarse en el trabajo oscila entre los 30 y 59 años; la mayoría de las participantes del estudio afirmaron estar casadas (Rosas, 2005). Respecto al turno de esta profesión la única variable que presentó diferencia estadísticamente significativa fue el turno tanto matutino como nocturno respecto al vespertino, con una proporción casi cuatro veces mayor en ambos casos.

Los resultados que arrojó un estudio en 197 médicos de familia de la ciudad de México indicaron que el 31.2% de la población se encontraba agotada emocionalmente, el 8.6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que el 14.3% estaba desmotivado para realizar su trabajo, y como factor de riesgo

se encontró el estado civil (ser soltero) y la escolaridad (superior a la requerida por el puesto). Por otra parte, dentro de los síntomas o signos del síndrome con mayor prevalencia fueron las músculo-esqueléticas (20%), seguidas por las respiratorias (19,2%), las gastrointestinales (18,3%) y las psicológicas (15,2%) (Aranda, Pando, Torres, Salazar & Franco, 2005).

De acuerdo con un estudio realizado en Guadalajara, 8 de cada 10 docentes de nivel secundaria presentan síndrome de burnout. Respecto al género, indica que los hombres tienen mayor riesgo de agotarse emocionalmente debido al contenido y características de la profesión (Aranda, Pando, Torres, Salazar & Franco, 2005).

En el área de la psicología, los resultados denotan que los psicólogos que trabajan en el área laboral exhiben niveles significativamente más altos en despersonalización que aquellos que trabajan en el área clínica. Del mismo modo, los psicólogos clínicos presentan menores niveles de despersonalización que los del área educativa. Estos resultados concuerdan con los de Farber (1985), quien encontró que los psicólogos clínicos estadounidenses experimentaban menores niveles de burnout que otros grupos profesionales (Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera, & Morales, 2006).

Por último, en la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización. Incluso se puede afirmar que el burnout se conforma como un problema social, el cual es necesario atender de forma inmediata para evitar su incremento y que la salud física y psicológica no se vean más afectadas.

Por esta razón, el presente trabajo propone una herramienta que ayude a los trabajadores de cualquier área a mejorar la calidad de vida, reduciendo los malestares asociados al síndrome de burnout. Este taller está basado bajo el enfoque cognitivo-conductual y utiliza, por tanto, técnicas como la reestructuración

cognitiva, solución de problemas, relajación y respiración diafragmática, todos ellos con la respectiva psicoeducación.

4.2 Metodología

4.2.1 Procedimiento

Para poder brindar el servicio en una institución será necesario brindar la información completa del taller **El burnout: una amenaza silenciosa**, acompañada con los objetivos generales y específicos, tríptico (anexo H) y cartas descriptivas. Todo lo descrito tiene que acordarse con la institución pública o privada que esté interesada en atender las problemáticas relacionadas con el estrés laboral o el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout).

Como es un tipo de intervención, se debe entregar una carta en la que se expliquen los compromisos y responsabilidades que debe tener el instructor, así como los requisitos para desarrollar el taller.

Se requiere además se incorpore la aplicación de la Escala Mexicana de Desgaste Emocional (EMEDO) o el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), ubicados en los anexos A y D del presente trabajo, sin embargo, debe considerarse que no está estandarizado en población mexicana. Ambos instrumentos ofrecen buenos parámetros de validez y confiabilidad.

4.2.2 Objetivo general

El objetivo general es proponer un plan de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales que proporcionen herramientas básicas de afrontamiento a trabajadores de diversas áreas laborales, con la finalidad de que los ayude a solucionar de manera eficaz los problemas que se les presenten y puedan adquirir las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera

asertiva, disminuir los niveles de estrés y ansiedad asociados al síndrome y que puedan identificar, analizar y modificar los pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conductual, y puedan así mejorar su calidad de vida.

4.2.3 Objetivos específicos

- Proporcionar estrategias y apoyo psicoeducativo que ayude a los participantes a comprender el trastorno de burnout, así como las diferentes técnicas de intervención
- Conocer los principales problemas de los trabajadores que acuden a tomar el taller para así adecuarlo a las necesidades de cada participante
- Intervenir mediante técnicas cognitivo-conductuales para reducir la sintomatología asociada al trastorno
- Brindar herramientas para afrontar problemas y cómo resolverlos
- Asistir a personas que padecen estrés laboral o burnout

4.2.4 Instructor

Para impartir este taller se sugiere que el facilitador esté graduado de la Licenciatura en Psicología; en caso de que no tenga el grado, se requiere de algún asesor que lo tenga, esto con la finalidad de brindar un respaldo académico, ya que todo tratamiento psicológico debe regirse por estándares de actualidad, calidad técnica, responsabilidad y ética.

Se requiere experiencia en el área clínica o de la salud, tener conocimientos en temas relacionados con el estrés, ansiedad, estrés laboral y burnout, además de tener experiencia impartiendo clases o capacitando. Asimismo, debe poseer competencias como puntualidad, tolerancia al estrés, manejo de grupo, ser dinámico, responsable, comprometido con la labor, ético, amable y con facilidad de palabra.

4.2.5 Participantes

Los participantes serán elegidos de acuerdo con el instrumento elegido. El grupo debe estar conformado de 15 a 20 personas.

4.2.6 Escenario

Se sugiere un espacio de alrededor de 10 x 10 metros con buena ventilación, iluminación, que esté lo más alejado posible de distractores, que tenga sillas y mesas de trabajo para los participantes. En caso de no disponer de un espacio con el tamaño adecuado, se requerirá ajustar el número de participantes.

4.2.7 Materiales

Los materiales están descritos en las sesiones del taller, sin embargo, los indispensables serán: hojas, lápices, plumas, plumones, gafetes, lista de asistencia de los participantes, papel rotafolio, pizarrón o proyector de imágenes.

Taller: El burnout: una amenaza silenciosa				
Sesión 1. Presentación del taller				
Objetivo general de la sesión: Presentar a los facilitadores y a los integrantes del grupo, así como el contenido general del taller				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> Conocer a las personas que dirigirán las sesiones y tengan confianza en ellos. Brindar el objetivo general del taller. 	Presentación ante el grupo explicando actividades destacadas y poniendo reglas en el taller.		15 min.
Presentación de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir los niveles de ansiedad y que se sientan en confianza con sus compañeros de grupo. 	Dinámica " Rompiendo el hielo ". Se reunirán equipos de 5 personas y se harán una pequeña entrevista en donde se incluirá nombre, estudios, pasatiempos, etc. Al finalizar cada uno de los integrantes presentará a su compañero.	Tarjetas para poner su nombre Plumones Cinta adhesiva	30 min.
Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Conocer el interés de los participantes en tomar el taller. 	Dinámica: " Conociendo mis expectativas ". En equipo de 5 personas distintas a la de la dinámica anterior, generarán un mapa mental con las expectativas que tienen sobre el taller. Además llenarán un cuestionario que el facilitador les proporcionará	Cuestionario (anexo C) Hojas de papel Plumones, plumas Papel rotafolio Cinta adhesiva	60 min.
Contenido del taller	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a los participantes el objetivo y las técnicas de manera general. Aprender conceptos técnicos que se irán utilizando a lo largo del taller (pensamientos, emociones y conductas). 	Los participantes generarán ideas de cada concepto a través de una lluvia de ideas.	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión	60 min.

Taller: El burnout: una amenaza silenciosa				
Sesión 2. Salud laboral y síndrome de burnout				
Objetivo general de la sesión: Conocer la definición del estrés y el trastorno de burnout, así como la identificación de similitudes de los participantes con la sintomatología del trastorno				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Salud laboral	<ul style="list-style-type: none"> Definir la salud laboral. Conocer las características de la salud laboral. 	En equipos se generará un mapa conceptual sobre lo que entienden por salud laboral y el ideal de un buen trabajo. Al finalizar cada equipo expondrá el trabajo realizado.	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión Papel rotafolio Plumones Cinta adhesiva	45 min.
Estrés laboral	<ul style="list-style-type: none"> Conocer el concepto de estrés. Reconocer síntomas asociados. 	Lluvia de ideas sobre cada concepto. Dinámica: “Reconociendo mis síntomas” . En equipos de 5 personas generarán una lista de síntomas que presentan en una situación de estrés laboral. Y la presentarán frente al grupo.	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión Papel rotafolio Plumones	45 min.
Burnout	<ul style="list-style-type: none"> Conocer la diferencia entre estrés laboral y burnout. Reconocer los síntomas. Identificar las consecuencias. 	Dinámica: “Cuéntame tu secreto” . Cada participante redactará una carta donde indique lo que piensa, lo que siente y lo que hace ante una situación laboral que le genere estrés. La carta deberá ser	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión	60 min.

		guardada para otra actividad en la siguiente sesión.	Hojas de papel Plumas Lápices	
Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Resumir conceptos aprendidos. 	Hacer preguntas a los participantes sobre cada concepto y su sintomatología.		20 min.

Taller: El burnout: una amenaza silenciosa				
Sesión 3. Prevención e intervención				
Objetivo general de la sesión: Conocer los conceptos de las técnicas cognitivo conductuales, así como aprenderlos de manera práctica con ejemplos de la vida cotidiana y aprender técnicas para la reducción de síntomas				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Pensamientos, emociones y conducta	<ul style="list-style-type: none"> Explicar conceptos. Ejemplificar los pensamientos, emociones y conductas Comprender el orden de la conducta humana. Comprender cómo el pensamiento afectará los sentimientos y la conducta. Guiar a los participantes en la ubicación de cada elemento de la triada. Conocer las emociones básicas. 	<p>Lluvia de ideas sobre los conceptos de pensamiento, emoción y conducta.</p> <p>Dinámica: “Identifica lo que soy”. El facilitador proporcionará de manera verbal o escrita frases. Los participantes deberán indicar si es un pensamiento, una emoción o una conducta.</p> <p>Dinámica: “Desmenuzando tu secreto”. Cada participante leerá su carta</p>	<p>Computadora</p> <p>Proyector de imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p> <p>Carta elaborada en la sesión anterior</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p> <p>Lápices</p>	70 min.

		<p>escrita en la sesión anterior en silencio y tratará de identificar las emociones, pensamientos y conducta. El facilitador seleccionará al azar a 10 participantes para que narren su carta e indiquen cada uno de los elementos desglosados.</p> <p>Dinámica: “Ejemplifica la triada”. En equipos redactarán una breve historia verídica o ficticia en la que se incluya lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace. Al final expondrán la historia, en ella explicarán qué elemento de la triada (pensamiento-emoción-conducta) está presente en cada historia, además de indicar qué tipo de emociones se desarrollan en el personaje de la historia.</p>		
<p>Reestructuración Cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el concepto de reestructuración cognitiva. • Reconocer los pensamientos automáticos. • Identificar pensamientos negativos. • Contradecir pensamientos a través de hechos. • Aplicar los conocimientos para modificar pensamientos. • Distinguir distorsiones cognitivas. 	<p>Dinámica: “Identifica lo absurdo”. En esta dinámica se reunirán en equipo y entre ellos contarán anécdotas donde han percibido que tuvieron pensamientos irracionales; harán una lista de pensamientos que surgen ante situaciones que les generan ansiedad. Al finalizar se presentará el resultado ante el grupo.</p>	<p>Computadora</p> <p>Proyector de imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p> <p>Carta elaborada en la sesión anterior</p> <p>Formato de autorregistro (Anexo D)</p>	<p>70 min.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los autorregistros. 	<p>Dinámica: “Alto y piensa”. Continuando con la dinámica anterior, ellos elegirán una de las anécdotas contadas en el equipo y buscarán posibles alternativas de pensamientos dentro de la historia. Al finalizar, se presentarán los pensamientos alternos.</p> <p>Dinámica: “Qué sucede si...”. El facilitador seleccionará al azar 5 cartas que escribieron en la primera sesión y los participantes irán colocando en cada campo del autorregistro y participarán de manera grupal en buscar un cambio de pensamiento con una posible explicación alterna a cada situación.</p>	<p>Papel rotafolio</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p> <p>Lápices</p> <p>Cinta adhesiva</p>	
Cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir lo aprendido en clase. • Resolver dudas. 	Participación grupal en los conceptos aprendidos y reflexiones sobre lo aprendido		30 min
Tarea en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar una situación que se les presente en el día. • Llenar formato de autorregistro. 		Formato de autorregistro (Anexo D)	10 min.

Taller: El burnout: una amenaza silenciosa				
Sesión 4. Prevención e intervención (continuación)				
Objetivo general de la sesión: Conocer los conceptos de las técnicas cognitivo conductuales, así como aprenderlos de manera práctica con ejemplos de la vida cotidiana y aprender técnicas para la reducción de síntomas.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar el conocimiento aprendido en clase. • Reflexionar sobre la importancia del autorregistro y la modificación de pensamientos. 	<p>Cada uno de los participantes expondrá la situación que llenó en su autorregistro.</p> <p>En grupo verificarán que la información expuesta por cada participante sea correcta, en caso contrario, habrá participación guiada por el facilitador para validar la retroalimentación por parte de los participantes.</p> <p>El facilitador retroalimentará y reforzará con palabras el trabajo de cada participante.</p>	<p>Hoja de autorregistro (Anexo D)</p> <p>Lápices</p> <p>Plumas</p>	50 min.
Entrenamiento en habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer conceptos de autoestima y asertividad. • Identificar lenguaje verbal y no verbal. • Distinguir asertividad, pasividad y agresividad. • Modelar conductas • Brindar herramientas para actuar de manera asertiva 	<p>Dinámica: “Soy el mejor para...”. En equipo, por medio de entrevistas, generarán una lista con su nombre y las competencias que cada participante posee, al finalizar se presentarán ante el grupo.</p> <p>Dinámica: “Representando escenas”. El facilitador propondrá el tema sobre alguna problemática</p>	<p>Computadora</p> <p>Proyector de imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p> <p>Carta elaborada en la sesión</p>	50 min.

		estresante mediante una situación, puede ser laboral o de la vida en general. Los participantes irán escenificando cada situación; el facilitador irá modelando las conductas, tono de voz, hará notar los pensamientos irracionales, su forma de detenerlos y detallar las consecuencias en las emociones y conductas con los cambios que se generan por aplicarlo. También se verán los estilos de afrontamiento: asertivo, pasivo y agresivo.	anterior Listado de estilos de afrontamiento (Anexo E) Papel rotafolio Hojas Plumas Lápices Cinta adhesiva	
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la técnica de resolución de problemas. • Jerarquizar las posibles soluciones. • Propiciar el cambio en la forma de resolver problemas. • Generar una lista posibles soluciones. • Concientizar la importancia de una lista de posibles soluciones. 	<p>En equipos se repartirá una hoja que contiene una situación común en la vida laboral. Se les pedirá que, mediante una lluvia de ideas, piensen en una posible solución. Al final pasará un representante de cada equipo a exponer la mejor solución que encontró y se le pedirá al resto de los equipos que compartan si están de acuerdo con esa solución o lo harían de otra forma.</p> <p>Dinámica: “Generando el cambio”. El facilitador pedirá que los participantes recuerden una problemática que les acontezca de manera repetitiva en su vida laboral,</p>	Hojas Plumas Lápices	50 min.

		pedirá que la describan de manera breve y que a partir de ella comiencen a hacer una lista de posibles formas de solucionarla. Posteriormente el facilitador pedirá que sean organizados de forma jerárquica (de la más viable a la menos viable).		
Cierre y tarea en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir lo visto en la sesión. • Aplicar lo visto en la sesión, 	La tarea consiste en aplicar la lista de posibles soluciones	Hoja de solución de problemas (Anexo F)	30 min.

Taller: El burnout: una amenaza silenciosa				
Sesión 5. Relajación y prevención de recaídas				
Objetivo general de la sesión: Aplicar técnicas de relajación y crear un programa de prevención de recaídas para el mantenimiento de la reducción de síntomas.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la aplicación de la lista de posibles soluciones. • Reflexionar sobre los resultados. • Retroalimentar los casos (independientemente de que sean exitosos o no). 	De manera participativa, los integrantes del grupo expondrán la aplicación y los resultados obtenidos al emplear el listado de solución de problemas.		30 min.
Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué consiste la prevención de recaídas. • Retroalimentar los casos fallidos. • Brindar herramientas para continuar ante un fracaso, • Destacar la importancia de no derrotarse ante un fracaso. 	Utilizando la tarea de los participantes, el facilitador retroalimentará a los participantes que pudieron aplicar alguna de las posibles soluciones ante la problemática presentada. Se utilizará una técnica llamada “Vacuna ante el fracaso” , esta técnica consiste en retroalimentar y llegar a la conclusión del porqué no resultó la posible solución. Esto se logrará con ayuda del facilitador y los integrantes del grupo. Cuando una opción de solución no funciona tendrá que poner a prueba la siguiente propuesta de resolución.	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión Lista de soluciones creadas por los integrantes del grupo	60 min.
Relajación y respiración diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la técnica de relajación. • Evidenciar los beneficios 	El facilitador elegirá al participante menos activo para que haga la técnica de relajación frente al grupo	Computadora Proyector de	40 min.

	<p>de la relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la técnica. • Retroalimentar los alcances y limitaciones obtenidos. 	<p>(debe ponerse frente a frente del facilitador). Primero será una pequeña muestra de cómo se realizará. Posteriormente se hará de manera grupal.</p> <p>Preguntar a los participantes los resultados de la relajación así como cuestionar qué falta para relajarse.</p>	<p>imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p>	
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar recomendaciones adicionales. 	<p>El facilitador explicará la importancia de realizar ejercicio físico y las consecuencias fisiológicas y de relajación que se obtienen en la realización de algún deporte.</p>	<p>Computadora</p> <p>Proyector de imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p>	10 min.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir de los contenidos del taller. • Resolver dudas. • Reflexionar y dar opinión respecto a lo obtenido en el taller. 	<p>Los integrantes del grupo participarán de manera activa para que el facilitador y los participantes puedan ayudar a resolver dudas.</p>	<p>Computadora</p> <p>Proyector de imágenes</p> <p>Pantalla de reflexión</p>	30 min.
Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar cuestionario de retroalimentación. 	<p>Los participantes contestarán un cuestionario para que el facilitador obtenga retroalimentación para futuras aplicaciones del taller.</p>	<p>Cuestionario de retroalimentación (Anexo G)</p>	10 min.

III. Alcances y limitaciones

Los resultados obtenidos con este taller pueden traer muchos beneficios al personal del área correspondiente donde se aplique. De acuerdo con la literatura, la terapia cognitivo-conductual ofrece resultados confiables en poco tiempo.

Cada sesión otorgará herramientas indispensables para la disminución de los malestares producidos por el trastorno de burnout (síndrome de quemarse en el trabajo). Asimismo, los entrenamientos cotidianos lograrán un éxito óptimo si son realizados con dedicación y entereza completa, es decir, con participación y compromiso de realizar las tareas en casa.

Las limitaciones principalmente están en el desconocimiento o poco interés en atender el síndrome de burnout. Esto significa que desde la perspectiva gubernamental, existe poco interés y atención en atender a las personas que lo manifiestan.

De acuerdo con la literatura, las instituciones no toman cartas en el asunto, principalmente por el interés de producir sin detenerse a mirar que las personas son humanos y no máquinas que solamente producen.

En algunos casos, las instituciones están interesadas en la salud de sus trabajadores, pero muchas veces no cuentan con los recursos ni el tiempo para atender completamente los requerimientos que pudieran solicitar los afectados del síndrome de burnout.

Algunas instituciones entienden que los síntomas que presentan sus trabajadores son únicamente estados de ánimo transitorios o, en el peor de los casos, los despiden al no ser productivos, sin tomar en cuenta que la misma presión laboral es la que los pudo llevar hasta ese punto.

En algunos momentos, los trabajadores necesitan un tiempo fuera para poder aplicar técnicas de relajación, y es probable que por sus actividades (o incluso por sus jefes) se vean limitados en poder aplicar esta técnica tan importante. De

hecho, el número de sesiones contempladas para este taller se pensó que fueran de cinco (cada una de tres horas), porque en la mayoría de las instituciones, en caso de que autoricen a sus trabajadores a ir a un curso, sólo lo permitirían con duración de una semana.

También, no todos los individuos están conscientes de que los síntomas presentados estén relacionados con algún trastorno, por lo que puede que no se acerquen a su jefe directo para indicar que están teniendo dificultades, a pesar de que su rendimiento sea menor.

Por si fuera poco, el acercarse a una institución para ofrecer una atención psicológica depende, en la mayoría de los casos, de un trámite bastante extenso que puede limitar el ingreso a cada una de ellas.

En cuanto a las tareas en casa, no todos los participantes seguirán al pie de la letra los autorregistros, lo que podrá limitar el avance de las actividades, pues muchas de ellas están basadas en las experiencias de cada uno.

IV. Conclusiones

En la actualidad, los trastornos de ansiedad producen muchos malestares y trastornos psicofisiológicos que pueden ser atendidos con antelación para evitar consecuencias más graves.

El padecimiento surge por un estrés laboral crónico y constante, lo que culmina en una incapacidad laboral, afectando la productividad del empleado dentro de la empresa, e incluso se exacerba hasta en la forma de desenvolverse en su vida social y familiar. Debido a ello, se puede afirmar que es un problema de índole psicosocial.

Por otra parte, cuando existe el síndrome de burnout existen responsabilidades compartidas, tanto del trabajador como del líder. La tarea de las empresas es hacer que sus empleados trabajen en un ambiente laboral que impulse el desarrollo individual y el de la organización misma; por esta razón, se recomienda mantener un diálogo y comunicación constante con los trabajadores. Es indispensable que el trabajador esté cómodo con su trabajo y así pueda evitar la probabilidad de generar estrés y otros síntomas que afecten en primer lugar la salud; en segundo, su productividad, y por último el crecimiento de la institución.

Como se ha mencionado, los resultados que pueden obtenerse de un tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual pueden ser muy grandes y evitar costos innecesarios si son atendidos a tiempo.

Cada una de las técnicas empleadas tiene una confiabilidad y validez que data de muchos años atrás, así como investigaciones que sustentan su eficacia en diversos trastornos, principalmente los relacionados con el estrés y la ansiedad.

No hay que olvidar que cada una de las técnicas descritas por sí solas no tienen los resultados esperados, es decir, que se requiere de un conjunto de ellas para poder obtener beneficios efectivos y, de esta manera, reducir los malestares y

brindar las herramientas para que el individuo pueda actuar de manera asertiva al resolver problemas.

Cuando la psicoeducación es bastante clara, detallada y se acompaña de ejemplos, los participantes podrán entender completamente que su problemática es normal y que no son los únicos que la padecen; entonces, tendrán una orientación encaminada hacia el éxito.

Para ello se debe tomar en cuenta que la técnica de relajación y respiración diafragmática proporcionan prácticamente una disminución inmediata de síntomas ansiógenos. De esta manera, los participantes podrán aplicarlas en cualquier lugar de su estación de trabajo en un par de minutos.

Los autorregistros son de vital importancia para poder atender los malestares de cada uno de los participantes, pues brindan una mayor información; ya que si bien los síntomas son similares, los ambientes, los pensamientos, emociones y conductas no lo son y varían de individuo a individuo.

La ventaja de este taller es el aprendizaje que puede llevarse cada uno de los participantes, y lo más importante es que lo podrá aplicar en diversas situaciones, ya sean problemáticas o no. Además de que el beneficio se exagera y puede ser aplicado en otros trastornos de diversa índole, tal es el caso de la depresión generada por el síndrome de burnout.

Es muy importante que los integrantes también realicen algún tipo de actividad física para que las endorfinas actúen de manera relajante.

Si bien el estrés forma parte de la vida laboral de un profesionalista, al seguir de manera correcta esta propuesta, se tendrá un beneficio importante, ya que cada trabajador podrá desenvolverse de manera óptima e incrementará no sólo su productividad laboral, sino también su vida en general.

Referencias

- Albano, A.M., & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Alcantud, M., F. (1989). Burnout, un nuevo nombre para un viejo problema. En Galván, M. G., Aldrete, M. G. Preciado, L. & Medina S. (2010) Factores psicosociales y síndrome burnout en docentes de nivel preescolar de una zona escolar de Guadalajara, México: *Revista de Educación y Desarrollo*, 14, 5-11.
- Alcover, C. (2004) *Introducción a la Psicología del Trabajo*. España: Mc Graw-Hill.
- Aldrete, M. G, Contreras, M. & Preciado M. L. *Metodología para promover la salud en el lugar de trabajo*. En: Carrión MA, López F, Tous J. *Promoción de la salud ocupacional*. Barcelona: Ed. AEPA. 2008. p. 163-183.
- Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy* New York: Guilford.
- Aluja, A. (1997). "Burnout" profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61
- Álvarez de la Cerda, D., Cantú, V., Gayol, L., Leal, K. & Sandoval, K. (2005). Síndrome de burnout y el profesional de educación. En Yslado, R., Nuñez, L. & Norabuena R. (2010) Diagnóstico y programa de intervención para el Síndrome de burnout en profesores de educación Primaria de distritos de Huaraz e independencia. *Revista de Investigación en Psicología*, 13 (1), 151-162.
- Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.

- Amick, B. C., S. Levine, A. R. Tarlov, D. C. (1995). *Societies and Health*. New York: Oxford University Press.
- Ángeles, Y. I. (2005). *Estrés laboral*. Tesis licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Antona, C. (2009). *Fobia Social: Evaluación y tratamiento*. México: Editorial Trillas.130
- Appel A. (1993). *Exhaustion as endpoint of job stress and precursor of disease*. En L. Levi y Lamerla (Eds.) *A healthier work environment*. Copenhagen: Who.
- Apples, A. (1998). *Estrés laboral, agotamiento y enfermedad*. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 119-128). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aragón, L. & Silva, A. (2002) *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Pax.
- Aranda, C., Pando M. & Pérez, M. (2004, Enero-Junio). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14, 79-84.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. & Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Anales de la Facultad de Medicina Lima*, 66, 225 -231.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la Salud. En L. Oblitas y E. Becoña (Ed.). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. (pp. 53-64). México: Plaza y Valdés
- Arita, B. Y. (2004). Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout. *Psicología y salud* 11, 1, pp. 73-80.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.

- Ayala, R. K. (2002). Relación entre satisfacción laboral y salud mental. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Azua, R. y Contreras, V. (1994). Evaluación de las Habilidades Sociales en Adolescentes: Diferencia de Género. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Estado de México, México.
- Baban, A. & Craciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors: a review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 45-67.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamón, M. (2008). *Higiene y Prevención de la Ansiedad*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Balbuena, F. (2005). *Psicoterapias cognitivo- conductuales: desarrollo histórico y estado actual*. España: Universitat.
- Balseiro, A. L. (2005). El Síndrome de burnout: Un riesgo permanente en el trabajo de Enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2 p. 28.
- Balseiro, A. L. (2007). El burnout en el personal de enfermería: ¿De qué manera no quemarse? *Enfermería Universidad*. 4.
- Bandura, A. (1989). A social cognitive theory of action. In J. P. Forgas & M. J. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 127-138). North Holland: Elsevier.
- Barquín, M., Kahan, E., Szpirman, L. & Legaspi, J. A. (2000). *La Salud en el Trabajo*. México: JGH.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Beck, D. F. (1987). Counselors burnout in family service agencies. *Social Caseworks*, 68 (1), 3-15.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa.
- Becoña, E., Vázquez, P. & Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas (pp. 11-52). En L. Orbitas, L. & Becoña, E. (2002) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Benavides, F. (1997). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona España: Masson
- Benavides, F. G., Ruíz, C., y García, A. M. (2000). *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.p. 3
- Bernstein, G. A., & Kinlan, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1639-1641.
- Betancourt, O. (1995). *Salud y Trabajo. Reflexiones Teóricas metodológicas. Monitoreo Epidemiológico. Atención en Salud*. Ecuador: Ed. CESAS-OPS.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. & Ruiz, J. (2007). Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23, 43-51.
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E., & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive research and Behavioral Practice*, 11, 56-65.
- Bravo, M. C. & Valadez A. (2011). *Solución de Problemas*. En P. Vallares y A. Rentería (coordinadoras). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. Cap.3, pp.88-132. México: UNAM-FESI.

- Brodsky, A. (1980), *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping professions, Human*, Nueva York: Sciences Press.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C., & Vera-Villarreal, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela-Casal & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 189-217). España: Biblioteca Nueva.
- Buendía, J. & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1989). Sex differences in psychological burnout in teachers. *Psychological Reports*, 65, 55-63.
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 12(2), 174-188.
- Buss, A. H. & Plomin, R. (1980). *El Desarrollo de la Personalidad: Una Perspectiva Temperamental*. Madrid: Marova.
- Buunk, B. P., Schaufeli, W. B., & Ybema, J. F. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1701-1718.
- Caballero M. A., Bermejo F., Nieto R., Caballero F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*, 27, 313-317.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Editorial Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 139-205). España: Siglo Veintiuno Editores.

- Cano, A. (2002). La Naturaleza del Estrés. Recuperado el 1 de octubre de 2014 http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm
- Cano, M. A., García, C., García, E., López, M. & Parera, N. (1996). ¿Está quemada la enfermería? Síndrome de burnout. *Enfermería Intensiva*, 4, 138-146.
- Carauna, A. (1989). Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante.
- Carrillo, M. E. (2005) El papel de la inteligencia emocional en la salud y productividad de los obreros. Un estudio piloto. Tesis de licenciatura en psicología. México: UNAM.
- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y Depresión: Guía práctica*. España: Formación Alcalá.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J. & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 7, 459-466.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout human service organization*. Nueva York: Praeger.
- 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.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana.
- Clark, D. A., Beck, A .T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

- Cohen, S. & Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hipotesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 310-357.
- Collins, S. M., Karasek, R. A. & Costas. K. (2005). Job strain and autonomic indices of cardiovascular disease risk. *American Journal of Industrial Medicine*, 48, 3, 182-193.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: and Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Cooper, C. (1998). Introduction. In C.L. Cooper (Ed.) *Theories of organizational stress* (1-5) Oxford. Oxford University Press.
- Cortés. (2001). Seguridad e higiene del trabajo. México: alfa omega
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Mac Millan Press.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress and organizational healthiness*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Comp.): *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 177-193). Londres.: Taylor & Francis.
- Crespo, M., Labrador., F. J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Cuevas, P., O'Ferrall, F.C. & Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-32.

- Cullen M. R., Cherniack M. G. & Rosenstock (1990) L. Occupational medicine. Part I. N Engl J Med; 322: 594-601.
- D'Zurilla, T. (1986). Problem-solving Therapy: a social competence approach to clinical intervention. Nueva York: Springer Verlag.
- D'Zurilla, T. y Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfreid, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 107-126.
- Davidson, K (2007). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians*. Inglaterra: Routledge.
- De Camargo, B. (2004). Estrés, Síndrome General de adaptación o Reacción General de Alarma. *Revista Médico Científica*, 17 (2), 78-86.
- De Jonge, J, Bosma H, Peter R & Siegrist J (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50(2000), 1317-1327.
- De Jonge, J., Dollard, M., Dormann, C., Le Blanc, P. & Houtman, I. (2000). The demandcontrol model: specific demands, specific control, and well-defined groups. *International Journal of Stress Management*. 7(4) 270-287.
- De la Fuente, E. I., García, J., Ortega, A. R. & De la Fuente, I. (1994). Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3, 93-104.
- De la Gándara, J. J. (1998) *Estrés y trabajo. El síndrome del burnout*. Madrid: Ed. Cauce.
- De la Gándara, J. (2002). Burnout en medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complican? *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*.
- De Pablo, C. (2004). *Estrés y Hostigamiento Laboral*. Madrid: Formación Alcalá.

- Del Hoyo Delgado Ma. A. C.N.N.T. *Estrés laboral INSHT*: Madrid 1997.
- Del Río Salinas, L. (2002). *Estrés y Motivación de Logro en profesionistas que inician su carrera laboral*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Dobbs, R., Leslie, K. & Mendonca, L. T. (2006). La creación de una organización saludable. *Harvard-Deusto Business Review ES*, (151), 72-79.
- Eastburg, M., Williamson, M., Gorsuch, R. & Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 1233-1250.
- Ellis, A., Lega, L., & Caballo, V. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Escribá, V. & Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- Espinosa, E., Zamora, P. & Ordóñez, A. (1995). *El síndrome de agotamiento profesional*. En González (ed.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp.1334-1343). Madrid: Panamericana.
- Esteve, J. M. (1987). *El Malestar Docente*. Barcelona: Laia.
- Etzion, D., & Pines, A. M. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.
- Farber, B. A. (1984). Teacher burnout: Assumptions, myths and issues. *Teachers College Record*, 86(9), 321-338.

- Farber, B. A. (1985). *Stress and burnout in the human service professions*, Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Farré, J. & Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. México: Ars Medica.
- Fernandez, G. (2000). Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 229-235.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Flores, D. (2006). Programa Preventivo en Materia de Seguridad, Ergonomía y Salud Ocupacional a partir de un Diagnostico Situacional en el Teatro de las Artes. Tesis de Maestría en Ciencias. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.
- Flórez, J. A. (2002). Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol (pp. 31-38). *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*.
- Flórez, L. J. (1994). *Síndrome de "estar quemado"*. España: Edikamed.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 150-170.
- Fontana, D. (1995). *Control del estrés*. México: Manual Moderno.
- Freudenberg, H. J. (1974). "Staff Burn-out", en *Journal of Social Issues*, 30, pp. 159-165.
- Furnham A. (2001). *El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México. Oxford University Press

- Garcés de Los Fayos, E. J., Jara, P. & Vives, L. (2006). Deporte y burnout. En E. J. Garcés de Los Fayos, A. & Olmedilla, P. Jara (Coord.), *Psicología y Deporte*. Murcia: Diego Marín.
- Garcés, E. (2004). *Burnout en deportistas*. España: EOS.
- Garcés, E., García, C. & Martínez, F. (1995). Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. *Psicologemas*, 17, 93-107.
- García, A. M., Benavides, F. & Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz- Frutos, C. & A. M. García. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 49-50). Barcelona: Masson.
- García, A. M., Benavides, F. & Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz- Frutos, C. & A. M. García. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 49-50). Barcelona: Masson.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería en centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12
- García, M. (1993). *El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores*. En: Buendía, J. (Coordinador). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, M., Saéz, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 215-228.
- García, P. (1981). *Motivación hacia el trabajo y necesidades*. La Habana Editorial científico técnico.

- Garcia-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*. 7, 21-31.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. España: Ediciones Pirámide.
- Gil, J. & López, F. (2004). *Estrés y salud*. En J. Gil. *Psicología de la salud, Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. (pp. 351-390). España: Ediciones Pirámide.
- Gil, J. (2004). *Psicología de la Salud, Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. España: Ediciones Pirámide.
- Gil, M. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 67-80.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116- 123.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach burnout Inventory–General Survey. *Salud Pública de México*, 1, 33-40.
- Goddard, R., & O’Brien, P. (2006). Work environment predictors of beginning teacher burnout. *British Educational Research Journal*. 32(6) pp. 857-874.
- Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42, 1046-1054.
- Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive behavior therapy to psychotherapy integration*. New York: Springer.
- Goldfried, M. R., & Powers Goldfried, A. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao. España: Descleé de Brouwer.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R.T.; Hills, D. & Daly, E. (1987). *Toward the responsive organization*. Salt Lake City: Brighton.
- Golembiewski, T., Boudreau, R., Sun, B. & Luo, H. (1998). Estimates of burnout in Public agencies: Worldwide, How many employees have which degrees of burnout, and with what consequences? *Public Administration Review*, 58, 59-67.
- Gómez I. Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Rev. University. Psychologies* 2007; 6(1): 105-113
- González R. (2006). Conferencia Magistral. Presentada en la III Conferencia Internacional "La obra de Karl Marx y los desafíos del siglo XXI"; La Habana, Cuba.
- González-Rey, F. (2006). El estrés y sus vías de desarrollo en institución laboral. Y alternativas para su prevención e intervención. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y Salud* (pp. 50-59). España: Biblioteca nueva.

- González-Roma, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. & Peiró, J. M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Graham, J., Ramirez, A., Cull, A. & Finlay, I. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 3, 185-194.
- Grant, A. (2010). *Cognitive Behavioural Interventions for Mental Health Practitioners*. EUA: Learning Matters Ltd.
- Grey M. Breve historia de los problemas de Salud en el Trabajo de los Estados Unidos. En: Bowler RM, Cone JE. *Secretos de la medicina del trabajo*. Primera Edición, México: Mc Graw Hill Editores; 1999: 32-37.
- Grijalvo, F. & Pellejero, J.M. (2008). *Entrenamiento en habilidades sociales*. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Guerrero J., Sánchez O. & Cañedo, A. (2004). Vigilancia de la salud del trabajador: un componente de la gerencia de las instituciones de la información. *ACIMED*. (12), 6.
- Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del “quemado”. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-22.
- Gutiérrez J. (1998). La promoción del eustrés. *Revista Electrónica de psicología*. Vol. 2, No. 1
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En Farber, B. A. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hermosa, A. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en Profesores de Educación Primaria y Secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*. 15, 81-89.

- Hernández, K. & Medrano, E.G. (2005). Relación entre los cinco factores de Personalidad (Big five) y desgaste ocupacional (burnout), en una muestra de trabajadores del sector público. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Hernández, N. & Lara, A. (2006). Evaluación del síndrome de burnout en profesores de nivel primaria y preparatoria. Tesis de licenciatura en psicología. México: UNAM.
- Hernández, T. J., Terán, O. E., Navarrete, D. M., & León, A. (2007). El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Internacional "La Nueva Gestión Organizacional"*. 3(5) 50-68.
- Hernández, Z.L. & Olmedo, C. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22 (1), 121-136.
- Hill, C. & Ostrov, R. (2000). *Guía práctica para superar el estrés. Comprender el estrés para combatirlo con éxito: estrategias, relajación y pensamiento positivo*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Holland, P. & Michael, W. (1993). The concurrent validity of the Holland burnout Assessment Survey for a sample of middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 1067-1077.
- Hyman S. E. (2003). Diagnosis disorders. *Scient Am*, 289 (3), 77-83.

- Ironson, G. H. (1992). *Job stress and Health*. En C.J Cranny, P.C Smith, y E.F Stone (Eds.), *Job Satisfaction*. Nueva York: Lexinton Books.
- Ivancevich, J. M. & Matteson, M. T. (1987). Medical technologist and laboratory technicians: sources of stress and coping strategies. En R. Payne (Ed.), *Stress in health professional*, (pp. 231-256). Nueva York: John Willey & Son.
- Ivancevich, J. M. & Matteson, M. T. (1989). *Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- Iverosn, R., Olekaslms, M. & Erwin, P. (1998). Affectivity, organizational stressors and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.
- Jayme, M. & Sau, V. (2004). *Psicología Diferencial del Sexo y el Género. Fundamentos*. España: ICARIA.
- Jimenez, (2005). "Estrés Laboral". Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Juárez, A. (2004). Construcción y desarrollo de un modelo de factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud en México. En: G. Juárez, L. Cedillo y P. Ramírez. (comp.). *Psychosocial stresors at work: who and we are in México*. México: Colegio Sonora.
- Kales, S. (2004). Importancia de la salud ocupacional. *Revista ciencias de la Salud*, 2. 5-7.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kazdin, A. E. (1994). *Behavior modification in applied settings (5th edn.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam- Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). *Therapy for youths with anxiety*

- disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., Ronan, K., Kane, M., Sessa, F., Kim, R. S., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth. Cognitive-behavioral interventions*. USA: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E., & Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth? Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 136-148.
- Kendall, P.C. (1990). *The coping cat workbook*. EUA: Temple University.
- Kuipers, E., Leff, J. y Lam, D. (2004). *Esquizofrenia guía práctica de trabajo con las familias*. España: Paidós.
- LaDou J. (1999). *Medicina Laboral y Ambiental*. México: Manual Moderno. Schultz D. P. (1991). *Psicología industrial*. México: McGraw-Hill.
- Landy F. (2004). *Psicología Industrial*. México: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) Coping and adaptation. En W.D. Gentry. *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). Nueva York: Guildford.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. En *Annual reviews of psychology*, 44, 1-21.
- Leahy, R. L. (2003). *Psychology and the economic mind: Cognitive processes and conceptualization*. New York: Springer Publishing Co.
- Lega L. I., Caballo, V. E. & Ellis A. (1997). *Teoría y Práctica de la Teoría Racional Emotiva-Conductual*. Madrid y México: Siglo Veintiuno.
- Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.

- Leos, J. B., (2006). Estudio Exploratoria para la Construcción de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Lodolo, V., Pecori, F., Della Torre, M., Iossa, A., Vizzi, F., Fontani, S., Vitello, A., Cantoni, S., Pascale, A. et al. (2004). Is there any correlation between psychiatric disease and the teaching profession? *Med Lav.*, Sep-Oct, 95(5):339-53.
- Lozano, A. & Montalbán, M. (1999). Algunos predictores psicosociales de burnout. *Gestión Hospitalaria*, 2, 66-74.
- Luterek, J., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- March, J. S. (2002). Combining medication and psychosocial treatments: an evidence-based medicine approach. *International Review of Psychiatry*, 14, 155-163.
- Marlat, G. A., & Gordon, J.R., (1985).Eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, G. & Pear, J., (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. España: Editorial Pearson, Prentice Hall.
- Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes de medicina. *Apuntes de psicología*, 25 (1), 87-99.
- Martinez, J. M. (2004). *Estrés Laboral*. España: Prentice Hall.
- Martínez, S. J. M., (2004). *Estrés Laboral. Guía para empresarios y empleados*. Pearson Educación S. A. Madrid.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113

- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 59, 379-422.
- Mc Cornell, E. (1982). *Burnout in the nursing profession*, St. Louis: Mosby Company.
- Meichenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. y Garske, J. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. y Kazdin, A. (1987). Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona, España. Pp. 242.
- Moorey, S. (2007). Cognitive therapy. En W., Dryden (Eds.) *Dryden's handbook of individual therapy*. London: Sage Publications Ltd.
- Moreno, B. & Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas revisiones. En Porns, M. & Anguera, M. T. (comps.) *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (167-174). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU).
- Moreno, B., Meda, R. M. Rodríguez, A., Palomera, A. & Morales, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud* 16, 1, pp. 5-13.
- Moreno, B., Oliver, C & Aragones, A. (1991). El burnout, una forma especial de estrés laboral. En G. Buela-Casal y U. E. Caballo Ed. *Manual de psicología clínica aplicada*, 271-279, Madrid: Siglo XXI.

- Moya-Albiol, L. (1999). Estudio de la respuesta psicofisiológica a estresores de laboratorio en deportistas. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València.
- Muchinsky P. (2007). Psicología aplicada al Trabajo, 8va. Edición, Editor Thomson.
- Muñoz, M. J., López, S., Fernández, B., Medina, M. I., Pérez, I. & Torrente, M. J. (2001). Estudio sobre “burnout” en la U.C.I. Hospital Torrecárdenas de Almería. En G. Aguilera (ed.), Enfermería y salud laboral: “Un enfoque hacia el futuro” (pp. 189-195). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Narayanan, L., Menon, S. & Spector, P. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.
- Nava H. (1994). *Antecedentes históricos de la Salud en el Trabajo*. En: Barquín C. M. *Sociomedicina*. Cuarta Edición, México: Méndez Editores; 533-536.
- Néstor, A. (2005). Burnout, síndrome de agotamiento profesional. En Gutiérrez F. E. & Valadez, A. A. (2011). Una descripción general del burnout y sus efectos en profesores universitarios, *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (3), 349-368.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley. Translation to Japanese published by Iwasaki Gagujustu Shuppan Sha, Tokyo, Japan.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Noriega, M. (1989). *La Defensa de la Salud en el Trabajo*. México: SITUAM

- O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- O'Brien, G. E. (2006). El estrés como factor determinante de la salud. En J. Buendía. *Estrés laboral y salud*. (pp. 61-77). España: Biblioteca nueva.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, L., (2010). Capítulo 7 Ansiedad y salud. En J.T Pérez Bonilla & R. Zendejas (Eds.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 165-210). México: Editorial Cengage Learning.
- Olabarria, B. (1995). El síndrome de "burnout" ("quemado") o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 189-194.
- Olivares, R. J., Rosa, A. I., & García-López, L. J. (2004). Fobia social en la adolescencia: El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. España: Pirámide.
- Ollendick, T. H., Davis, T. E., & Muris, P. (2004). Treatment of specific phobia in children and adolescents. En: Barrett & Ollendick (Ed). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. US: Jhon Wiley & Sons
- Olmedo M. M., Santed G. M. A., Jiménez T. R. & Gómez C. Ma. D. (1998) El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis* 2001 Vol. 22, Número 3, 177-129
- Oramas, A. Almirall, P. & Fernández I. (2007). Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15 (2) 71-88
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores N° 3. Francia.

- Ortega, C. & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of clinical and health psychology*, 4, 137-160.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Padilla, V. M., Peña, J. A. & Arriaga, A. E. (2006). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y Salud* 16, 1, pp. 79-85.
- Padilla, V. M., Peña, J. A. Moreno & Arriaga J. E. (2006). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos (Type A or B personality patterns, labor stress, and psychophysiological correlatos). *Psicología y Salud* Vol. 16, Núm. 1: 79-85, enero-junio México .
- Palmer, Y., Gómez, V., A., Cabrera, P., C., Prince, V., R. & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud mental*. 28, (1), 82-91.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 655-668.
- Peiró, J. M. & Salvador, A. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. España: Editorial UDEMA S. A.
- Peiró, J.M. (1999). Metodología Prevenlab para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales. *Capital Humano*. 167, 82-90
- Phares, E. & Trull, T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Phares, E. & Trull, T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

- Pierre R. T. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México: Trillas.
- Pinelo, C., N., M. & Salgado, R., V. (2002). Comparación del nivel de burnout en diferentes staffs médico y paramédico del CMN 20 de noviembre ISSSTE. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. Nueva York. The Free Press.
- Pines, M., A. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work y Stress*. 18, (1), 66-80.
- Quiceno J. & Vinaccia A. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, vol.10 no.2 117-125.
- Ramos, J., Arias-Díaz, R., Arias-Ramos, L., & Nava, R. (2001). Situación actual de la salud en el trabajo en México. *Revista Latinoamérica de la Salud en el Trabajo*, 1, 30-38.
- Ramos, J., Montalbán, M. & Bravo, M. (1997). Estrés en las organizaciones: concepto, consecuencias y control. En M. I. Hombrados (Dir.): *Estrés y salud*, 173-211. Valencia: Promolibro.
- Regalado, M. T. (2008). El síndrome de burnout en personal de enfermería de n Hospital General de la Secretaría de Salud del GDF. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health*. EUA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Ridruejo P, Medina A & Rubio JL (1996). *El estrés y su afrontamiento*. En *Psicología Médica*. Madrid: Interamericana /McGraw-Hill, 269-282.

- Ríos, R. A. (2003). Un acercamiento al síndrome de burnout en la Docencia UNAM Campus Acatlán. Tesis de Licenciatura. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.
- Rivera, D., A. (1997). Presencia del Síndrome de burnout en Médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras .Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rivera, O., Fayne, E. & Lucio, E. (1987). *Integración de estudios psicológicos*. México: Diana.
- Robles, V. M. G. (1995). Identificación de factores asociados al Síndrome de agotamiento en maestros de universidades mexicanas. Tesis doctoral. Documento Impreso. Universidad Iberoamericana. México. p. 4.
- Rodellar, A. (1988). Seguridad e higiene en el trabajo. España: Marcombo.
- Rodríguez E, & Menéndez A. (2005). *La Medicina del trabajo en la historia*. En: Gil F. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Primera edición, España: Masson SA Editores, 3-6.
- Rosas, S. L. (2005). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en personal de enfermería del Hospital General de Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 115-138
- Rowshan, A. (1997). *El estrés. Técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu Vida*. Ediciones. Barcelona: ONIRO, S.A.
- Ruiz Frutos, C., García, A. M., Delclós, & J., Benavides, F. G. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 3ª ed. Barcelona: Masson.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villa lobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ruiz, S. (1987). *Salud ocupacional y Productividad*. México: Limusa.

- San Martín, H. (2003). *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Salud y Enfermedad*. México: Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana S.A de C.V.
- Sánchez, J. (2008). Psicoanálisis. En L. Oblitas. (Coord.) *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 4, pp 65-88. México: Cengage Learning.
- Sandi, C. & Calés J. M. (2000). *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Santos, J. A. (2005). *Manual: PRANES*, El Salvador: Acción Consultores.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology*. Biopsychosocial interactions. USA: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W. B. & Buunk (1196). Professional burnout. In M. J. Scharbacq, J. A. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (3121-3146). Chichester England: Wiley.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schnall, L. P., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000). The Workplace and Cardiovascular Disease. *Occupational Medicine*, 15, 1-6.
- Schutz, R. W. & Long, B.C. (1988). Confirmatory factor analysis, validation and revision of a teacher stress inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 497-511.
- Sells, S. B. (1970). On the nature of stress. En J.E. Mc Grath, *Social and Psychological Factors in Stress*, (pp. 134-139). Nueva York: Holt Rinehart y Winston.
- Siegrist, J. (1996) Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41

- Silva, R. & Fredy D. (2001). *Ética y trasgresión*, Montevideo Psicolibros, pp. 57-77.
- Slipack, O. (1996). Estrés laboral. *Alcmeon*, 19. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.
- Sloan, S. J. & Cooper, C.L. (1987). Sources of Stress in the Modern Office. En Gale, A. & Christie, B. (Eds.). *Psychophysiology and the Electronic Workplace*. Toronto: John Wiley.
- Smith, L. A., Roman, A., Dollard, M. F.; Winefield, A. H. & Siegrist, J. (2005). Effort-reward imbalance at work: the effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health*, 21, 2, 113-128.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Tello, S., Tolmos, M. T., Vález, R. & Vázquez, M. E. (2002). Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos. Recuperado el 1 de noviembre de 2014 http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm.
- Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y Desgaste Profesional. Una mirada del Síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Topa, C. G. & Morales, D. J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 5, (1), 73-83.
- Tortella-Feliu, M. (2001). *L'estrés ocupacional en els mestres d'escola*. Palma de Mallorca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Islas Baleares.

- Treadwell, K. R. H, & Kendall, P. C. (1996). Self-talk in youth with anxiety disorders: states of mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 941-950.
- Tudón J. (2004). La medicina del trabajo y la salud ocupacional. *Latinoamericana de la Salud y el Trabajo*. 4 (2), 45.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Flood, A. M. (2003). El tratamiento de adultos con fobia social: Desarrollo y resultados de la terapia para la eficacia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 583-598.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 782-800.
- Uehata, T. (1989). A study of Karoshi in the field of occupational medicine. *Bull Soc Med* 8:35-50.
- Uribe, J. F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Organizacional*, 26(1), 7-21
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. España: Masson.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. En Pérez, M; Fernández, J; Fernández, C; Amigo, 1. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Cap. 1, pp. 38-42. Madrid: Pirámide.
- Vega, S. V. (2010). Desgaste ocupacional y estrés en odontólogos de la Ciudad de México. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Veltig, O. N., Setzer, N. J, & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in

- children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.
- Weber, A., Weltle, D. & Lederer, P. (2005). Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int Arch Occup Environ Health*, May, 78(4), 325-31.
- Williams, S., E., Savage, T., G. & Linzer, M. (2006). A proposed physician-patient cycle model. [References]. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 22, (2), 131-137.
- Winnubst, J. A. (1993). *Organizational structure, social support, and burnout*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.
- Wolfberg, E. (2002). *Prevención en Salud mental*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Woody, S., Weisz, J & McLean, C. (2005) Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. Recuperado el 1 de noviembre de 2014 <http://www.apa.org/divisions/div12/journals.html>
- Wright, T. A. & Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 491-499.
- Yapko, M.D. (Ed.). (2006). *Hypnosis and Treating Depression*. New York: Routledge
- Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50, 37-52.
- Yona, L. (2008). Efectos del estrés y del apoyo social sobre la salud mental de individuos con discapacidad intelectual. *Salud pública Méx* v.50 supl.2 Cuernavaca

Zayfert, C. & Black, C. (2008). *Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Manual Moderno.

Zellars, K., Perrewé, P. & Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 1570-1598.

Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. & Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.

Anexos

Escala Mexicana de Desgaste laboral (EMEDO)

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentará una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** anexas, marcando con una “X” el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo tipo 1):

1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD TD TD TD TD TA

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etcétera. Utilizando la codificación: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente, Casi Siempre, Siempre.

Ejemplo tipo 2):

¿Con qué frecuencia...

2. Tienes sangrado por la nariz.

N CN AV F CS S

LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO.

**NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.
 Sus respuestas son anónimas y confidenciales.**

Sólo serán utilizadas con fines estadísticos.

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!**

¿Cómo me siento en el trabajo?

1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de éstos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños, por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes
26. Siento que la energía que ocupó en mi trabajo no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actué únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).

33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e., roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e., manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo menstrual sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo:
73. Estado civil:
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?

76. ¿Tienes hijos?
77. ¿Cuántos?
78. En tu trabajo, ¿qué tipo de puesto ocupas?:
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
81. ¿Cuántos trabajos tienes?
82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (p. e., trabajos, deportes, religión, club, etc.).
83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
85. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
89. ¿En qué tipo de organización laboras?
90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
91. ¿Tienes personas a tu cargo?
92. ¿Cuántas?
93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
94. Si tomas algún medicamento, escribe cuál y para qué
95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
98. ¿Fumas?
99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
101. En caso de que consumas drogas, ¿con qué frecuencia lo haces?
102. Durante una semana, ¿cuántas horas libres tienes?
103. ¿Haces ejercicio físico?
104. Si haces ejercicio, ¿cuántas horas a la semana le dedicas?
105. ¿Practicas alguna religión?
106. ¿Cuál?
107. ¿Tienes alguna preferencia política?
108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

** Para obtener la versión final de este cuadernillo, así como las hojas de respuesta y plantillas de calificación deben solicitarse directamente con el autor de esta escala.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

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 serán accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca: 1

Algunas veces al año: 2

Algunas veces al mes: 3

Algunas veces a la semana: 4

Diariamente: 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
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.

** Para la aplicación se deben quitar los factores que aparecen al inicio de cada pregunta. Para seleccionar a los sujetos debe considerarse: los sujetos que estén 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".

Cuestionario inicial

Nombre: _____ **Edad:** ___ **Sexo:** ___ **Fecha:** _____

Instrucciones:

A continuación presentaremos algunas preguntas, contesta de manera honesta.

1. ¿Qué espero del taller?

2. ¿Qué estoy dispuesto a aportar en el taller?

3. ¿Qué sabe del tema de burnout?

4. ¿Cómo se siente actualmente?

Autorregistro de situaciones					
Situación ¿Dónde estás?, ¿qué sucede?, ¿quiénes participan?	Cognición ¿Qué pensaste?	Emoción ¿Qué sentiste?	Conducta ¿Qué hiciste?	Alternativa Pensamiento alternativo	Resultado ¿Qué sucedió al pensar distinto?

Diferencia de los tres estilos de relación (Caballo, 1993)

NO ASERTIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
<p>Conducta no verbal Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja; risitas “falsas”.</p>	<p>Conducta no verbal Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a las situación; manos sueltas.</p>	<p>Conducta no verbal Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.</p>
<p>Conducta verbal “Quizás”; “Supongo”; “Me pregunto si podríamos”; “Te importaría mucho”; “Solamente”; “No crees que”; “Ehh”; “Bueno”; “Realmente no es importante”; “No te molestes”.</p>	<p>Conducta verbal “Pienso”; “Siento”; “Quiero”; “Hagamos”; “¿Cómo podemos resolver esto?”; “¿Qué piensas?”; “¿Qué te parece?”.</p>	<p>Conducta verbal “Harías mejor en”; “Haz”; “Ten cuidado”; “Debes estar bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”; “Deberías”; “Mal”.</p>
<p>Efectos Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de sí mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta ni a sí mismo ni a los demás Se siente enfadado</p>	<p>Efectos Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás</p>	<p>Efectos Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado</p>

Modelo sencillo de solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999)

Paso A. Realice lo siguiente:

1. Tome un respiro y tranquilícese.
2. Considere que no todo es fatal.
3. Tome el problema como un reto.
4. Tenga en mente resolver el problema.
5. Detenga y piense, evite ser impulsivo

Paso B. Cuestione.

1. Identifique el problema. Después defina:
 - 1.1 Lo que es:
 - 1.2 Lo que debería de ser:
2. Establezca el objetivo. ¿Qué quiere lograr?
3. Plantee objetivos. ¿Qué quiero lograr?

Paso C. Piense.

1. Piense en una solución.
2. Piense en varias soluciones, entre mayores propuestas de solución, mayor probabilidad de éxito en resolverla.
3. Ordene de mayor a menor la viabilidad de aplicar la propuesta

Paso D. Evalúe.

1. Piense el criterio más importante para evaluar soluciones (¿Tendrá efectos positivos o negativos? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo requiere?).
- 2) Elija la solución que mejor le parezca.
- 3) Piense en los detalles que requerirá

Paso E. Actúe.

1. Aplique la solución.
2. ¿Se encuentra satisfecho con el resultado obtenido?
3. En caso de no estar satisfecho, inicie desde el paso B

Anexo G

EVALUACIÓN DEL INSTRUCTOR EN EL TALLER EL BURNOUT: UNA AMENAZA SILENCIOSA

Responde cada una de las preguntas, este cuestionario tiene como finalidad brindar una retroalimentación al facilitador, así como mejorar el contenido del taller para sus futuras aplicaciones

El instructor:	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Demostró dominio del contenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Expuso los temas de acuerdo con el contenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Adecuó el contenido de acuerdo con los asistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Apoyó su exposición con ejemplos para ser claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Retroalimentó a los asistentes en las dinámicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Resolvió las dudas de los participantes de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Resumió los puntos importantes de cada tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Empleó estrategias didácticas adecuadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Se expresó claramente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Favoreció la participación de los asistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Empleó estrategias didácticas para la comprensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Se apoyó en material visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Utilizó material de apoyo apropiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué fue lo que te gustó y te desagradó del taller?

¿Se cumplieron tus expectativas?

¿Qué tanto te ayudó el taller en la disminución de tus síntomas?

¿Qué requerirías que se abordara en el taller adicional a lo visto en las sesiones?

Comentarios sobre el taller y su utilidad:

Sugerencias para mejorar el desempeño del instructor:

Sugerencias para mejorar el contenido del taller:

Fecha: _____

Muchas gracias por su participación.

