



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA PREVENCIÓN DE
BURNOUT MEDIANTE TÉCNICAS COGNITIVO –
CONDUCTUALES**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

PORTO RAMÍREZ ALEJANDRA MONTTERRAT

DIRECTOR DE LA TESIS:

LIC. MARCO ANTONIO VICARIO OCAMPO

COMITÉ DE TESIS:

MTRO. JOSÉ LUIS VILLAGÓMEZ GARCÍA

MTRA. MARÍA DEL SOCORRO LAURA

ESCANDÓN GALLEGOS

MTRA. ISAURA LÓPEZ SEGURA

MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANIS



Ciudad Universitaria, D.F.

Abril, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 la Universidad Nacional Autónoma de México que me acogió en sus aulas a lo largo de mi desarrollo escolar y aprendizaje, permitiéndome así construir mi vida profesional.

A la facultad de psicología por abrirme las puertas de sus aulas y poder llenar de sabiduría mi mundo y como uno de mis profesores decía “cortar árboles de mi bosque de ignorancia” (Dr. Jaime Grados).

Al Lic. Marco Antonio Vicario Ocampo, por nunca soltarme de la mano y saber guiarme de la mejor forma para poder concluir mi trabajo, y no solo por guiarme en la parte teórica, si no por alimentar mi espíritu y motivarme día a día para dar ese gran paso.

Al honorable jurado Mtro. José Luis Villagómez, Mtra. María del Socorro Escandón Gallegos, Mtra. Isaura López Segura y Mtra. María Teresa Gutiérrez Alanís, por brindarme su valioso tiempo al leer mi trabajo y darme sus atinados comentarios para obtener mejores resultados.

Al departamento de Educación Continua por el tiempo que dedicaron para poder llevar a cabo hasta el final mi trabajo, pero en especial a Juan Manuel Gálvez Noguez porque con tu conocimiento solucionaste muchas dudas y lograste terminar con muchos miedos que no me permitían dar el siguiente paso.

DEDICATORIA

A Dios, porque nunca me he soltado de tu mano y gracias a eso he podido ser fuerte ante las adversidades de mi vida.

Papá aunque físicamente ya no estás conmigo sé que me cuidas día a día, y de no ser por el carácter que forjaste en mí me habría dado por vencida hace mucho tiempo, aún duele tu partida y duele más no tenerte aquí para que compartamos este logro pero sé que desde arriba festejarás con nosotros, ¡TE AMO CHECO!

Mamita, muchas gracias por nunca dejarme sola, siempre estar al pendiente de mi vida, apoyándome y motivándome a siempre ser mejor y dar siempre el 101%, no habría logrado esto sin ti, gracias por seguir confiando en mí, sin duda eres el mejor pilar que nuestra familia pudo tener y mi mayor orgullo, te amo con toda mi alma. ¡LO LOGRAMOS!

A mis hermanos Karla, Leo y a ti primito Poncho, que eres como un hermano más para nosotros, me encanta que seamos tan unidos, gracias por siempre estar al pendiente de mí y por ayudarme en todo lo que he necesitado. A Said, Sara y nuestro angelito que viene en camino Samara porque la vida no pudo darme mejores sobrinos, gracias por llenar mi vida de sonrisas y alegrías. Tía Mely gracias por ser mi segunda mamá, que sin ofrecerte nada a cambio has estado a un lado de nuestros caminos, los amo. Jorge muchas gracias por ser la persona que eres y por estar siempre presente en nuestras vidas.

A mis abuelitos pues sin la educación que le brindaron a mis padres yo no podría ser la persona que soy ahora, abue Carlos, abue Mari y abue Benjamín, sé que desde arriba festejarán este gran logro, abue Licha, eres una guerrera.

A mis tíos Carlos, Alfonso, Rocío, David, Lety y Pablo, gracias por el estar al pie del cañón, les agradezco infinito su valioso apoyo para mi familia. A mis primos,

Fany, Juan Carlos, Caro y Rodrigo gracias por ser y estar siempre...Adriana y Mena, pimis, las amo, la vida nos ha llevado a recorrer caminos juntas como hermanas, sin duda les agradezco que estén ahí siempre, sin importar nada.

A mis amigas, que sin duda alguna me han apoyado siempre, no han quitado el dedo del renglón y están pendiente de todo lo que acontece en mi vida, gracias infinitas Angie, Betty, Jatzibe, Xime, Dani, Mariana, Nancy, Ady, Gisell, Clau y Karla, en verdad las amo.

Norma, Mariana y Juan Carlos, muchas gracias por ser quien son, por el apoyo incondicional, por los consejos, las risas, los enojos, porque como toda familia tenemos altas y bajas, los adoro y a mis niños Ivo y Luka, por tener esa esencia y hacer nuestros días mejores. Paco Monroy muchas gracias por dedicarle tiempo a mi tesis, el profesionalismo y sabios consejos muy atinados y gracias por el apoyo que nos has brindado.

Finalmente, pero no menos importante, Paco, gracias a ti, que eres simple y sencillamente mi mejor amigo, mi consejero, quien siempre me escucha, mi amor de infancia, el amor de mi vida...muchas gracias por recorrer el camino conmigo, gracias por soportar mi humor y malos ratos, pero sobre todo por nunca dejarme sola, siempre al pie de la letra, cuidándome y procurándome como nadie más podría hacerlo, años de risas, consejos, llantos y tantas anécdotas por contar, simple y sencillamente TE AMO por ser el mejor, muchas gracias por ayudarme a romper con mis miedos para poder concluir con mi trabajo y motivarme siempre.

A todos ustedes muchas gracias... ¡LO LOGRAMOS!

Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
CAPÍTULO 1. SALUD OCUPACIONAL.....	11
1.1. Salud y trabajo.....	11
1.1.1. Salud.....	12
1.1.2. Trabajo.....	14
1.1.3. Relación salud y trabajo.....	16
1.2. Salud ocupacional.....	18
1.2.1 Psicología de la salud.....	22
1.3 Descripción del marco jurídico del derecho a la salud en el trabajo.....	25
CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE BURNOUT.....	28
2.1 Concepto del síndrome de burnout.....	28
2.1.1 Sintomatología del síndrome de burnout.....	32
2.1.2 Factores que desencadenan el síndrome de burnout.....	35
2.1.3 Consecuencias del síndrome de burnout.....	36
2.1.4 Modelos teóricos del síndrome de burnout.....	37
2.1.5 Diagnóstico y tratamiento del síndrome de burnout.....	42
2.2 Estilos de afrontamiento del síndrome de burnout.....	45
CAPÍTULO 3. TÉCNICAS COGNITIVO – CONDUCTUALES.....	49
3.1 Definición.....	49
3.2 Bases teóricas.....	51
3.2.1 Condicionamiento clásico.....	51
3.2.2 Condicionamiento Operante.....	53
3.2.3 Teoría del aprendizaje Social.....	54
3.2.4 Modelos cognitivos.....	55
3.3 Intervención terapéutica.....	57
3.4 Principales técnicas cognitivo – conductuales.....	57
3.4.1 Técnicas conductuales.....	58
3.4.2 Técnicas cognitivas.....	65
3.4.3 Terapias fisiológicas.....	72
3.4.4 Investigaciones.....	77
4. TALLER: TÉCNICAS COGNITIVO – CONDUCTUALES COMO PREVENCIÓN AL BURNOUT.....	81
5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	94
REFERENCIAS:.....	97
Apéndice.....	104

Resumen.

Las exigencias de la vida moderna y del mercado de trabajo en las últimas décadas consumen la energía física y mental de los trabajadores, así como su compromiso y dedicación. Actualmente el trabajador se expone a situaciones contraproducentes en el medio laboral que podrían ser agentes que desencadenan el desarrollo de patologías psicolaborales como el síndrome de Burnout, al padecerlo, se presentan consecuencias a nivel emocional, cognitivo, conductual y social que generan trastornos sobre la adaptación del profesional al medio laboral y familiar. Mucho se ha investigado acerca de este síndrome, pero pocos han propuesto medidas terapéuticas o de prevención, por esto el objetivo de este trabajo fue desarrollar un taller con el cual se buscara alertar a los trabajadores acerca del padecimiento del Burnout mediante una encuesta y proporcionarles herramientas que puedan usar en momentos de estrés laboral, bajando sus niveles y disminuyendo el riesgo de presentación del síndrome de Burnout.

Palabras clave: Burnout, medidas terapéuticas, estrés laboral.

Introducción.

En la actualidad el estrés es uno de los padecimientos que la gente sufre en alguna etapa de su vida productiva. Cuando una persona sufre de estrés en el trabajo se conoce como estrés laboral y este se presenta cuando el empleado se ve sometido a diversos factores externos que superan su capacidad para enfrentarse a ellos. Un ejemplo de estrés laboral es el Burnout, el cual es padecido por personas que laboran con atención al público. Este tipo de puestos, en muchas ocasiones van acompañados de una sobrecarga laboral lo que genera una situación de estrés permanente y acumulativo en el empleado. Finalmente el empleado pierde toda motivación y se produce una dinámica mental negativa que le hace percibir cada jornada laboral como interminable.

En México existe poca información sobre la magnitud del estrés laboral, y la diversidad de metodologías y criterios utilizados para medirlo dificulta la comparación en distintos contextos nacionales. A partir de la revisión de algunas publicaciones, en este trabajo se discuten aspectos conceptuales y metodológicos para aproximarse al estudio del Síndrome de Burnout, con la finalidad de definir una línea de investigación que corresponda a la realidad de la práctica profesional en nuestro país y a su intervención.

El presente trabajo proporciona una imagen general del síndrome y no solo como un padecimiento de la persona sino también como un llamado de atención a las empresas para que logren la satisfacción de sus trabajadores, pues es sabido que antes lo único que preocupaba a las organizaciones sobre los individuos eran los resultados de la producción y los objetivos económicos, a pesar, de estar demostrado que la productividad del capital humano es mejor si tienen buena salud y motivación.

Las distintas referencias que se revisaron a lo largo de este documento ponen de manifiesto que, para explicar la complejidad del síndrome de burnout, se debe de enfocar desde una perspectiva amplia, para así llegar a la forma más eficaz de prevención y tratamiento, con intervención en todas sus dimensiones.

El modelo cognitivo-conductual permite desarrollar un tratamiento fundamentado en la interacción persona y medio, centrado en conductas específicas actuales y en las variables que las controlan en el momento presente. Con base en este modelo, se ha propuesto un taller de intervención grupal cuyo objetivo es equipar a los participantes con herramientas de afrontamiento que les permitan mejorar su salud, calidad de vida laboral y comodidad personal disminuyendo los niveles de estrés y evitando que se convierta en burnout.

Capítulo 1 “Salud Ocupacional”. Se describe la importancia de la salud en los individuos, la relación que se presenta entre la salud y el trabajo y como lleva esto a definir la Salud Ocupacional, finalmente se revisará brevemente la parte legal acerca de la salud en el trabajo.

Capítulo 2 “Síndrome de burnout”. Se contextualiza el concepto del síndrome de Burnout, la sintomatología, los desencadenantes, facilitadores y las consecuencias que esto conlleva, se exponen los modelos que al revisar la literatura, se seleccionaron al poder tener una relación con las técnicas cognitivo – conductuales, finalmente se presenta el diagnóstico y tratamiento para este padecimiento y los estilos de afrontamiento.

Capítulo 3 “Técnicas Cognitivo – Conductuales”. Se considera la definición, las bases teóricas, las principales técnicas utilizadas para el síndrome de Burnout y se muestran algunas investigaciones que se realizaron al utilizar estas técnicas como prevención o tratamiento al Burnout.

Capítulo 4 “Propuesta del taller”. Se presenta la propuesta de un taller como herramienta de intervención en las organizaciones para prevenir el Burnout.

Capítulo 5 “Conclusiones, alcances y limitaciones”. Se exponen las conclusiones, los alcances y las limitaciones de este trabajo.

Capítulo 1

Salud Ocupacional

CAPÍTULO 1. SALUD OCUPACIONAL.

Se debe considerar importante hablar de Salud Ocupacional no solo por definirla como un bienestar físico, psicológico o emocional del trabajador, sino, también por que se relaciona con el bienestar, es decir, con la satisfacción en el puesto de trabajo. Para que los trabajadores gocen de buena salud laboral es imprescindible que desarrollen un medio ambiente de trabajo adecuado, en donde puedan realizar su actividad de forma que se sientan útiles, valorados y miembros de la organización. No se debe dejar de lado que el trabajo debe ser en sí una fuente de salud con el que las personas se sienten realizadas profesionalmente y consiguen aspectos positivos y favorables para la misma y en el que desarrollan una actividad física y mental que les revitaliza y les hace sentirse bien.

Con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en las actividades laborales. Dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral (Álvarez & Faizal, 2012).

1.1. Salud y trabajo.

La salud debe ser promocionada para la prevención del personal que puede ser perjudicado en su trabajo, tomando en cuenta las precauciones adecuadas y proporcionando un ambiente de trabajo satisfactorio. Un ambiente de trabajo sano y seguro puede significar aumento en la productividad, la reducción de la rotación de personal y menor ausentismo laboral por enfermedad. Si los trabajadores sienten que su seguridad está bien cuidada es probable que sean mucho más felices y tengan una actitud más positiva hacia su trabajo. (Hughes & Hughes, 2008).

1.1.1. Salud

Conseguir y conservar la salud es primordial en la existencia humana. En su sentido más amplio, el bienestar es una preocupación común para cualquier ser humano, grupo o sociedad. El concepto de salud se describe y explica en varios discursos socialmente contruidos que varían a través del tiempo y el espacio, pero para todas las culturas desempeñan un papel fundamental en la experiencia del ser humano (Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall & Sykes, 2008). La salud a lo largo de los años se ha ido definiendo de diversas formas y según los problemas que han surgido en la misma se han hecho adaptaciones en los conceptos.

La definición más convencional y clásica de salud era entendida como “ausencia de enfermedad”, quizás porque es más fácil comprender la “enfermedad” debido a que se asocia con sensaciones claramente perceptibles y que tienen una implicación directa en la capacidad funcional de la persona y la sociedad misma (Rodríguez & Neipp, 2008).

Richard Doll (en Benavidez, Ruiz & García, 1997) definió a la salud como “la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional, pudiendo dichas condiciones ser medidas objetivamente” (p. 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud (1964) como “un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (pág. 15, Bakal, 1996) con esta definición podemos conocer la naturaleza biopsicosocial de la salud, entendiéndola no solo como la ausencia de enfermedad como se conocía anteriormente. La OMS redefinió en su Asamblea Mundial de la Salud 1977 el concepto de salud, teniendo como meta que “todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (p. 3, Benavidez et al., 1997).

Marks et al. (2008), señalaron que la OMS pasó por alto algunos elementos clave del bienestar. Los factores psicosociales están arraigados en las culturas y no pueden dejarse implícitos, también son ignoradas las fortalezas y debilidades económicas. Los aspectos psicológicos también son importantes en el bienestar y pueden ser ignorados en cualquier definición significativa de la salud, estos están arraigados en el mundo social, por tanto es útil pensar y describir que los procesos psicológicos tienen una naturaleza “psicosocial”, la cual resalta las raíces sociales de todo lo psicológico. Subrayando esto definieron a la salud como “un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de la enfermedad” (p. 4).

Rodríguez-Marín, Pastor y López (1988 en Rodríguez & Neipp, 2008) citan a Salleras (1985), quien entiende la salud como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (p. 17) siendo lo relevante del concepto que la salud es considerada como la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes en el mantenimiento, origen, evolución y pronóstico del proceso de enfermar.

Finalmente es importante considerar los puntos marcados por Rodríguez y Neipp, (2008) tomados de algunos autores:

1. La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, teniendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (San Martín, 1985).

2. La palabra salud es un concepto dinámico y cambiante, por lo cual debe formularse en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad (De Miguel, 1985).
3. La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de una comunidad, pero debe ser responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (Front, 1976). Es importante que se haga promoción en que la persona es auto responsable de mantener la misma.
4. Los riesgos de la salud se asocian claramente a factores sociales (Brannon y Feist, 2000).

Remarcando que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don. (Amigo, Fernández & Pérez, 2009).

1.1.2. Trabajo.

El hombre necesita trabajar para alcanzar una vida sana, productiva y feliz (Nieto, 1999), por lo cual el trabajo es la fuente de toda riqueza, es la condición básica y fundamental de toda vida humana, y se puede decir a tal grado que el trabajo ha desarrollado al ser humano (Juárez, 2008). Siendo Engels (1988 en Juárez 2008) quien mencionó que con el trabajo el ser humano ha transformado la naturaleza por una parte, pero también el mismo trabajo ha desarrollado en el ser humano, su inteligencia, destreza, agilidad física, entendimiento y socialización y evidentemente su especie.

Gracias al trabajo se ha garantizado la supervivencia de los individuos y el desarrollo y estructura de los grupos sociales. Hoy en día es la fuente de ingresos

económicos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas y el incremento de los niveles de bienestar y calidad de vida, para la inmensa mayoría de las personas en nuestra sociedad, de su trabajo. Cuando la adaptación de la persona en su trabajo toma forma funcional se encuentran efectos positivos como el facilitar el desarrollo personal y profesional del individuo, incrementa su autoestima y existen mejoras en su marco social de desarrollo; por el contrario si la adaptación del individuo en su trabajo es de forma disfuncional ocurren una serie de efectos perniciosos tan impactantes a nivel psicosocial como los positivos enumerados. (Luque, Gómez & Cruces, 2000).

El concepto trabajo, de igual forma que el concepto salud, ha sido definido de diversas maneras, a continuación se mencionan algunas.

Peiró (1989 en Torregrosa, Bergere & Álvaro, 1989) lo definen como “el conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social” (p. 163).

Blanch (1996 en Álvaro, Garrido & Torregrosa, 1997) lo define como “la inversión consciente e intencional (retribuida o no, con o sin cláusulas contractuales) de una determinada cantidad de esfuerzo (individual o colectivo) en orden a la producción de bienes, elaboración de productos o realización de servicios con los que satisfacen algún tipo de necesidades humanas”. (p. 87)

Drenth, Thierry y Wolf (1998 en Luque, Gómez & Cruces, 2000), definen el trabajo como “las actividades que las personas desempeñan en función de su adscripción y posición en una organización laboral y que les reporta unos ingresos económicos u otra forma de recompensa financiera” (p. 148).

Para Luque, Gómez y Cruces (2000) el trabajo es definido como “la actividad de carácter productivo que realizan las personas aportando recursos propios (energía, habilidades y conocimientos) para la obtención de algún tipo de compensación material y/o psicosocial”. (p. 150)

Mateos (2001 en Rodríguez et al., 2008) menciona que “el trabajo constituye, por necesidad desde el punto de vista individual, una actividad ligada a un esfuerzo personal, dirigido en primer lugar a la obtención de los bienes básicos del umbral de supervivencia, y a partir de ahí, de la mayor cantidad y calidad de bienes y servicios en la búsqueda del bienestar” (pág. 291).

En la actualidad el trabajo no solo es considerado como una actividad que genera alguna retribución monetaria o beneficios económicos, sino como una actividad que también busca el desarrollo personal y profesional de la persona.

1.1.3. Relación salud y trabajo

La salud y el trabajo se relacionan en gran medida, el trabajo es la base que se genera en los cambios de la humanidad, que en ocasiones ataca a quien lo realiza, enfermándolo si no es adecuado. El desarrollo de la humanidad depende en gran medida del trabajo, el cual influye significativamente en la salud, ya sea de manera positiva o negativa. (Álvarez & Faizal, 2012).

El trabajo que surge desde el inicio del hombre, para cubrir las necesidades de proveerse de alimentos y medios de subsistencia, también determinó la existencia de accidentes o enfermedades con motivo de su actividad laboral (Barquín, Kahan, Szpirman & Legaspi, 2000).

La salud y el trabajo están unidos, tienen realidades sociales concretas que se encuentran en estado de permanente cambio. Las formas de trabajo han variado

históricamente y con ellas las circunstancias que favorecen o no la salud de los trabajadores. (Álvarez & Faizal, 2012).

Al presentar la relación trabajo-salud se debe considerar su carácter bidireccional, positivo y negativo. Es decir, tanto el trabajo puede influir sobre la salud como el estado de salud, sobre la realización de un trabajo. Adicionalmente, el trabajo no solo repercute negativamente en la salud, sino que también puede aportar elementos beneficiosos en el ambiente personal y social (Benavidez et al., 1997).

Para Parra (2003) el trabajo es fuente de salud, mediante el cual, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para la mantención de un buen estado de salud. Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, de los cuales aquí sólo se enumeran algunos:

- Salario
- Actividad física y mental
- Contacto social
- Desarrollo de una actividad con sentido
- Producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos.

El trabajo en las mejores circunstancias proporciona un ingreso para tener buenas condiciones de vida, además de tener un impacto positivo social, psicológico, de salud física y de bienestar (Organización Mundial de la Salud OMS, 1995), la realización de un trabajo puede permitir estructurar el tiempo, establecer relaciones con otros individuos, desarrollar una actividad creativa, adquirir una identidad social o garantizar una seguridad personal y familiar duradera (Benavidez et al., 1997), en oposición a esto, las condiciones de trabajo y

ambiente laboral en muchos países aún presenta un estado de inseguridad y amenaza contra la salud, reduciendo el bienestar personal, la capacidad de trabajo e inclusive poniendo su propia vida en peligro (OMS, 1995).

El trabajo en cualquiera de sus formas, ya sea remunerado o no, es necesario para la vida humana saludable pero en muchos casos es capaz de dañar la propia salud de quienes lo realizan en forma individual o colectiva. Es de esta forma como el trabajo se vuelve determinante para la salud. Una fuerza de trabajo saludable es uno de los bienes más preciados con los que cuenta cualquier país o comunidad, ya que no solo contribuye a la productividad y riqueza del país, sino a la motivación, satisfacción y calidad de vida de la población (Nieto, 1999), sin embargo, cuando el trabajo se vuelve dañino para la salud afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo y de igual importancia son las enfermedades profesionales (Parra, 2003).

1.2. Salud ocupacional.

La salud ocupacional y la prevención de sus riesgos son consideradas, a nivel mundial pilares fundamentales en el desarrollo de un país, constituyen una estrategia de lucha contra la pobreza, y sus acciones están dirigidas a la protección de los trabajadores. (Álvarez et al., 2012).

Salud laboral hace referencia a la intersección de los conceptos de salud y trabajo. En el primer sentido refiere a todos los aspectos de la salud de la persona relacionada con el trabajo y sus circunstancias. En un segundo sentido, obviamente relacionado con el primero, podemos entender la salud laboral como la salud de una organización laboral. (Rodríguez et al., 2008). El concepto de salud en la ocupación laboral es importante, este está relacionado con el medio ambiente de su entorno laboral y hay que conocer su comportamiento para ayudar

a prevenir la enfermedad. (Álvarez et al., 2012). El principal destinatario es entonces, la población que trabaja y que constituye el núcleo productor de riqueza de una sociedad. (Nieto 1999).

En un informe de la Primera sesión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en 1950, la Salud Laboral se definía como aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En conclusión adaptar el trabajo al hombre y el hombre a su trabajo. En este sentido, la salud laboral puede entenderse como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. Siendo a partir de esto los objetivos de la salud laboral el prevenir las enfermedades y la promoción de la salud (Benavidez et al., 1997).

Los objetivos de la salud laboral, pues, son identificar o modificar los factores relacionados con el trabajo que tengan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, y potenciar los factores que pueden tener un efecto beneficioso sobre la salud y el bienestar del trabajador; así como el tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud que padecen los trabajadores. (Rodríguez et al., 2008).

De acuerdo a la definición acordada por la OMS, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social. Las especialidades y profesionales encargados de llevar a cabo este objetivo son: (Parra, 2003)

- **Ingeniería:** cuenta con capacidades y conocimientos para adoptar medidas técnicas y organizacionales que reduzcan o eliminen el riesgo de enfermedades profesionales o accidentes del trabajo.
- **Medicina:** posee la capacidad de detectar enfermedades y proponer medidas preventivas para las enfermedades causadas directamente o agravadas por el trabajo.
- **Psicología:** puede proponer medidas organizacionales que reduzcan riesgos para la salud física y mental causados por el trabajo.
- **Sociología:** puede proponer cambios en los aspectos organizacionales para reducir el riesgo derivado de los “factores sociales”.
- **Enfermería:** puede realizar una importante labor de promoción y educación para una mejor salud en el trabajo.
- **Ergonomía:** adecuar las condiciones del trabajo a las personas, de modo que se reduzcan los riesgos derivados del trabajo.

Independientemente de las especialidades enumeradas anteriormente, la salud laboral debe ser en primer lugar una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo, no es ético que las personas malogren su salud y su vida, intentando ganarse la vida (Parra, 2003).

Según Nieto (1999), las alteraciones en la salud relacionadas con el trabajo pueden agruparse en las siguientes categorías:

- **Accidentes de trabajo:** en términos científicos y con el objetivo de la prevención se entiende como accidente de trabajo a la ruptura en el equilibrio necesario entre el hombre y sus condiciones de trabajo.

Representa un daño físico y un sufrimiento para el trabajador y daños para el proceso productivo (pérdidas de tiempo y productividad, rotura de equipos, pérdida de materiales, etc.). Un accidente de trabajo es siempre el resultado de la interacción de múltiples factores entre los que se destacan los propios del medio ambiente de trabajo (condiciones físicas ambientales de trabajo, equipos de trabajo, organización de trabajos, ritmos de trabajo, relaciones de trabajo, etc.) y los del individuo (características antropológicas, carga, fatiga, calificación, nutrición, estado de salud, etc.).

- **Enfermedades profesionales:** desde una concepción preventiva, se definen como cualquier condición anatomopatológica debida a la acción específica de las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral, es decir son aquellas causadas directa y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo. Tienen consecuencias directas sobre el expuesto causando alteraciones reversibles, irreversibles (incapacidades) o muerte y algunas veces repercusiones sobre sus descendientes.
- **Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo:** un comité de expertos de la OMS recomendó que además de las enfermedades profesionales reconocidas se introdujera el término enfermedad relacionada con el trabajo, para aquellas enfermedades en las cuales las condiciones y medio ambiente de trabajo influyen considerablemente.

Es importante pensar en los beneficios que se obtienen al considerar la salud en el trabajo, como a continuación mencionó Peniche (2008):

- Los empresarios, al incrementarse la productividad y al aumentar la satisfacción de los trabajadores reducen el número, la frecuencia y la intensidad de los conflictos obrero-patronales.

- Los administradores, al reducirse la fricción con la fuerza de trabajo pueden dedicar más tiempo a los problemas de planeación, organización y dirección, incrementando su rendimiento significativamente.
- Trabajadores que al incrementar su salud y mantener su integridad obtendrán más satisfacción en las labores desempeñadas y propiciará su desarrollo en forma integral.
- Clientes y usuarios al obtener mejores productos y servicios y una mejor atención personal.
- La sociedad, al aumentar la productividad y la satisfacción en el trabajo en el incremento en la salud mental pública.

1.2.1 Psicología de la salud.

Al aceptarse el concepto integral de la salud, en donde interactúan el ámbito, biológico, psicológico y social lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo, por lo tanto es necesaria la consulta de las ciencias del comportamiento. Por lo cual la Psicología de la Salud aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de medicina comportamental. (Rodríguez & Neipp, 2008).

Matarazzo (1980, en Cantú & López, 2009) desarrolló una de las definiciones principales de Psicología de la Salud, misma que considera la American Psychological Association (A.P.A.) como oficial “el conjunto de contribuciones específicas en lo educativo, científico y profesional a la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionado con la

salud y la enfermedad, así como el análisis de la disfunción para mejorar los sistemas de cuidado de la salud. (p. 56).

Para Bloom (1988 en Cantú & López, 2009) la psicología de la salud se describe como “el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad”. (p. 56).

Para Stone (1988) es definida como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a los problemas del sistema de la salud, los cuales incluyen reducción de peligros ambientales para la salud, reducción de los riesgos presentados por ambientes peligrosos, identificación de cuándo se requiere recurrir al tratamiento profesional y guiar a la persona acerca de la necesidad de un tratamiento, en donde puede obtenerlo y seleccionar cual es el más conveniente, de esta forma buscando devolverlo a un estado efectivo de participación en su situación previa de vida, tanto sea posible.

Morales-Calatayud (1999 en Cantú & López, 2009) definen este concepto como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento como proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermar y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de la salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de la salud a las necesidades de lo que los reciben” (p. 56).

Para León y Medina (2002) la psicología de la salud es concebida como la integración y no la suma de contribuciones que aun ocupándose de aspectos

distintos del comportamiento comparte idénticas dimensiones del concepto de salud.

Con estas definiciones podemos ver que la psicología de la salud se refiere al estudio del comportamiento en el plano de la salud, la cual estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedades físicas de los individuos, colabora en el diseño y aplicación de programas de intervención, para la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, consiguiendo así una buena calidad de vida del enfermo. (Rodríguez & Neipp, 2008).

Los principales objetivos de la psicología de la salud son el campo de investigación, la prevención y la intervención, conocer cuáles son las variables determinantes para que las personas tengan conductas que lleguen a enfermarlas y al conocerlas promover hábitos de salud favorables o conductas preventivas, (Cantú & López, 2009), Busca entonces la mejora de la calidad de vida laboral y proteger la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009), en lugar de hallar tratamientos una vez que han caído enfermos. (Rodríguez & Neipp, 2008).

Finalmente los campos de aplicación de la psicología de la salud según la A.P.A. son en diversos escenarios, entre las actividades clínicas resaltan la evaluación cognitivo-conductual, evaluación psicofisiológica, entrevistas clínicas, encuestas demográficas y evaluación de la personalidad. Las intervenciones se realizan en manejo de estrés, técnicas de relajación, bioretroalimentación, psicoeducación, procesos de afrontamiento a la enfermedad y técnicas cognitivo-conductuales. (Cantú & López, 2009).

1.3 Descripción del marco jurídico del derecho a la salud en el trabajo

El impacto de la salud de los trabajadores sobre su calidad de vida, la de su familia y de la comunidad constituye éticamente el valor principal y la justificación social más trascendente para el desarrollo de la salud ocupacional, adquiriendo así el carácter del derecho humano. (Nieto, 1999).

El derecho a la salud, seguridad y bienestar en el trabajo hace parte de los derechos humanos básicos y fundamentales, siendo mundialmente aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Laboral Internacional (ILO) y otras organizaciones, que todos los ciudadanos del mundo tienen derecho a un lugar de trabajo saludable y seguro, además de un ambiente que le permita vivir una vida social y económicamente positiva. (OMS, 1995). La declaración de los derechos del ser humano (1948, en Nieto, 1999) dice en su artículo 23 que “toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo” (p. 9), lo cual hace de la salud y el trabajo derechos humanos.

Desde el punto de vista económico, la salud de los trabajadores adquiere relevancia en el marco del progreso y desarrollo de la sociedad por la cual está compuesto. La buena salud del trabajador influye entonces en la capacidad de producción individual y nacional. (Nieto, 1999).

En nuestros días se conocen como derechos de los trabajadores, a saber el proceso por el cual generalmente en forma de ley o reglamentación establece que es obligatorio informar a los trabajadores acerca de la existencia de riesgos específicos para la salud en su lugar de trabajo. (Barquin et al., 2000).

La OIT señala que uno de cada diez trabajadores de los países industrializados sufre de depresión, ansiedad o estrés, provocando importantes consecuencias sociales y económicas. En organizaciones y empresas se ha observado que las

enfermedades y muertes prematuras de los trabajadores mexicanos se deben a enfermedades psicosomáticas y problemas mentales causados por el estrés. En México a la fecha todavía no existen leyes que regulen los riesgos psicosociales que causan el estrés y síndrome de burnout poniendo en riesgo la salud de los trabajadores, convirtiéndose en un problema de salud pública, deteriorando todo el ámbito laboral, perjudicando la eficiencia de las organizaciones. (Rodríguez, Aguilera, Rodríguez, López & García, 2011) lo cual se puede comprobar al revisar la Ley Federal del Trabajo, las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Tabla de Enfermedades, etc., solo se habla de enfermedades ocasionadas por algún objeto, sustancias químicas, ruido, etc.

Como podemos observar en la actualidad están surgiendo enfermedades “nuevas” que son desconocidas por la empresa, los trabajadores y las leyes, entre ellas se encuentran el burnout o síndrome del quemado, enfermedad que ha afectado un sinnúmero de personas. En el siguiente capítulo se describirá más a fondo el síndrome.

Capítulo 2

Síndrome de Burnout

CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE BURNOUT

2.1 Concepto del síndrome de burnout.

El burnout es un tipo de estrés laboral crónico que tiene su origen, precisamente, en la falta de control sobre el trabajo. (Amigo, Fernández & Pérez, 2009). En esencia el burnout es un agotamiento físico y/o mental, usualmente causado por el estrés laboral. (García et al., 2008).

Las relaciones que las personas llevan a cabo en su trabajo, así como las dificultades que pueden surgir de éstas, han sido reconocidas desde hace un tiempo como un fenómeno significativo de la vida moderna. Este fenómeno ya era considerado como tema importante por varios profesionales antes de que se diera una definición formal. (García, Gutiérrez, Ruiseñor & Familiar, 2008). No fue hasta hace 30 años, aproximadamente, que se introdujo el término “burnout” por primera vez, en el léxico médico y en especial en el psicosocial. (Maslach, 1976, en García et al., 2008).

Se han hecho varios intentos a través del tiempo de definir un concepto tan ambiguo como el burnout, sobre todo dentro de la investigación en castellano al no existir una traducción literal del inglés que sea adecuada o satisfactoria. Dentro de los distintos términos en castellano se han propuesto: “síndrome por quemarse en el trabajo”, “síndrome de desgaste”, “síndrome del quemado”, “síndrome de burnout”. (Gil-Monte, 2002).

El término burnout fue descrito y delimitado como un problema de salud vinculado al ejercicio de la actividad laboral, por primera vez por Herbert Freudenberger (1974), psiquiatra y psicoanalista, lo empleó para describir un conjunto de síntomas físicos y psíquicos padecidos por personal sanitario, (estado de hundimiento físico y emocional como resultado de las condiciones de trabajo).

Según Freudenberger es caracterizado por un estado de agotamiento, como consecuencia de trabajar intensamente y sin tomar en consideración las propias necesidades. (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés & Fernández, 2003), que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas que prestan servicios del ejercicio diario del trabajo (Gil-Monte, 2005). Se percató de esto debido a que se encontraba realizando estudios en una clínica de Nueva York con un grupo de toxicómanos, y dándose cuenta de que los voluntarios al llegar con mucha ilusión a trabajar con ellos, después de un año de trabajo, aproximadamente, padecían de forma progresiva una disminución de energía, agotamiento y ansiedad, lo cual le llamó la atención, describiendo a los voluntarios como personas insensibles, incomprensibles y muy agresivas en su relación con los pacientes al grado de darles un trato distante. (Freudenberger, 1974).

Maslach (1981 en García et al., 2008), psicóloga social que estudiaba las emociones en el lugar de trabajo, realizó múltiples entrevistas sobre el estrés laboral en trabajadores de los servicios humanos. Empleó el mismo término para describir el proceso como un síndrome que genera actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto y pérdida de interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio (Maslach & Pines, 1977), lo describe también como una pérdida gradual de la responsabilidad y el desinterés entre trabajadores del campo de la psicología social. (Maslach, Schaudeli & Leiter, 2001).

En 1980, el trabajo que se llevó a cabo sobre el burnout se centraba en la investigación empírica sistemática; incluyéndose más datos cuantitativos y se utilizaba metodología de entrevistas y encuestas. En este sentido fue notable la contribución realizada por el Maslach Burnout Inventory (MBI), desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, y que a la fecha sigue siendo la herramienta más utilizada para medir el burnout por los investigadores, se diseñó para aplicarse a personas que tenían trabajos relacionados con los servicios humanos, pero debido al gran interés sobre el tema, realizaron una segunda versión para las personas

que trabajaban en la educación (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey o MBI-ES) (Maslach & Jackson, 1996 en García et al., 2008). Posteriormente realizaron una versión que tiene un carácter más genérico traducido a varios idiomas, incluyendo el castellano, la cual actualmente es utilizada (Maslach Burnout Inventory General-Survey o MBI-GS). (Shaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996, en García et al., 2008).

Maslach y Jackson complementaron el concepto, a raíz de la aplicación del MBI, definiendo el burnout como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización. (Maslach, Schaudeli & Leiter, 2001). Con esto se considera un síndrome tridimensional presente en personas cuyo objeto de trabajo son las personas (Gil-Monte & Peiró, 1997). De acuerdo con Maslach y Jackson en 1981 y 1982 y con Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996 las dimensiones se describen de la siguiente manera: (Uribe, 2008)

- Cansancio emocional (agotamiento): pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste y fatiga. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, es una experiencia de estar emocionalmente agotado por haber mantenido contacto cotidiano con las personas en el trabajo como pacientes, presos, alumnos, clientes, etc.
- Despersonalización: desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, estas personas son vistas de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que lleva a que les culpen de sus problemas.
- Falta de realización personal: respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Aunque parece no ser totalmente exacto, se piensa que las dos primeras facetas conducen a la tercera, lo cual sugiere la complejidad del síndrome del agotamiento o desgaste profesional. (Ortiz & Arias, 2008). El agotamiento constituye la característica principal y la manifestación más obvia del síndrome de burnout, sin embargo, no significa que sea una causa suficiente, no captura los aspectos críticos de la relación que mantienen las personas con su trabajo; más bien constituye las acciones que dirigen al individuo a distanciarse emocional y cognitivamente de su trabajo, posiblemente como respuesta a la sobrecarga de trabajo. (Wilhelm, Kovess, Rios & Finch, 2004).

En 1990, el síndrome de burnout se había extendido más allá de los servicios humanos y la educación, incluyendo una gama de actividades relacionadas con la prestación de servicios en general (militares, gerentes, clérigos, etc.) y la investigación se fortaleció al utilizar metodología sofisticada que incluía modelos y herramientas estadísticas. (García et al., 2008).

Para Guerrero y Vicente (2001) es importante considerar al burnout como un fenómeno psicosocial, intangible, con más de una definición y perspectiva de estudio. Teniendo dos perspectivas de estudio, la clínica y la psicosocial, en la primera se debe considerar una relación estrecha entre el estrés y el burnout pues éste es el final y la consecuencia de una respuesta de estrés crónico, la cual sobrepasó al profesional, agotando su capacidad de adaptación; desde la perspectiva psicosocial se acepta que el burnout es un proceso caracterizado por una extenuación emocional y una actitud negativa hacia las personas con quienes se trabaja y hacia el propio rol; dicho proceso deriva de las situaciones impertinentes en la organización.

Al considerar la definición del burnout es importante subrayar que esta patología debe ser entendida como una forma de acoso psicosocial en el trabajo. Es una situación en la que el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral y en especial el

social. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo, por tanto se entiende que tiene su origen en el trabajo y no en el trabajador. (Gil-Monte, 2005).

Gil-Monte (2005), profesor de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones de la Universidad de Valencia, define el burnout como *“una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización”*.

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

2.1.1 Sintomatología del síndrome de burnout.

En la literatura se presentan un sinfín de síntomas que están relacionados al burnout, y estos síntomas afectan al empleado en el ámbito cognitivo, en sus actitudes, conductas y físicamente. (Gil-Monte, 2005).

Para la Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2006) es importante destacar que la forma y el ritmo con que se producen estos cambios degenerativos en el estado de salud del trabajador afectado no son iguales en todos los casos; por lo cual no siempre será fácil delimitarlos en la práctica, se han descrito 4 formas de evolución de esta patología:

- Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos, e inespecíficos como cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias, etc., y se vuelven poco operativos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve como primer escalón de alarma, es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.
- Moderada: aparece insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la auto-medicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.
- Grave: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso del alcohol y psicofármacos.
- Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Para Gil-Monte (2005) el burnout trae resultados negativos para el sujeto que lo sufre como para la organización que lo ha contratado; para el primero puede provocar alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, etc., para la empresa, deterioro en la calidad del servicio, rotación de personal, ausentismo, problemas de asiduidad, y hasta abandono de trabajo.

El burnout es el que más influye sobre los problemas de salud mental y síntomas cardiovasculares. (Juárez, 2008). Los síntomas asociados con este síndrome son: disminución de energía, fatiga crónica, debilidad y preocupación. Las respuestas emocionales se manifiestan con sentimientos de depresión, desesperanza, acorralamiento, desprendimiento afectivo, intelectualización de las situaciones estresantes, distanciamiento hacia clientes y/o compañeros de trabajo. (Ortiz & Arias, 2008).

Bosqued (2008), realizó un listado de los síntomas relacionados al burnout (ver tabla 1), señalando que a pesar de que el listado es muy amplio, no quiere decir en ningún momento que todas las personas afectadas presenten todos los síntomas, generalmente, cada persona se centra en alguno de ellos.

Síntomas Físicos	Cansancio, fatiga crónica, insomnio, tensión muscular, alteraciones del apetito, dolores de cabeza, taquicardia, disnea o dificultades para respirar, alteraciones gastrointestinales, dolores músculo – esqueléticos, hipertensión, migrañas, infarto de miocardio, disfunciones sexuales.
Síntomas emocionales	Irritabilidad y enojo excesivo, sensación de vacío, de alineación, de impotencia, de fracaso, frustración y decepción, desaparición del sentido del humor, baja autoestima, sensación de realizar un esfuerzo mayor para realizar el mismo trabajo de antes, decae la motivación hacia el trabajo, inseguridad, distanciamiento, desinterés e incluso rechazo hacia los demás, disminución de la empatía, sensación de fracaso profesional, baja tolerancia a la frustración, sentimientos de rechazo hacia la propia profesión, falta de esperanza en el futuro laboral, negatividad, culpabilidad.
Síntomas cognitivos	Problemas de atención, dificultades de memoria, negación del problema, ideación negativa acerca de la organización, el contenido del trabajo, los jefes/compañeros/subordinados, los usuarios del servicio prestado y el propio desempeño laboral, falta de logro, desinterés en el trabajo llevando al ausentismo, pensamientos y fantasías acerca de abandonar la profesión, ideación suicida.
Síntomas en el comportamiento	Disminución en el rendimiento laboral, evitación de responsabilidades, olvido de compromisos importantes, claro aumento del absentismo laboral por enfermedad, entretenerse en horas de trabajo con cuestiones distintas a las laborales, llegar más tarde y salir más temprano del horario habitual, críticas exageradas y quejas continuas hacia la empresa, el trabajo, los compañeros, jefes, subordinados, usuarios del servicio, etc., tendencia a adoptar conductas de riesgo, abuso de sustancias tales como café, tabaco, alcohol, fármacos u otras drogas generalmente legales, abandono de profesión o cambio de puesto, en los casos más graves, consumado o no, intento de suicidio.

Tabla 1. Bosqued (2008).

2.1.2 Factores que desencadenan el síndrome de burnout.

De acuerdo a Gil-Monte y Peiró (1997) identificar todas las variables causantes del burnout es una tarea de gran complejidad, considerando que cualquier situación crónica desagradable del entorno laboral puede ser un estresor y por tanto desencadenar o facilitar la aparición del síndrome. A pesar de esto identifican conjuntos de variables en el trabajo y determinantes características personales que hacen más vulnerables a las personas de experimentar burnout. Estos autores hacen una diferencia entre desencadenantes y facilitadores del burnout, entendiendo a los desencadenantes como aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral, y las segundas como aquellas variables de carácter personal que tiene una función facilitadora o inhibidora o mediadora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto.

2.1.2.1 Desencadenantes de burnout

Dentro de los factores desencadenantes se consideran los siguientes:

- Ambiente físico del trabajo: tales como el ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, condiciones climatológicas, higiene, toxicidad, y disponibilidad del espacio físico. (Barragán, 2004).
- Demandas estresantes del puesto como turnos rotados de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral. (Gil-Monte & Peiró, 1997).
- Demandas estresantes del puesto se encuentran la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, las tareas a realizar, la retroalimentación recibida sobre su desempeño o la identidad de las tareas que realiza. En cuanto al rol se encuentran el conjunto de expectativas y

demandas sobre conductas que esperan de la persona que ocupa el puesto. (Gil-Monte & Peiró, 1997). En los cargos que se caracterizan por tener trato con el cliente los estresores son el trato directo e intenso con el cliente y el involucramiento en los problemas con el cliente (Bakker, Demfrouiti, Schaufeli, 2002).

- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías, la aparición de nuevas tecnologías facilitan o dificultan el desempeño de las tareas, llevando a un cambio drástico en las habilidades que la persona pone en práctica para desempeñar su trabajo. (Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.1.2.2 Facilitadores de burnout.

Con estas características podemos saber quién es más susceptible a padecer burnout. Las variables de carácter demográfico son las conocidas como facilitadores, siendo: sexo, edad, estado civil, hijos, antigüedad en el puesto, antigüedad en la profesión, personalidad y estrategias de afrontamiento. (Gil-Monte, 2002).

2.1.3 Consecuencias del síndrome de burnout.

Para Gil-Monte y Peiró (1997), existen dos tipos de consecuencias derivadas del burnout, las del individuo y las de la organización, siendo las siguientes:

a) consecuencias del individuo:

- Consecuencias sobre la salud: crisis asmáticas, dermatitis, propensión e infecciones, hipertensión, catarros frecuentes, aparición de alergias,

dolores cervicales y de espalda, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, fatiga, úlcera gastrointestinal, jaqueca, etc.

- Consecuencias interpersonales extralaborales: estas actitudes inducen a un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales, como pueden ser: enfrentamientos matrimoniales, ruptura familiar, exigencia de mayor atención familiar, incomunicación o evitación y aislamiento con familiares o amigos, desplazar las relaciones familiares a un segundo plano, hostilidad. Para Buendía (1998) es necesario agregar también depresión, accidentes, uso o abuso de medicamentos, drogas o alcohol, trastornos en la alimentación, cambios de humor, incapacidad para concentrarse, inhabilidad para tomar decisiones, trastornos de la atención, percepción, memoria, ansiedad, depresión, paranoia y suicidio.

b) consecuencias de la organización:

- Las consecuencias laborales incluyen insatisfacción, deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad en el trabajo, absentismo laboral, reconversión profesional, abandono de la profesión, baja involucración en la actividades laborales como la toma de decisiones, conflictos con compañeros, supervisores y usuarios, aumento de rotación de personal y accidentes de trabajo. (Gándara, 1998).

2.1.4 Modelos teóricos del síndrome de burnout.

La necesidad de explicar el síndrome de burnout (relación de antecedentes-consecuentes), junto a la necesidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la

creación de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes – consecuentes del síndrome de burnout.

Los modelos que se consideraron en este apartado son los que ponen atención en los aspectos cognitivos, son elaborados desde consideraciones psicosociales se dividen en tres grupos. El primer modelo incluye modelos desarrollados en el marco teórico de la “teoría sociocognitiva del yo”, estos modelos se caracterizan por tomar las ideas de Albert Bandura que básicamente considera que; a) las cogniciones de los individuo influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión que acompaña la acción. El segundo grupo recoge modelos elaborados desde las “teorías del intercambio social”. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. Proponen el síndrome del burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado de los procesos de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Por último el tercer grupo se basa en “la teoría organizacional” los cuales toman como antecedente del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del síndrome. (Gil-Monte & Peiró, 1999).

2.1.4.1 Modelos de la Teoría Sociocognitiva del yo.

Como se mencionó anteriormente estos modelos consideran que las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas y el empeño para obtener los objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones está determinado por la autoconfianza del sujeto. Es evidente, entonces, que estos modelos dan gran importancia a las variables del “self”, como ser, la autoconfianza, autoconcepto, etc. (Martínez, 2010).

Entre los modelos que explican esta teoría se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompsom, Page y Cooper (1993). (Ver tabla 2).

Modelo	Descripción
Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)	Este autor explica la competencia percibida como función del síndrome de Burnout. Explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen una gran motivación por ayudar a los demás y de altruismo, pero en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera, lo cual determinará la eficacia del trabajador. Si se consiguen factores que ayudan y se juntan con la motivación el resultado será benéfico, si se consiguen factores que sean barrera, que dificulten el logro de metas, el sentimiento de autoeficacia disminuirá y si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el síndrome de burnout. Entre los factores de ayuda o de barrera, según sea el caso, se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.
Modelo de Pines (1993)	Este autor señala que el síndrome aparece cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Este modelo es motivacional y plantea que sólo sufren burnout aquellas personas con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, depresión, fatiga, pero nunca burnout. Por lo tanto, el burnout lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas.
Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)	Cherniss explica que la ganancia independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto, sin embargo, la no obtención de esas metas lleva al fracaso psicológico, es decir a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo de Burnout. Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia tienen menos probabilidad de desarrollar burnout, debido a que experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras, ya que creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.
Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	Estos autores destacan cuatro factores implicados en la aparición del síndrome y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) la diferencia entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, 2) el nivel de autoconciencia, 3) las expectativas de éxito personal, 4) los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras varios fracasos en la obtención de metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de retirada mental o conductual de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Teniendo como objetivo reducir las diferencias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

Tabla 2 Descripción de los modelos explicativos según la teoría sociocognitiva del yo.

2.1.4.2 Modelos de la teoría del intercambio social.

Estos modelos, como se explicó anteriormente, plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conlleva a aumentar el riesgo de padecer burnout (Martínez, 2010).

Los modelos que se proponen en este marco son: el modelo de comparación social de Buunk y Schaufell (1993) y el modelo de conservación de recursos Hobfoll y Freedy (1993). (Ver tabla 3).

Modelo	Descripción
Modelo de comparación social de Buunk y Schaufell (1993)	Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del burnout en enfermeras. A partir de esto plantea dos tipos de etiología del burnout, uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes y pone énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo, a lo cual los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros en situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes. Según estos autores existen tres fuentes de estrés que están relacionados con los procesos de intercambio social 1) la incertidumbre: la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) la percepción de equidad: el equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) la falta de control: se explica como la posibilidad / capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.
Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	Se basa en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. Según esta teoría para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y así vulnerabilidad a perderlos, también se debe modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del burnout. Estos recursos son propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales y capacidad física.

Tabla 3. Descripción de los modelos de la teoría del intercambio social.

2.1.4.3 Modelos de la teoría organizacional.

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. (Martínez, 2010).

Los modelos que describen esta teoría son: modelos de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) y el modelo de Winnubst (1993) (ver tabla 4).

Modelo	Descripción
Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carler (1988)	Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en donde la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así en la consecuencia, la despersonalización es la primer fase del burnout, la segunda la realización personal disminuida y por último el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski en 1986, subraya la importancia de las disfunciones del rol, en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza de rol, provocando sentimiento de pérdida de autonomía de control, lo que genera sentimiento de irritabilidad, fatiga y disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral, la cual puede ser constructiva o no, dependiendo de la naturaleza, si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el burnout, las siguientes fases se caracterizan por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.
Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)	Este modelo sugiere que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización se considera como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o a las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.
Modelo de Winnubst (1993)	Este modelo plantea que el burnout surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, el burnout estaría influido por los problemas derivados de la estructura, el clima y la cultura organizacional. Este autor defiende la idea de que el burnout puede afectar a todo tipo de profesionales y no solo a aquellos que trabajen en áreas de la salud o servicios de ayuda.

Tabla 4 Descripción de los modelos de la teoría organizacional.

2.1.5 Diagnóstico y tratamiento del síndrome de burnout.

El diagnóstico y tratamiento del burnout tienen una gran importancia ya que son imprescindibles para decidir cuándo, dónde y a quien se debe intervenir. El diagnóstico adecuado requiere una valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar procesos similares y evaluar la frecuencia e intensidad con que el individuo presenta los síntomas, así como identificar las fuentes que han ocasionado el estrés y que originaron la aparición de los síntomas. (Gil-Monte, 2005).

Es importante que como cualquier afección primero se identifique si los síntomas que tiene el individuo se ajustan a un determinado perfil y diferenciarlo de otras

afecciones, para determinar esto se deben realizar procedimientos cualitativos y cuantitativos, los primeros se refieren a entrevistas al trabajador y los segundos consisten en realizar escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia del síndrome y así conocer los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo del mismo en ese momento en la organización. (Gil-Monte, 2005).

En un principio el burnout se describió por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto-informes y cuestionarios, recientemente estos métodos de evaluación han sido sustituidos por instrumentos de medición más confiables. (Uribe, 2008).

El cuestionario es el método que más se ha empleado para estimar el síndrome del burnout, debido a esto se han elaborado demasiados para evaluarlo. (Gil-Monte & Peiró, 1997). En general los cuestionarios recogen las respuestas del sujeto en cuanto a cambios emocionales y cognitivos, cambios negativos en la ejecución profesional y consecuencias de una situación de presión profesional que aparece de manera continuada. (Ramos, 2008).

En México y muchos otros países el instrumento más utilizado para medir el burnout es el Maslach Burnout Inventory - MBI de Maslach y Jackson, consta de 22 reactivos que recogen afirmaciones sobre pensamientos, sentimientos, emociones y conductas del profesional relacionados con su trabajo. Las puntuaciones de los sujetos son categorizadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (Ramos, 2008; Uribe 2008). Sin embargo, de acuerdo con Schute, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000) diversos estudios hechos por diferentes investigadores; las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas con las clasificaciones de patología, clasificaciones diagnósticas y niveles de burnout, ya que estos pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura.

Actualmente se han desarrollado escalas enfocadas a contextos más definidos y poblaciones particulares, tal es el caso de los instrumentos desarrollados para la evaluación de burnout en población mexicana (Uribe, García, Leos, Archundia, Pizano, Lozano, 2007 en García et al., 2008), el EMEDO, Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, que consta de 70 reactivos y que mide tres dimensiones de Maslach más factores psicossomáticos y factores psicossociales.

Una vez que se identifica el síndrome se debe dar pie al tratamiento y en algunos casos a la prevención.

De acuerdo a Ramos (2008) las principales estrategias de intervención que se deben aplicar a las personas que padecen el síndrome de burnout deben integrar técnicas que permitan:

- a) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento de técnicas que permitan la adquisición y mejora de estrategias individuales de afrontamiento, principalmente las centradas en la solución de problemas).
- b) Desarrollar estrategias cognitivo – conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, entrenamiento de inoculación de estrés, técnicas de organización personal, etc.)
- c) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y la asertividad.
- d) Fortalecer las redes de apoyo social.
- e) Disminuir y, si es posible eliminar, los estresores del contexto organizacional.

Para Ramos (2008) teniendo en cuenta el nivel de intervención, las estrategias a utilizar se pueden diferenciar en:

- a) Estrategias individuales deben dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés, como pueden ser, ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, uso eficaz del tiempo, habilidades sociales y asertividad, desarrollo de habilidades de comunicación, etc.
- b) Estrategias sociales las cuales consideran grupos de trabajo y la interacción social, por lo cual deben incluir, apoyo profesional, desafío profesional, apoyo emocional, eficacia profesional, habilidades sociales, liderazgo, etc.
- c) Estrategias organizacionales las cuales requieren entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional, tales como, programas de socialización anticipatoria, implementación de sistemas de evaluación y feedback, procesos de desarrollo organizacional, rediseñar la realización de las tareas, clarificar la toma de decisiones, mejorar la supervisión, establecer objetivos claros de autoridad y responsabilidad, mejorar las redes de comunicación organizacional, cambiar actividades, mejorar las recompensas, favorecer la promoción del profesional, aumentar las responsabilidades, aumentar la participación en la toma de decisiones, promover la flexibilidad laboral, promover el trabajo en equipo, etc.

2.2 Estilos de afrontamiento del síndrome de burnout.

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el afrontamiento es un importante moderador de los procesos de estrés, incluido el burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales, y por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal lo define como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que genera al malestar. Por otro lado, el modelo

psicoanalítico de la psicología del ego lo define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto, reducen el estrés (Lazarus & Folkman, 1986 en Martínez, 2010).

El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que se destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extradiación de valores positivos a los acontecimientos negativos. Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida). (Martínez, 2010).

Según Ramos (2008) las estrategias de afrontamiento más utilizados son:

- Mantener relaciones estables.
- Ocuparse de los problemas en cuanto aparecen
- Tener un hogar que es un “refugio”
- Planificar con anticipación
- Establecer prioridades y tratar los problemas según éstas
- Buscar maneras de que el trabajo sea más interesante.
- Controlar las emociones y procurar que no se note el estrés
- Intentar reconocer las propias limitaciones

- Procurar enfocar las situaciones objetivamente, sin sentimentalismos
- Reorganizar el trabajo
- Intentar apartarse y pensar la situación
- Utilizar la atención selectiva, concentrándose en problemas específicos
- Separar deliberadamente el hogar del trabajo
- Hablar con amigos comprensivos
- Administrar el tiempo de forma eficaz
- Dedicarse a aficiones y pasatiempos
- Mantenerse ocupado
- Ampliar intereses y actividades extralaborales
- Aceptar la situación intentando convivir con ella
- Distraerse (apartar la mente de los problemas)
- No amontonar cosas e intentar liberar energía

Capítulo 3

Técnicas Cognitivo – Conductuales

CAPÍTULO 3. TÉCNICAS COGNITIVO – CONDUCTUALES.

En la actualidad ya no es suficiente evaluar la presencia de estrés y burnout en los trabajadores, es urgente y necesario intervenir para prevenir y disminuir los efectos de estos padecimientos, ya que como consecuencia disminuye la salud y calidad de vida en los trabajadores, lo que en ocasiones, los lleva a la muerte.

El enfoque cognitivo – conductual surge a partir de la incorporación de metodologías del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje social, complementados por procedimientos y metodologías estructuradas de Albert Ellis, Aaron Beck y Bandura, a quienes se les considera los creadores de este enfoque. (García, 2014).

3.1 Definición.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) actualmente se define como, la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. (Plaud, 2001). Para Sparrow (2007, en López, 2012) es un modelo de intervención que opera sobre las conductas, los pensamientos y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.

El enfoque cognitivo – conductual es utilizado para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos utiliza procedimientos y estrategias activas, directivas, estructuradas y de cierta duración, para así proponer una colaboración abierta con el paciente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y surgiendo estrategias para su resolución. (García, 2014).

Algunos de los representantes más acreditados han argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún

modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico se pueden señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad: (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

- La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptada, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han vuelto hábitos del repertorio comportamental del individuo. Por esto la TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.
- Al tratarse de mejora de salud, la TCC tiene técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.
- La TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser explícita, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.
- La TCC posee un carácter auto – evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

El objetivo de la TCC es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional). El objetivo de intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento. (Ángeles et al., 2012).

3.2 Bases teóricas.

La Terapia de Conducta surge en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico, esta terapia parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente que lo produce. (Ángeles et al., 2012).

3.2.1 Condicionamiento clásico.

Ivan Pavlov (1849 – 1936) ha sido una figura clave en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. El principal interés de Pavlov al estudiar los reflejos era comprender la actividad cerebral y, así, la conducta, lo que lo llevó a investigar de forma específica los procesos de los reflejos condicionados como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación. (Ángeles et al., 2012).

El procedimiento típico para producir un condicionamiento clásico implica la presentación de un estímulo neutro junto a un estímulo con cierto significado (estímulo incondicionado). Se considera estímulo neutro aquel que no produce ninguna respuesta sobre el organismo que se está investigando, como puede ser una luz o el sonido de una campana o un timbre. Para asegurarse de que es neutro se debe presentar repetidamente hasta que comience a ser ignorado. De forma inversa el estímulo incondicionado produce una respuesta innata, refleja, que Pavlov llamó respuesta incondicionada. Si el estímulo neutro se presenta junto al estímulo incondicionado, el primero adquirirá las propiedades del segundo transformándose en un estímulo condicionado. Utilizó la palabra condicional para

resaltar que el aprendizaje de este tipo requería una relación condicional o dependiente entre el estímulo incondicionado y el estímulo condicionado, si estos siempre se presentan juntos y no aislados, se produce una relación perfectamente condicionada, lo que da lugar a una respuesta, la cual es llamada respuesta condicionada. (Plaud, 2003).

El experimento de Pavlov en 1927 consistió en hacer sonar una campana uno o dos segundos antes de dar comida a un perro hambriento, o de dar una descarga eléctrica a un perro saciado. Después de varios emparejamientos entre ambos estímulos, el perro hambriento salivaba y el perro saciado salía corriendo al escuchar la campana. Esta respuesta indicaba que se había producido el condicionamiento clásico de la respuesta incondicionada que se emite ante el estímulo incondicionado, pasando a emitirse ahora una respuesta condicionada ante el estímulo neutro, que se ha transformado así en estímulo condicionado. (Ángeles et al., 2012).

Kazdin (1991) resume entre las principales aportaciones de Pavlov:

- La investigación objetiva de los reflejos condicionados (partiendo de un punto de vista fisiológico).
- La defensa del objetivo en la investigación
- La demostración de la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal.
- El proporcionar un modelo metodológico a seguir y un modelo de investigación de la conducta humana.

3.2.2 Condicionamiento Operante.

El condicionamiento operante se define como el aprendizaje en el que se fortalece o debilita una respuesta voluntaria, dependiendo de sus consecuencias positivas o negativas. Las bases para comprender el condicionamiento operante se determinó mediante experimentos con animales. (Feldman, 2003).

Thorndike en 1932 realizó un experimento con un gato, el cual mantenía en una jaula hambriento y afuera ponía un plato con alimento. A la jaula le puso una palanca que al ser presionada por el gato se abría la puerta para así poder llegar al alimento. Después de varios ensayos el gato pisaría deliberadamente la palanca tan pronto como lo metieran en la jaula. Finalmente Thorndike explicó que las respuestas que generan satisfacción tienen más posibilidades de repetirse, a lo que llamó Ley del Efecto. (Feldman, 2003).

Las primeras investigaciones de Thorndike sirvieron como fundamento de la labor de Burrhus F. Skinner (1904 – 1990) quien introduce el término Terapia de Conducta por primera vez en la literatura psicológica y es considerado el psicólogo más influyente del siglo XX (Hagg-blom, Warnick, Jones, Yarborough, Rusell et al., 2002).

Mientras la meta de Thorndike era que sus gatos aprendieran a salir de la jaula para obtener alimento, los animales de la caja de Skinner aprendían a obtener alimento operando en el ambiente interno de la caja, por ejemplo, si se quiere enseñar a un pichón hambriento a picar una tecla que está colocada en la caja. Al principio el pichón dará vueltas alrededor de la caja, explorando el entorno en forma aleatoria. No obstante, es probable que en algún momento dé un picotazo a la tecla por simple azar; entonces recibirá una bolita de alimento. Al principio no aprenderá que el picar la tecla significa que recibirá alimento, pero con el tiempo, la frecuencia de la respuesta de picotazos en la tecla incrementará hasta que aprenda que deberá presionar la tecla hasta saciar su hambre. Skinner describió

como reforzamiento al proceso por el que un estímulo incrementa la probabilidad de repetir un comportamiento precedente y definió como reforzador a cualquier estímulo que incremente la probabilidad de que ocurrirá de nuevo un comportamiento precedente. (Feldman, 2003)

Utilizando los conceptos básicos del conductismo, el condicionamiento operante se propone como una forma para distinguir los tipos de respuestas: provocadas y emitidas. Esto quiere decir que las respuestas provocadas dependen de la presentación de un estímulo previo, y las respuestas emitidas se caracterizan por el establecimiento de una respuesta, la cual si es emitida por el sujeto será reforzada. (Skinner 1938 en Hilgard y Boer 1986 en García, 2014).

3.2.3 Teoría del aprendizaje Social.

Esta teoría atribuye un papel importante a la interacción entre los factores cognitivos, sociales y conductuales en la adquisición, mantenimiento y tratamiento de los problemas psicológicos en general. Esta teoría postula que los factores cognitivos median todas las interacciones entre las demandas situacionales del individuo y sus intentos para afrontarlas de manera efectiva. (Carrascoza, 2008).

En esta teoría Bandura en 1978, destaca la capacidad que tienen los niños para aprender observando a otros (modelos). (García, 2014). Esta teoría estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos. Bandura aborda con detalle los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de condicionamiento y asignándole el nombre de condicionamiento vicario. Para Bandura, los eventos estimulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento. (Ángeles et al., 2012).

Dentro de esta teoría los modelos son considerados como poderosos patrones que tienen control en la conducta de otros. Esta teoría es caracterizada porque no postula que la imitación vaya vinculada con los cambios de valores o actitudes, sino más bien constituye una avenida que aumenta la semejanza entre el niño y los demás, afirma que los cambios que cada persona realiza son resultado de una interacción entre ella y su ambiente. (García, 2014).

Otra relevante contribución de Bandura en 1977, ha sido el concepto de autoeficacia y su relación con el tratamiento. La autoeficacia se define como expectativas de eficacia, esto es, como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado. La percepción de la autoeficacia determinará, y, a su vez, está basada en cuatro fuentes básicas de información: los logros de la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado fisiológico o actividad emocional. (Ángeles et al., 2012).

3.2.4 Modelos cognitivos.

Aaron Beck y Albert Ellis son los dos representantes principales en lo que a la clínica se refiere, sus modelos fueron desarrollados de manera independiente, con sus modelos de intervención terapéutica denominados, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva. En efecto, ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2012).

Aarón Beck incluyó en su modelo los elementos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los elementos cognitivos son los pensamientos e imágenes que se tienen, pero que no se les presta mucha atención muy a menudo, estos emergen automáticamente y son extremadamente

rápidos, por lo que Beck los llama Pensamientos Automáticos, tienen la característica de ser difíciles de interrumpir y la mayoría de las veces se cree en ellos a pesar de que no sean muy lógicos y se asocian con las diversas emociones que influyen en la conducta. (Beck, 1990).

Los procesos cognitivos se refieren a cómo piensa el sujeto y a los procesos automáticos del sistema cognitivo, estos procesos incluyen mecanismos de ayuda y almacenamiento y procesos de inferencia en recuperación (Torres, 2001).

Finalmente las estructuras cognitivas son los esquemas que determinan a que evento se presta atención y cómo se interpretan éstos, además de ejercer cierta influencia sobre la información que se atenderá. (Beck, 1990)

La Terapia Racional Emotiva se fundamenta en una intervención entre los procesos psicológicos humanos donde se toman en cuenta las cogniciones, emociones y las conductas se superponen. Ellis (1975, en Labrador, Cruzado & Muñoz, 2004) menciona que la causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar del individuo, es decir, la manera de cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general.

Los aportes de diferentes autores, tanto conductuales como cognitivos, han permitido que la aproximación cognitivo – conductual se fortalezca como estrategia de intervención psicoterapéutica. Es por esto que dentro del campo de la Psicología de la Salud es cada vez más aceptada esta terapia, como intervención eficaz para el manejo de las enfermedades emocionales. (Lira & Sánchez, 2007).

3.3 Intervención terapéutica.

La intervención terapéutica en TCC se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, de intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente la tercera, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios. (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2012)

Una de las críticas más difundidas hacia la TCC afirma que los síntomas retornarán una vez eliminados, vale decir, que pueden existir recaídas o situaciones de síntomas. Sin embargo, gran cantidad de estudios de seguimiento han demostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce. (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2012).

3.4 Principales técnicas cognitivo – conductuales.

Las técnicas para combatir el burnout y el estrés laboral se han definido como técnicas individuales, sin embargo, para Guerrero & Rubio (2005), fue mejor optar por dividir las técnicas en técnicas conductuales, técnicas cognitivas y técnicas fisiológicas (ver tabla 1)

Técnicas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento asertivo • Entrenamiento de habilidades sociales • Solución de problemas • Entrenamiento de Autoinstrucciones
Técnicas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización sistemática • Detención del pensamiento • Inoculación del estrés • Reestructuración cognitiva • Control de pensamientos irracionales • Terapia Racional Emotiva Conductual
Técnicas fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en relajación (progresiva y autógena) • Control de respiración • Biofeedback

Tabla 1. Técnicas cognitivo – conductuales usadas para el Burnout. Guerrero y Rubio (2005).

3.4.1 Técnicas conductuales.

El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran: el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas de autoinstrucciones. (Guerrero & Vicente, 2001)

3.4.1.1 Entrenamiento asertivo.

La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. Las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás, es decir, no van a "ganar", sino a "llegar a un acuerdo". Puede resultar difícil saber cuándo una

persona comparte con el común de los mortales algunas dificultades para comunicarse asertivamente y cuándo estas dificultades se están convirtiendo en "problema psicológico". (Castanyer, 2014)

Desde el punto de vista cognitivo-conductual, un "problema" no es tal porque figure en los libros con una serie de síntomas descritos, sino porque una persona decide que las dificultades que tiene son para ella un "problema". Para ello, lo mejor es comenzar por saber exactamente qué problemas se tienen y dónde, cuándo y cómo ocurren. (Castanyer, 2014)

Según Castanyer lo que se necesita para saber exactamente qué ocurre con nuestra conducta-problema y cómo podemos afrontarla:

- Una correcta formulación del problema.
- Una observación precisa y exhaustiva de las circunstancias que rodean la conducta-problema, datos que se hayan sacado, a fin de detectar qué está manteniendo la conducta (por qué no desaparece) y cómo podemos modificarla

Y existen tres tipos de técnicas (o paquetes de técnicas) para la asertividad:

- Técnicas de Reestructuración Cognitiva.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Técnicas de Reducción de Ansiedad.

3.4.1.2 Entrenamiento en habilidades sociales.

A lo largo de la vida del ser humano éste va adquiriendo una serie de habilidades que le permiten adaptarse a su medio, tanto físico como social; que en primera instancia es la familia, entre estas habilidades destacan aquellas que hacen posible interactuar con otras personas: las habilidades sociales, que son capacidades que posee el individuo para resolver sus propios problemas y los de su medio sin perjudicar a los demás. (García, 2005).

Cuando se habla de habilidades sociales, se refiere a la destreza para actuar socialmente, compartiendo el movimiento y el cambio de una cultura o una sociedad concreta dentro de la realidad. (Michelson, 1993)

Se debe realizar una evaluación de las habilidades sociales del paciente, una vez realizada se tienen los datos necesarios para programar y planificar la intervención. Toda información de que disponemos es importante, tanto los déficits como las capacidades de los usuarios. Además de tener información sobre factores que facilitan o dificultan el proceso de adquisición de las habilidades a entrenar (discapacidad visual, uso de silla de ruedas, motivación para el aprendizaje, preferencias de ciertas actividades, etc.), todos estos factores deben estar contemplados en el programa de entrenamiento, llamado “paquete de entrenamiento”. Dicho paquete incluye todos los pasos que pueden resultar necesarios o útiles para que el programa de entrenamiento en habilidades sociales sea eficaz. El paquete de habilidades sociales consta de los siguientes puntos: (Junta de Castilla y León).

- Instrucción o explicación verbal: consiste en explicar en qué radica dicha habilidad, cuál es su importancia, por qué se utiliza, situaciones en las que resulta pertinente emplearla, reglas sociales que regulan su empleo, componentes verbales y no verbales de su ejecución y como se realiza de forma correcta.

- Utilización de modelos: la visión de la escena refuerza la explicación e instrucción verbal.
- Role play: los pacientes ponen en práctica la habilidad en situaciones de aprendizaje. Esto permite realizar varios ensayos, en situaciones diferentes y bajo la supervisión del entrenador.
- Reforzamiento: se da a lo largo de todos los ensayos, sirviendo tanto para adquirir nuevas conductas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en la persona.
- Retroalimentación: consiste en proporcionar información específica al usuario para el desarrollo y mejora de la habilidad entrenada.
- Actividades para la generalización: ayudan a los usuarios a transferir lo aprendido y entrenado en el contexto de entrenamiento a otros contextos (este es el objetivo final del entrenamiento).

3.4.1.3 Solución de Problemas

Es una intervención dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos son reducir la psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previniendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, maximizando a su vez la calidad de vida. (D´Zurilla & Nezu, 2010).

La solución de problemas puede definirse como la secuencia cognitivo – conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficientes para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional) que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida. (Ángeles et al., 2012).

La Terapia de Solución de Problemas asume en sus principios que la sintomatología psicopatológica de un individuo puede entenderse como la consecuencia negativa derivada de un afrontamiento ineficaz o no adaptativo. (Ángeles et al., 2012).

Esta terapia es una terapia de carácter breve, entre cuatro y doce sesiones de tratamiento, focalizada en aspectos muy concretos y de carácter directivo, que aborda de forma estructurada y ordenada diferentes objetivos como el modificar la naturaleza estresante de una situación o la respuesta emocional suscitada por ella, facilitar la generación de alternativas de solución, analizar y valorar dichas alternativas, establecer la forma de implementación de la solución elegida, etc. (Ángeles et al, 2012).

Ángeles et al. (2012) menciona que las etapas de aplicación son básicamente tres:

- Evaluación: consiste en evaluar conductualmente el problema o problemas informados por la persona que acude a consulta. El objetivo es establecer cuáles son las habilidades básicas de solución de problemas que la persona posee, si cuenta con una orientación positiva hacia los problemas, si tiene un estilo de solución de problemas adaptativo, si cuenta con habilidades prácticas para poner en marcha el proceso, si ha sido capaz de desarrollar en otros momentos, o de frente a otros problemas, un proceso de solución de problemas eficaz y eficiente. Se trata de detectar los errores

en el proceso así como las carencias o déficit que están impidiendo alcanzar la mejor solución.

- Intervención: al utilizar ciertos instrumentos se podrá formular el caso, es decir, realizar un modelo del caso a tratar.
- Mantenimiento y generalización: evaluar si lo aprendido lo sigue utilizando y si lo utiliza para otros problemas.

Para D´Zurilla y Nezu (2007) se establecen cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas.

- Orientación hacia el problema: se debe desarrollar una actitud positiva hacia la solución del problema y la propia capacidad para afrontarlo y resolverlo. Esta actitud positiva se refiere a cuestiones como fomentar las creencias de auto – eficacia, las habilidades en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje y de los problemas como oportunidades para ello.
- Definición y formulación del problema: se debe recopilar información relevante sobre el problema a partir de los hechos, es importante tener en cuenta que no siempre toda la información relevante está accesible a la conciencia del individuo.
- Generación de alternativas de solución: en esta fase se deben poner en marcha estrategias que lleven a generar numerosas soluciones al problema, basándose, en los dos principios que deben guiar este proceso que son la calidad y la diversidad. Cuantas más soluciones más oportunidad de encontrar la apropiada.

- Toma de decisiones: se analizará cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas de su implantación, y valorando en una escala subjetiva del 0 al 10 cada una de las consecuencias positivas y negativas.
- Implementación de la solución y verificación: se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos. Una vez diseñado el plan de acción se llevará a cabo cada uno de los pasos y se valorarán paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implantación progresiva del plan de acción.

3.4.1.4 Entrenamiento de Autoinstrucciones

Fue diseñado por Meichenbaum (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el diálogo interno cuando el individuo se dice a si mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación. El objetivo de entrenamiento fue enseñarles a pensar y planificar antes de actuar. Las autoinstrucciones son consideradas estrategias metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad. Básicamente su objetivo es enseñar a pensar. (Ángeles et al., 2012).

Antes de comenzar el entrenamiento en autoinstrucciones es necesario evaluar el tipo de diálogo que el individuo mantiene consigo mismo durante el abordaje de las tareas y responsabilidades cotidianas, mediante técnicas de auto – registro. El objetivo es conocer qué tipo de autoinstrucciones conforman el repertorio natural del individuo, y de ellas, cuáles son adecuadas y deben mantenerse, y cuáles resultan desajustadas, inherentes o irrelevantes y deben eliminarse o ser utilizadas únicamente en las fases o situaciones pertinentes. Es necesario, enseñar al individuo a analizar las secuencias de acción que llevan a obtener una

meta determinada, y qué tipo de auto – verbalizaciones y auto – instrucciones pueden ser las más adecuadas en cada una de esas secuencias. (Ángeles et al., 2012).

3.4.2 Técnicas cognitivas.

Buscan mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre las técnicas que más destacan para atacar el estrés y el burnout están: la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva. (Guerrero & Vicente, 2001).

3.4.2.1 Desensibilización sistemática

Técnica desarrollada por Joseph Wolpe, es una de las técnicas más utilizadas recientemente para el abordaje de los trastornos de ansiedad y las conductas de evitación suscitadas ante determinados estímulos, y consistía esencialmente en inducir en el sujeto una respuesta de relajación mientras se le exponía en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementaban gradualmente su intensidad. Al mantener al individuo el estado de relajación se impedía la producción de respuesta de ansiedad. (Ángeles et al., 2012).

Está especialmente dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad (Ward, Brinkman, Slifer, Paranjape, 2010).

Para la elección de esta técnica se deberá tener en cuenta que es más eficaz en problemas fóbicos que en problemas de ansiedad generalizada, ya que en estos casos la excesiva cantidad de miedos o preocupaciones, la falta de predictibilidad de la situación, la ausencia de recursos o habilidades personales, o la variabilidad del estímulo temido, hacen que este procedimiento no sea una opción. Los resultados serán más exitosos cuando el problema al que se aplique no se deba a un déficit de habilidades que estén siendo la causa del problema de ansiedad. (Ángeles et al., 2012).

Antes de iniciar con la terapia es necesario que se seleccione la respuesta incompatible con la ansiedad, por ejemplo, (la relajación, meditación, hipnosis, estados emocionales positivos, auto – instrucciones asertivas, etc.) y el posible entrenamiento, la elaboración de una jerarquía de ansiedad, es decir, ordenar los pasos que se irán dando en el acercamiento y manejo del estímulo o situación temida, de los pasos más fáciles a los más difíciles, y por último la valoración de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación si se requiere, para que el paciente logre desarrollar una imagen mental lo más vívida posible, de tal forma, que exista cierta similitud a la realidad y que tenga la capacidad que suscitar ansiedad. (Ángeles et al., 2012).

Actualmente los campos de aplicación dentro del ámbito de la salud mental son mucho más amplios, incluyendo problemas como las adicciones, disfunciones sexuales o los trastornos alimenticios. (Ángeles et al., 2012).

3.4.2.2 Detención del pensamiento.

El procedimiento denominado detención del pensamiento fue sugerido por primera vez por Bain en su libro *Thought Control in Everyday Life*. Para Ángeles et al. (2012) es definido como un método simple que se ha mostrado su efectividad al momento de parar unos pensamientos, implica que el paciente cierre los ojos y se

enganche voluntariamente en la cadena de pensamiento disfuncional, cuando el cliente está concentrado en esa rutina mental, el terapeuta grita “stop” a la vez que genera un ruido, como un golpe en la mesa, evidentemente el sujeto abre los ojos desconcertado y el terapeuta le pregunta si en ese momento está pensando todavía sobre el hecho pasado. Es obvio que la actuación del terapeuta habrá interrumpido abruptamente el pensamiento disfuncional. El procedimiento continuará, el terapeuta realizará lo mismo un par de veces más, para que posteriormente el paciente sea quien lo realice a sí mismo, primero en voz alta, luego en voz baja y finalmente para sí mismo. Se pretende que la práctica transforme esta acción en un proceso automático de detención y redirección del pensamiento.

3.4.2.3 Inoculación del estrés.

La inoculación del estrés es el nombre que se dio a un paquete de técnicas cognitivo – conductuales diseñado inicialmente para el tratamiento de problemas de ansiedad (Meichenbaum & Cameron, 1973, en Ángeles et al., 2012).

Como señala Meichenbaum (2009), la inoculación del estrés es de utilidad para afrontar las cuatro categorías de estrés señaladas por Elliot y Esidorfer en 1982.

- Estresores agudos de tiempo limitado: hace referencia a aquellos acontecimientos estresantes que se dan en un momento determinado y son de corta duración.
- Secuencia de estrés: acontecimientos vitales estresantes concretos importantes como pérdidas afectivas, desempleo, violación, pueden desencadenar una secuencia de problemas de ajuste que van acompañados de nuevas reacciones de estrés.

- Intermittencia crónica: en general viene provocada por la exposición repetida a situaciones estresantes.
- Estrés crónico continuado: incluye el afrontamiento de enfermedades médicas o psiquiátricas de larga duración o problemas afectivos, familiares y/o de abuso físico o sexual prolongado, situaciones laborales que implican riesgos elevados permanentes.

Una vez realizada la primera aproximación al problema tal y como lo describe la persona, es necesario llevar a cabo una evaluación más exhaustiva que permita averiguar el mayor número posible de variables internas o externas implicadas en el desarrollo y mantenimiento del problema, así como las interrelaciones existentes entre las distintas variables, para ello se recomienda utilizar los distintos procedimientos de evaluación al uso: entrevista con el cliente y personas allegadas, reconstrucción de la imaginación y mediante el recuerdo de la experiencia estresante incluyendo el mayor número posible de detalles; cuestionarios específicos y biográficos, evaluaciones conductuales in vivo, autorregistros, role – playing, etc. (Ángeles et al., 2012).

Una vez realizado el proceso de evaluación inicial, se proporciona una reconceptualización del problema en los términos que permitan abordarlo de forma más efectiva, lo que implica transmitir al cliente que el estrés tiene diferentes componentes y diferentes fases. (Meichenbaum, 2009).

Durante la segunda fase, adquisición y entrenamiento de habilidades, el cliente, con ayuda del terapeuta, revisa, aprende y entrena durante las sesiones estrategias de afrontamiento que le permitan abordar las situaciones específicas generadoras de estrés que se detectaron en la fase de conceptualización. Estas habilidades dependerán de las características de la persona, la naturaleza del problema y de otros factores ambientales. (Ángeles et al., 2012).

Finalmente, la tercera fase, aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas, se pretende alcanzar varios objetivos; poner en práctica ante las distintas situaciones reales las estrategias aprendidas, comprobar la utilidad y eficacia de las habilidades de afrontamiento adquiridas y corregir aquellos problemas que vayan surgiendo durante el proceso de exposición. (Ángeles et al., 2012).

3.4.2.4 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se lleva a cabo mediante técnicas dirigidas a modificar los pensamientos o creencias específicas que provocan las respuestas psicoemocionales y conductas desadaptativas. Entre los procedimientos de reestructuración cognitiva se encuentran la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck, entre otras, de las cuales se pueden mencionar las siguientes: (Vergara – Lope, González & Rangel, 2011)

- Resignificar: reasignar o retribuir significados a los sucesos o cosas, rescatar lo bueno dentro de lo malo.
- Métodos psicoeducativos: implican la enseñanza de nuevos conocimientos que ayuden al sujeto a modificar su conducta, pensamientos y emociones.
- Tareas cognitivas: éstas ayudan a modificar la preocupación de los pacientes en torno a ideas irracionales. Se llevan a cabo registros o análisis en casa que sirven para identificar, refutar y corregir creencias.
- Método de imaginación: en este caso, se emplean métodos de distracción para el manejo emocional.

- Resolución de problemas: método a través del cual un individuo aprende a utilizar un efectivo conjunto de habilidades cognitivas para enfrentarse a situaciones interpersonales problemáticas. Se lleva a cabo por medio de cinco pasos (identificación del problema, definición y formulación del problema, generar alternativas, toma de decisiones e implementación del resultado).

3.4.2.5 Control de pensamientos irracionales.

En el control de pensamientos irracionales el terapeuta ayuda al cliente a realizar tres acciones básicas para controlar los pensamientos irracionales. (Nezu, Maguth & Lombardo, 2006).

- Detectar las ideas irracionales que subyacen en sus emociones y conductas autodestructivas. Es decir, todos los “debo”, “tengo que”, “debería”, etc.
- Debatir sobre la verdad o la falsedad de sus creencias irracionales empleando para ello distintos tipos de argumentos y posibilidades.

Discriminar entre sus creencias racionales e irracionales, es decir, el cliente debe ser capaz de diferenciar entre exigencias y deseos, entre absolutos y preferencias. Esto es, pasar de una filosofía irracional a su alternativa racional.

3.4.2.6 Terapia Racional Emotiva Conductual.

Albert Ellis (1913 – 2007) presentó el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), el cual considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar

de conseguirlos. Las dos metas básicas son: permanecer vivo y obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias, Ellis propone el modelo ABC, en donde A son los acontecimientos activadores a los que respondemos, C la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y B las creencias que tenemos sobre A que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta C, siendo, B el mediador fundamental entre A y C. En definitiva, podría decirse que los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrán algún tipo de consecuencias (C). Sin embargo, difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A). La TREC se centra en resaltar la repercusión que las Creencias Racionales e Irracionales (B) tienen en las consecuencias emocionales y en la consecución de las metas y propósitos. (Ángeles et al., 2012).

Dryden, DiGiuseppe y Neenan (2003) señalan 13 pasos fundamentales para las sesiones de la TREC:

- Preguntar al cliente por el problema que quiere tratar durante la sesión.
- Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión, para que coincida el paciente y el terapeuta.
- Llevar a cabo el proceso de evaluación de los ABC del problema del cliente, así como establecer las conexiones entre los acontecimientos activadores, creencias y consecuencias.
- Debatir terapeuta y paciente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas o afianzando las que ya tiene.

- Revisión y discusión durante la sesión los autorregistros de las tareas realizadas entre sesiones.
- Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones.
- Trabajar los aspectos que facilitan o son necesarios para la realización de estas tareas.

3.4.3 Terapias fisiológicas.

Están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Entre otras, destacan las técnicas de relajación, la respiración y el biofeedback. (Vicente & Guerrero, 2001).

3.4.3.1 Relajación

Para Sultanoff y Zalaquett (2000) es uno de los procedimientos que tiene una aplicabilidad más diversa, siendo muy pocos los problemas y trastornos que no se pueden beneficiar de una forma u otra de sus efectos.

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto, no pertenecen sólo a una mera dimensión fisiológica, sino que también afectan a procesos emocionales, cognitivos y conductuales. Hay una serie de condiciones que son requeridas o aconsejadas para cualquier procedimiento, tales como una ropa y lugar adecuado, instrucciones claras y precisas por parte del terapeuta y un tono de voz suave, (Ángeles et al., 2012).

Dentro del ámbito de la TCC son dos los procedimientos estructurados que han cobrado mayor relevancia y tienen mayor aplicación: el entrenamiento en relajación progresiva y el entrenamiento de relajación autógena (Ángeles et al., 2012).

3.4.3.1.1 Entrenamiento en relajación progresiva.

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología de Chigago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose a un estado de relajación profunda. Se han realizado varias adaptaciones desde entonces, una de ellas, es la de Bernstein y Borkovec, que consiste en practicar con 16 grupos musculares, teniendo una duración en torno a 30 – 40 minutos en las primeras semanas. Conforme se adquiere mayor destreza en la práctica de la técnica, se reduce tanto la duración como el número de ejercicios, pasando a realizar ejercicios con cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o en uno solo que implique a todo el cuerpo. (Bernstein, Borkovec & Hazlett – Stevens, 2000).

El objetivo del entrenamiento en relajación progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. (Ángeles et al., 2012).

3.4.3.1.2 Entrenamiento en relajación autógena.

Fue desarrollado por Johannes Heinrich Schultz (1931), este método se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las

sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Consta de varios ejercicios de concentración pasiva en las sensaciones de: peso en brazos y piernas, calor en brazos y piernas, movimiento del corazón, la autonomía del proceso respiratorio, el calor abdominal interno y la diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante. (Ángeles et al., 2012).

Se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos grados o ciclos, el primero que es el grado inferior se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardiaco y respiratorio, calor abdominal interno y frescor en la frente. La duración no deberá exceder a los 5 minutos, ni durar menos de 3 minutos, ya que podría ser contraproducente. Y el de grado superior trata los problemas mediante la sugestión o imaginación hasta lograr solucionarlos o, al menos mitigarlos. El requisito para usarlo es dominar el grado inferior. (Ángeles et al., 2012).

3.4.3.2 Control de la respiración

Se trata de un proceso que se desarrolla en las siguientes fases: (Ángeles et al., 2012).

- Inspiración: el aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones a través de los bronquios hasta llegar a los alveolos donde se difunde al torrente sanguíneo.
- Pausa respiratoria: tras la inspiración se produce una pequeña pausa durante la cual los pulmones se mantienen en un estado de inflación que facilita el intercambio gaseoso (entra O₂ y sale CO₂).
- Espiración: el CO₂ penetra en los alveolos y es expulsado al exterior.

- Pausa respiratoria: a la espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo.

3.4.3.2.1 Tipos de respiración.

Existen tres tipos de respiración:

- Respiración costal: es el patrón respiratorio más superficial, si bien es el más frecuente, a la vez que el menos saludable. La mayor parte del aire se concentra en la zona superior de la caja torácica, por lo que no llega a producirse una ventilación completa y gran parte de los músculos de la respiración (especialmente el diafragma) permanecen con baja actividad.
- Respiración diafragmática: se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado.
- Respiración abdominal: el tórax permanece inmóvil y es el abdomen el que demuestra una extraordinaria movilidad.

El control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo o incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés. (Ángeles et al., 2012).

3.4.3.3 Biofeedback

Para Ortego, López & Álvarez (2011) el Biofeedback es un proceso a través del cual una persona aprende a controlar respuestas fisiológicas, normalmente no sometidas a control voluntario, o respuestas voluntarias cuya regulación ha sido interrumpida o alterada. Un organismo puede controlar voluntariamente sus respuestas fisiológicas si:

- Se le facilita información en forma de feedback de las respuestas fisiológicas internas.
- Se les motiva a través de refuerzos o incentivos a cambiar o controlar su feedback.

El biofeedback es un principio fundamental en el campo general de la Terapia de la Conducta y especialmente en el modelo de la Medicina Conductual. (Ortego, López & Álvarez, 2011).

El proceso de biofeedback sigue las siguientes fases:

- Detección de la señal o actividad del organismo: que pueden ser respuestas del sistema somático como movimientos oculares, respiración, etc., respuesta del sistema nervioso autónomo como pueden ser tasa cardiaca, presión y flujo sanguíneos, temperatura corporal, excitación sexual, salivación, respuestas gastrointestinales, etc, respuestas del sistema central como respuestas evocadas, respuestas electroencefalográficas, etc. Y respuestas del sistema endócrino y bioquímico.
- Amplificación de la señal.

- Procesamiento de la señal.
- Conversión a señales auditivas o visuales.
- Información (feedback) al sujeto, lo que le va a posibilitar controlar o modificar la función.

Por lo tanto, las técnicas de biofeedback se refieren al conjunto de procedimientos destinados a proporcionar al organismo información inmediata y precisa sobre una o varias de sus funciones. Es un proceso homeostático, como todos los que ocurren de forma similar en el organismo, que se regula a sí mismo manteniendo sus funciones dentro de un equilibrio fisiológico constante. (Ortego, López & Álvarez, 2011).

El biofeedback está especialmente indicado en: Ansiedad generalizada, tensión muscular, presión arterial alta, dolores de cabeza, cuello y espalda y espasmos musculares, tics o temblores. (Ortego, López & Álvarez, 2011).

3.4.4 Investigaciones.

Calvete y Villa (1999 en Guerrero & Rubio, 2005) investigaron la influencia de las creencias irracionales en los síntomas de estrés y burnout en una muestra de profesores de enseñanza secundaria. Los resultados revelaron que la asociación entre las creencias irracionales y los síntomas de estrés y burnout es estadísticamente significativa.

Una investigación llevada a cabo por Rubio (2003 en Guerrero & Rubio, 2005) con orientadores de Institutos de enseñanza secundaria demostró que existen relaciones significativas entre las actitudes disfuncionales y el burnout. En este

trabajo se encontró que los docentes más afectados por los máximos niveles de burnout presentan más actitudes disfuncionales, manifiestan una desajustada necesidad de aprobación de los demás, miedo al fracaso y afán de perfeccionamiento. A partir de esos resultados, se propuso que es indispensable entrenar al sujeto para que identifique el papel que juegan sus propias actitudes en el origen y persistencia de su estrés laboral.

Al revisar los factores causales del burnout, se encontró que el más citado es la escasa formación recibida en técnicas de autocontrol y en manejo del estrés. (Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero, 2001 en Guerrero & Rubio, 2005).

En un estudio realizado por Rodríguez, Aguilera, Rodríguez & López (2011), probando la efectividad del programa de intervención cognitivo – conductual para disminuir los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública, se comprobó que a corto plazo (tres semanas / 6 sesiones) el programa de intervención fue efectivo en la disminución de estrés y burnout.

Beck y Beck (Rodríguez et al., 2011) encontraron que cuando el apoyo orienta a los sujetos como medida para proporcionar herramientas, es posible lograr reducir las reacciones emocionales desagradables y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los pensamientos.

Otras investigaciones como las de Arrevillaga et al. (Rodríguez et al., 2011) probaron que mediante una intervención cognitivo conductual para disminuir el estrés en enfermos hipertensos lo lograron, así como Botero en Colombia, con una intervención grupal cognitivo – comportamental, logró disminuir el trastorno por estrés postraumático en miembros de las fuerzas armadas. Van der Klink et al. Estudios cuasi experimentales en Gran Bretaña concluyeron que los enfoques cognitivo – conductuales son más efectivos en la mejora de la calidad de vida laboral y los recursos psicológicos. También es importante recalcar el éxito

obtenido por Cabrera et al. En 2009, quienes realizaron un estudio con el fin de evaluar el efecto de una intervención participativa para disminuir el burnout en el personal directivo de un sector de la Comisión Federal de Electricidad en Guadalajara, Jalisco. Bermejo y Prieto en 2005, estudiaron en docentes de Madrid, la relación entre la presencia de creencias irracionales y su relación con el estrés y el síndrome de burnout. Encontrando que los maestros con niveles altos de creencias irracionales tuvieron mayores niveles de estrés laboral y de burnout. Así mismo, hallaron que las actitudes de baja tolerancia a la frustración se relacionan significativamente con el estrés laboral y el burnout, consideran que padecer el síndrome de burnout está vinculado con tener creencias irracionales, sobre todo respecto del cansancio emocional ya que esta dimensión del síndrome tiene más que ver con el cansancio físico y con el estado de ánimo ansioso. Esto está en consonancia con el hecho de que el pensamiento irracional se asocia sobre todo con la somatización, la depresión y la ansiedad.

**Taller:
Técnicas
Cognitivo –
Conductuales
como
Prevención al
Burnout**

4. TALLER: TÉCNICAS COGNITIVO – CONDUCTUALES COMO PREVENCIÓN AL BURNOUT.

4.1 Justificación.

El objetivo de este taller es sensibilizar a los trabajadores, sobre la importancia del burnout y dar a conocer en que consiste este padecimiento, los síntomas y las consecuencias, con la finalidad de evitar que descuiden su integridad en el ámbito laboral.

Este taller va dirigido a todas aquellas personas que se encuentren laborando y que sea propensas o vulnerables a padecer el síndrome del burnout, tal como lo podemos observar en el capítulo 2 las investigaciones se han encasillado en docentes, médicos o enfermeras, pero se ha propuesto la idea de que cualquier persona puede padecer el síndrome, de acuerdo a las características laborales que tengan, como son trabajar directamente con personas, la sobrecarga laboral, atención al cliente, entre otras, lo que genera una situación de estrés permanente y acumulativo. Es por esto que el taller no se enfoca en un puesto en específico, buscando prevenir que los trabajadores padezcan el síndrome. Entonces con el contenido del documento y del taller se pretende complementar y despertar el interés por aquellos que se dedican a la investigación del burnout, para que de esta forma se amplíe el campo de investigación a otras áreas laborales, y no solo eso, sino también que se haga investigación en el tratamiento para las personas una vez que lo padecen.

Se busca también que de alguna manera se regule legalmente y que como tal, sea considerado como una enfermedad laboral, para que la empresa se involucre en su detección temprana y de ser posible su prevención, pues como se citó en el capítulo 1 en México aún no existen leyes que regulen los riesgos psicosociales que causan el estrés y el síndrome de Burnout, a pesar de que en las organizaciones o empresas se ha observado que las muertes prematuras de los

trabajadores mexicanos se debe a enfermedades psicosomáticas y problemas mentales causados por el estrés.

Se seleccionó la terapia conductiva – conductual ya que, como se aludió en el capítulo 3, nos permite desarrollar un tratamiento fundamentado en la interacción persona – medio y se puede centrar en conductas específicas actuales. Con este se pretende dotar a los empleados de herramientas para que en situaciones de estrés logren relajarse y bajar estos niveles, consiguiendo mediar una situación laboral estresante, consiguiendo beneficios en el campo laboral, tanto para la empresa como para el individuo, reduciendo costos por la rotación de personal, teniendo una mejor productividad, manteniendo motivados a sus empleados, y con una mejor calidad de vida.

4.2 Objetivos.

Objetivo general.

Al término del taller, los participantes aplicarán las técnicas cognitivo – conductuales revisadas para prevenir situaciones de estrés o burnout que se presentan en su ambiente laboral.

Objetivos específicos.

1. Los participantes revisarán los principales aspectos teóricos del burnout.
2. Los participantes identificarán las técnicas cognitivo – conductuales utilizadas en burnout.
 - Entrenamiento asertivo
 - Entrenamiento de habilidades sociales
 - Solución de problemas

- Entrenamiento de Autoinstrucciones
- Desensibilización sistemática
- Detención del pensamiento
- Inoculación del estrés
- Reestructuración cognitiva
- Control de pensamientos irracionales
- Terapia Racional Emotiva Conductual
- Entrenamiento en relajación progresiva.
- Entrenamiento en relajación autógena.
- Control de la respiración
- Biofeedback

3. Los participantes lograrán una reestructuración de los pensamientos inadecuados.

4. Los participantes aprenderán la manera correcta de la respiración.

5. Los participantes aprenderán el método de relajación.

6. Los participantes aprenderán la musicoterapia.

4.3 Participantes

Personas que se encuentren laborando y que sean vulnerables a padecer el burnout, que trabajen atendiendo clientes, trato directo con personas, con sobrecarga laboral, que laboren en horarios extendidos, etc.

Mínimo 4 personas máximo 20 personas.

4.4 Materiales.

Materiales	
Nombre	Descripción
Encuesta síntomas	Preguntas que se le harán a los participantes para que identifiquen alguna alerta
Video de respiración	Disco en donde se tendrá un video en donde muestre a los participantes la manera correcta de la respiración
Disco relajación progresiva	Disco que contendrá instrucciones para llevar a cabo la relajación progresiva.
Disco relajación autógena	Disco que contendrá instrucciones para llevar a cabo la relajación autógena.
Disco musicoterapia	Disco que contendrá instrucciones para llevar a cabo la relajación mediante musicoterapia.
Redes de apoyo	Formato que se les proporcionará a los participantes con algunas redes de apoyo.
Afrontamiento	Formato con un listado de las principales técnicas de afrontamiento
Preguntas para reflexionar	Formato con un listado de preguntas para reflexionar y conocer los pensamientos inadecuados
Preguntas para pensamientos alternativos	Formato con un listado de preguntas para conseguir pensamientos alternativos.

4.5 Escenario

El taller se llevará a cabo en la empresa en donde laboren los participantes. Por ejemplo una sala de juntas, de tal forma que se consiga la comodidad y espacio suficiente para 20 personas como máximo, que contenga mesas y sillas desplazables que permita la ejecución de dinámicas de grupo.

4.6 Procedimiento.

El taller surge al detectar la necesidad de crear formas de prevención y tratamiento para el Burnout debido que se observan deficiencias en este ámbito al revisar la literatura acerca de este padecimiento.

Se escogieron solo algunas de las técnicas cognitivo – conductuales de la investigación realizada por Guerrero & Rubio (2005), ellos elaboraron una intervención con todas las técnicas que se mencionaron en el capítulo 3, sin embargo, al pensar en un taller que se realice de forma grupal y que contengan ejercicios fáciles que puedan ejecutar en el lugar de trabajo solo se consideraron: la respiración, la relajación, reestructuración del pensamiento y musicoterapia. La musicoterapia no fue explicada en el capítulo 3, ni fue usada por Guerrero & Rubio (2005), sin embargo, se tomó en cuenta ya que la música ha sido utilizada para conseguir objetivos terapéuticos, manteniendo, mejorando y restaurando el funcionamiento físico, cognitivo, emotivo y social de las personas, uno de los usos cotidianos más simples y difundidos de la musicoterapia es la regulación del estado de ánimo como el estrés.

Ya que con el taller se pretende alertar a los participantes acerca de todo lo que conlleva el Burnout y que creen conciencia de las consecuencias, se les aplicará una pequeña encuesta (apéndice A), tipo test, en donde aparece un listado con la sintomatología de este padecimiento y deben marcar con una X si han tenido esos síntomas en los últimos 6 meses durante un tiempo prolongado. Esta se elaboró mediante el listado realizado por Bosqued (2008) de los síntomas relacionados al burnout. Cabe señalar que no hay una calificación para la misma, solo se espera que el participante identifique si puede padecerlo o no y de ser así ocupe las técnicas aprendidas, y en caso de que existan personas que tengan el cuadro completo se sugiere realizar una evaluación más profunda y canalizarlo con Instituciones especializadas (ver apéndice E), también se realizó un listado con

“tips” (ver apéndice D) para que conozcan las técnicas de afrontamiento, la cual se obtuvo de Ramos (2008).

El taller se impartirá en 6 sesiones de dos horas cada una, la descripción detallada puesta en marcha se muestra en la siguiente carta descriptiva.

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout
Sesión 1

Fecha:

Objetivo específico:		Los participantes identificarán los principales aspectos teóricos del burnout.		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y encuadre	<p>El instructor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presentará. • Expondrá y aclarará dudas con respecto al temario. • Indicará reglas básicas de convivencia del taller. <p>Los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presentarán. • Expondrán sus expectativas del taller 	Lápiz Papel Proyector Pizarrón o pantalla blanca Plumón de pizarrón	30 min.	Hoja de expectativas de los participantes.
Solución de encuesta	Se les otorgará una encuesta (apéndice A) que servirá como alerta para los participantes que pueden padecer burnout.	Lápiz Encuesta	15 min.	Encuesta
Lluvia de ideas	Se les pedirá a los participantes que digan lo primero que se les ocurra al escuchar la palabra burnout o síndrome del quemado, y que expliquen qué es lo que piensan que es.	Pizarrón Plumones	15 min.	Pizarrón con las ideas que proporcionen los participantes.
Exposición	<p>El instructor explicará a los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto del síndrome de burnout. • Fases de burnout 	Proyector Pizarrón o pantalla blanca	45 min.	Tema de exposición.
Cierre	El instructor les pedirá a los participantes que en una hoja en blanco escriban lo que han entendido por burnout y los principales síntomas	Hojas blancas Lápiz	15 min.	Hoja de resumen de la primera sesión.

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout
Sesión 2

Fecha:

Objetivo específico:		Los participantes identificarán los principales aspectos teóricos del burnout.		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y resumen de la primera sesión.	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> • Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. • Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante. 	Hoja de resumen de la primera sesión	20 min.	Hoja de resumen de la primera sesión.
Exposición	El instructor explicará a los participantes: <ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología de burnout • Desencadenantes de burnout • Consecuencias de burnout • Diagnóstico y tratamiento de burnout 	Proyector Pizarrón o pantalla blanca	60 min.	Tema de exposición.
Corrillos	El instructor dividirá al grupo en equipos, cada equipo elegirá a un representante que exponga sus ideas principales. Elaborarán un resumen o un listado de ideas principales para reforzar el tema. Al final todos los equipos expondrán lo aprendido.	Hojas blancas Lápices Pizarrón Plumones de pizarrón	30 min.	Hojas de resumen.
Cierre	Se aclararán dudas respecto al tema burnout	---	10 min.	---

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout				
Sesión 3			Fecha:	
Objetivo específico:		Los participantes identificarán las técnicas cognitivo – conductuales utilizadas en burnout. Los participantes practicarán la manera correcta de la respiración.		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y resolución de dudas	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Resolverá dudas que pudieron quedar pendientes. 	---	10 min.	---
Exposición	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> De manera breve el instructor explicará lo que son las terapias cognitivo – conductuales, Explicará las principales técnicas utilizadas en burnout. Una vez expuesto esto, se explicará a los participantes las técnicas que pueden utilizar en casa o en momentos de estrés para prevenir el burnout. 	Proyector Pizarrón blanco o pantalla.	60 min.	Tema de exposición
Diálogo simultáneo	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Explicará y enseñará mediante un video cómo se lleva a cabo la correcta respiración para controlar respuestas fisiológicas que afectan la tranquilidad de la vida diaria de las personas. Dividirá al grupo en parejas, primero uno de los dos llevará a cabo la respiración, mientras el otro verifica que lo realice bien, al cabo de un tiempo invertirán papeles. Corregirá a cada uno de los participantes en su respiración. 	Televisión Video (en donde se enseñe la respiración)	40 min	Al revisar la forma en que cada pareja lleva a cabo la actividad.
Cierre	Los participantes comentarán como se sintieron después de practicar la respiración y harán un listado de los beneficios de la misma.	---	10 min.	Comentarios de los participantes y listado de beneficios

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout
Sesión 4

Fecha:

Objetivo específico:		Los participantes practicarán la técnica de reestructuración cognitiva		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y resolución de dudas	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Resolverá dudas que pudieron quedar pendientes respecto a la respiración. 	---	15 min.	---
Exposición	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Explicará lo que es la reestructuración cognitiva. Explicará lo que es un pensamiento inadecuado 	---	35 min.	---
Demostrativa	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Pedirá a los participantes que identifiquen los pensamientos inadecuados de forma individual. Una vez identificados tendrán que analizarlos mediante preguntas que los hará reflexionar, estas preguntas deben ir encaminadas a la objetividad (que tanto esos pensamientos se alejan de la realidad), consecuencias (a que consecuencias me lleva este pensamiento) y relativizar (que pasaría si lo que pienso es cierto). Se les explicará este paso y se les dará un listado con preguntas ejemplo (apéndice B) Se buscará que encuentren pensamientos alternativos. Se les explicará cómo llevar a cabo este paso y se les dará un listado con preguntas ejemplo (apéndice C) 	Preguntas para reflexionar ejemplo Preguntas de pensamientos alternativos ejemplo.	60 min.	Respuestas a las preguntas
Cierre	Los participantes comentarán como se sintieron.	---	10 min.	Comentarios de los participantes

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout
Sesión 5

Fecha:

Objetivo específico:		Los participantes practicarán el método de relajación.		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y resolución de dudas	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Resolverá dudas que pudieron quedar pendientes respecto a la respiración. 	---	10 min.	---
Demostrativa	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Explicará lo que es la relajación progresiva. Pondrá a los participantes en una posición cómoda para ellos y comenzará a dar las instrucciones para la relajación. Una vez terminada se resolverán dudas que pudieran existir Se les brindará un disco con las instrucciones a seguir para llevar a cabo la relajación en casa o en momentos de tensión. 	Disco relajación progresiva	50 min.	---
Demostrativa	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Explicará lo que es la relajación autógena. Pondrá a los participantes en una posición cómoda para ellos y comenzará a dar las instrucciones para la relajación. Una vez terminada se resolverán dudas que pudieran existir <p>Se les brindará un disco con las instrucciones a seguir para llevar a cabo la relajación en casa o en momentos de tensión.</p>	Disco relajación autógena	50 min.	---
Cierre	Los participantes comentarán como se sintieron.	---	10 min.	Comentarios de los participantes

Técnicas cognitivo conductuales como prevención al burnout
Sesión 6

Fecha:

Objetivo específico:		Los participantes practicarán la musicoterapia.		
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
Bienvenida y resolución de dudas	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Resolverá dudas que pudieron quedar pendientes respecto a la respiración. 	---	10 min.	---
Demostrativa	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Explicará lo que es la musicoterapia. Pondrá a los participantes en una posición cómoda para ellos y comenzará a dar las instrucciones para la relajación al mismo tiempo que comienza la música de relajación. Una vez terminada se resolverán dudas que pudieran existir Se les brindará un disco con las instrucciones a seguir y la música para llevar a cabo la relajación en casa o en momentos de tensión. 	Disco musicoterapia	50 min.	---
Exposición	El instructor: <ul style="list-style-type: none"> Mediante la encuesta que se llevó a cabo la primera sesión se hará la recomendación de que las personas que piensen que padecen burnout asistan con un especialista. Se resolverán dudas pendientes a lo largo de todo el taller. Los participantes comentarán como se sintieron a lo largo de las sesiones. 	Pizarrón blanco Plumones	30 min.	Encuesta sesión 1
Cierre final	El instructor y participantes: <ul style="list-style-type: none"> Realizarán un resumen de las 5 sesiones. Revisará las expectativas vistas en la sesión 1 y opiniones de los participantes Realizará el cierre final del taller. Se les proporcionará un listado con las técnicas de afrontamiento para que se lo lleven a casa y lo tomen en cuenta para futuras situaciones. (apéndice D) Se les entregará un listado con los centros de apoyo en caso de requerir profundidad en el tema (apéndice E) 	Pizarrón blanco Plumones	30 min.	Comentarios de los participantes

Conclusiones y Limitaciones

5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

5.1 Conclusiones

Es importante que las personas sepan y conozcan más acerca de lo que es y conlleva el Burnout, ya que es una realidad latente que muchos desconocen. Es un factor de riesgo para la salud de los individuos, por este motivo deben promocionarse programas con iniciativas que le permita a los empleados prevenirlo o en su caso afrontarlo. El Burnout es un problema organizacional también, que se debe atacar pues no solo afecta la salud de los empleados, sino que también afecta a los objetivos o metas de las organizaciones generando pérdidas a ambas partes.

También se debe considerar que el Burnout, no está incluido en el artículo 513 de la Ley Federal del Trabajo, ya que la última vez que fue actualizada fue en 1970 e incluye solo 161 enfermedades. Por esto también es importante llenar ese “campo vacío” el cual se debe atacar, para buscar el bienestar de los empleados, pues como se mencionó en el capítulo 2, el burnout no solo ocasiona síntomas menores, se puede llegar a pensar en el suicidio y en ocasiones consumarlo.

Actualmente no existen medidas terapéuticas efectivas que le hagan frente al Burnout, razón por la cual con el presente trabajo se intenta proponer una mayor investigación para que se logren diseñar e implementar programas de prevención e intervención.

Se pensó en técnicas cognitivo conductuales ya que nos permiten conocer las partes que integran a cualquier problema, para entenderlo y realizar un plan de acción para combatir o prevenir según sea el caso. El modelo cognitivo conductual nos permite desarrollar un tratamiento fundamentado en la interacción persona y el medio, centrándonos en sus conductas actuales y en las variables que controlan dichas conductas.

El trabajo no solo afecta de manera negativa al individuo, también es fuente de vida para mantener un buen estado de salud, es por eso que es importante que la dirección de las organizaciones considere planes de acción para los trabajadores, logrando una motivación para tener una mejora continua tanto profesional como personal.

5.2 Alcances

A partir del taller propuesto en este trabajo “Técnicas Cognitivo Conductuales como intervención al Burnout”, se busca que tanto las personas como las organizaciones identifiquen las fuentes y las situaciones que le generan estrés, con la finalidad de establecer y ejecutar programas de acción para afrontarlo y evitar que se llegue al Burnout.

Es fundamental que con este taller se logre disminuir el Burnout para garantizar tanto la salud de los empleados como el bienestar organizacional. No solo se busca que lo aprendido sea practicado “en clase”, busca que los empleados lo lleven a su vida diaria y que obtengan las herramientas necesarias para poder identificar situaciones estresantes en su vida laboral e inmediatamente ser atacadas, procurando siempre el bienestar individual y organizacional, que mejore la calidad de vida en el trabajo, que el individuo se encuentre preparado para enfrentarse a las situaciones laborales y fomentar la importancia del factor humano en las empresas.

Se han realizado demasiadas investigaciones acerca del Burnout, no es un tema nuevo, sin embargo, se ha encasillado en docentes y médicos o enfermeras y es importante destacar que en la investigación citada se ha encontrado que es un problema que afecta no solo a estas personas sino a todo aquel que trabaja atendiendo gente, sin contar la carga excesiva de trabajo que en algunas ocasiones también es un detonador. Es por esto que la recomendación que se hace es ampliar el campo de investigación a otras áreas organizacionales, realizar mayor investigación en México y crear talleres, cursos, etc., para que las personas

sepan modificar sus pensamientos, aprendan a combatirlo, prevenirlo y sobre todo que se le dé seguimiento al mismo.

5.3 Limitaciones

Durante el desarrollo de la investigación nos encontramos con algunas limitaciones, dentro de las cuales podemos mencionar, que la bibliografía consultada es basada en docentes y médicos o enfermeras, y aunque se localizaron varias investigaciones en donde se intenta combatir el Burnout mediante técnicas cognitivo conductuales, no se localizó investigación en otros campos laborales.

Otra limitación puede ser la falta de compromiso por parte de las empresas, pues el mantener a sus empleados motivados puede generar gastos que no siempre se tienen contemplados, como es el impartir este taller, y el tiempo que los empleados deben invertir en él. También puede existir falta de compromiso por parte del individuo, quien puede negarse a admitir que está padeciendo una enfermedad o una desmotivación ocasionada por su trabajo.

Una más es que el taller sea impartido por personal que no se encuentre capacitado en el tema, tanto en la terapia cognitivo conductual como en el Burnout, o que no se utilice una adecuada intervención acorde a las necesidades tanto del individuo como de la organización de acuerdo a las situaciones que se presenten.

Que no se obtengan resultados favorables al implementar la terapia cognitivo conductual, como es la reducción de los síntomas, o que al trabajar con los participantes en grupo no se sientan con la confianza de expresar sus sentimientos o necesidades durante el taller.

REFERENCIAS:

- Álvarez, F. & Faizal, E., (2012). *Salud Ocupacional. Guía Práctica*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Álvaro, J.L., Garrido, A. & Torregrosa, J.R. (1997). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Amigo, I., Fernández, C., Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ángeles, M., Díaz, M. & Villalobos, A., (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Aranda, C., Pando, M. & Pérez, B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14 (1), 79 – 87.
- Bakal, D.A., (1996) *Psicología y salud*. España: Desclée de Brouwer S.A.
- Bakker, A., Demfrouiti, E. & Schaufeli, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: an internet study, anxiety, stress and coping, 15 (3), 245-260.
- Barquin, M., Kahan, E., Szpirman, L. & Legaspi, J. A. (2000). *La salud en el trabajo*. México: JGH editores.
- Barragán, G. (2004). Factores psicosociales relacionados con el burnout en el personal de dos instituciones de asistencia social del Estado de México. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Los Reyes Iztacala.
- Beck, A., (1990). *Con el amor no basta*. México: Paidós.
- Benavidez, F.G., Ruiz, C. & García, A.M. (1997). *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Bernstein, D., Borkovec, T. & Hazlett – Stevens, H., (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals*. EU: Praeger Publishing.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo* Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. España: Biblioteca nueva.

- Cantú, R. & López, G. (2009). *Psicología de la salud*. Nuevo León: Tiempo Guardado.
- Carrascoza, C., (2008). *Modalidades de tratamiento. La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación*. Anuario de Investigación en Adicciones. 9 (1), 1 – 14.
- Castanyer, O., (2014). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. 3ra. Edición, Desclee de Brouwer.
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2006). *Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout)*. Madrid: UGT
- Dryden, W. DiGuseppe, R., & Neenan, M., (2003). *A primer on rational – emotive behavioral therapy*. Champaign: Research Press.
- D´Zurilla, T. & Nezu, A. (2007). *Problem – solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Co.
- D´Zurilla, T., & Nezu, A. (2010). *Problem – solving therapy*. en Dobson, K., (ed.) *Handbook of cognitive – behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Feldman, R. (2003). *Psicología. Con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw - Hill
- Freudenberger, H.J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159 – 165.
- Gándara, M. (1998). *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Madrid: Cauce editorial.
- García, C., (2005). *Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. 11 (11), consultado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1729-48272005000100008&script=sci_arttext&tlng=es, enero, 2015.
- García, E., (2014). *Terapia Cognitivo – Conductual Individual en la Relación de Pareja*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM

- García, S., Gutiérrez, J.P., Ruiseñor, H. & Familiar, I. (2008) Síndrome de “Burnout e implicaciones económicas de la salud mental en el contexto laboral mexicano. En Uribe, J.F. Psicología de la Salud Ocupacional en México (pp. 157-184). México: UNAM.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. *Salud pública de México*, 44 33 – 40.
- Gil-Monte, P.R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Psicología Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261 – 268.
- Guerrero, E. & Rubio, J., (2005). *Estrategias de Prevención e Intervención del “Burnout” en el ámbito educativo. Salud Mental*. 28 (5), 27 – 33.
- Guerrero, E. & Vicente, F. (2001). Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento de estrés en el profesorado. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Hagg-blom, S. Warnick, R. Warnick, J., Jones, V., Yarborough, G. Russell, T., et al. (2002), *The 100 Most Eminent Psychologists of the 20th Century. Review of General Psychology*, 6, 139 – 152.
- Hughes, P. & Hughes, L. (2008). Easy guide to health & safety. Slovenia: Elsevier editoriales.
- Juárez, A. (2008). La percepción de control en la salud y bienestar laboral: desarrollo de un modelo psicosocial. En Uribe, J.F. Psicología de la Salud Ocupacional en México (pp. 34-61). México: UNAM.
- Kazdin, A. (1991). *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de la conducta*. En Caballo, V. (ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI

- Labrador, F. Cruzado, J. & Muñoz, M., (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Lira, N., Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para trastornos de la salud*. España: Libros en Red.
- León, J.M. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud*. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- López, D., (2012). *Una propuesta terapéutica bajo la terapia cognitivo – conductual para mejorar la calidad de vida de los niños precoces de madres adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Alzate de Ozumba.
- Luque, P.J., Gómez, T. & Cruces, S.J. (2000). El trabajo fenómeno psicosocial. En Guillén, C. & Guil, R. *Psicología del trabajo para las relaciones laborales* (pp. 147-164). México: Mc. Graw Hill.
- Manassero, M.A., Vázquez, A., Ferrer, V.A., Fornés, J. & Fernández, M.C. (2003) *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Edicions UIB.
- Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León. Consultado en <file:///C:/Users/AMDVDCW7/Desktop/Intervención%20en%20habilidades%20sociales.pdf>, enero, 2015.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Sykes, C.M. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución Conceptual y estado actual de la cuestión. [Versión electrónica]. *Vivat Academia*, 112.
- Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100 – 113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397 – 422.
- Meichenbaum, D. (2009). *Stress Inoculation Training*. En O'Donohue, W., Fisher, J., (eds.) *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. N.J.: Wiley & Sons, Inc.

- Michelson, L., Sugai, D., Word, R. & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Minici, A. Rivadeneira, C., Dahab, J. (2001). *¿Qué es la terapia cognitivo – conductual?* [Versión electrónica]. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1 – 6
- Nezu, A., Maguth, C. & Lombardo, E., (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. New York: Manual Moderno.
- Nieto, H.A. (1999). Salud Laboral. En Mazzáfero, V.E., & col. *Medicina y salud pública*. (pp. 1-37) Buenos Aires: EUDEBA.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1995). *Salud ocupacional para todos. Estrategia mundial*. Ginebra.
- Ortego, M., López, S., Álvarez, M., (2011). *Trastornos Psicofisiológicos. Evaluación y tratamiento*. Universidad de Cantabria. Consultado en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_15.pdf
- Ortiz, J.A. & Arias, F. (2008). Factores Psicosociales de agotamiento profesional (síndrome de burnout) en profesionales de la salud y de la educación en el occidente de México. En Uribe, J.F. *Psicología de la Salud Ocupacional en México* (pp. 87-119). México: UNAM.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Peniche, C.A. (2008) *La salud en el trabajo: una reflexión final*. En Uribe, J.F. *Psicología de la Salud Ocupacional en México* (pp. 34-61). México: UNAM
- Plaud, J., (2001). *Clinical Science and Human Behavior. Journal of Clinical Psychology*, 57 (9), 1089 – 1102.
- Plaud, J. (2003). *Pavlov and the foundation of behavior therapy. Spanish Journal Of Psychology*, 6 (2), 147 – 154.

- Ramos, F. (2008). El síndrome de burnout. Madrid: Klinik, S.L.
- Rodríguez, J. & Neipp, M. (2008). Manual de Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, M., Aguilera, M., Rodríguez, R. & López, M. (2011). *Efectividad del programa de intervención cognitivo – conductual para disminuir los síntomas del estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública. Waxapa. 2 (5), 94 – 101.*
- Salanova, M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional. Madrid: Editorial Síntesis.
- Schutte, N. Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 73 (1), 53 – 67.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (001), 15 – 26.
- Sultanoff, B. & Zalaquett, C. (2000). *Relaxation therapies*. En Novey, D., (ed.), *Clinician's Complete Reference to Complementary & Alternative Medicine*. New York: Mosby.
- Torregrosa, J., Bergere, J. & Álvaro, J. (Eds.). (1989). *Juventud, trabajo y desempleo. Un análisis psicológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Torres, A., (2001). *Estrategia preventiva de repertorios conductuales funcionales en la relación de pareja: Un enfoque cognitivo – conductual*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Uribe, J.F. (2008) *Desgaste Ocupacional: Construcción, desarrollo y validación de un instrumento mexicano para medir "burnout", la escala EMEDO*. En Uribe, J.F. *Psicología de la Salud Ocupacional en México* (pp. 121-156). México: UNAM.
- Vega, M. (2005). *Prevención del burnout: una alternativa de capacitación para psicólogos en atención a violencia intrafamiliar*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Vergara – Lope, S., González, A., Rangel, C., (2011). *Terapia cognitivo – conductual de grupo en la atención del adulto mayor. Guía práctica para terapeutas*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Ward, C., Brinkman, T. Slifer, K., & Paranjape, S., (2010) *Conditioned emotional reactions*. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1 – 14.

Wilhem, K., Kovess, V., Rios, C. & Finch, A. (2004). Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 866 – 873.

Apéndice

Apéndice A

Encuesta.

<p>Lee con atención las siguientes preguntas y trata de responder lo más honesto/a posible, no hay respuestas buenas ni malas. Coloca una X en Sí o No según sea el caso. Debes tomar en cuenta que sean síntomas que lleven más de seis meses y que sean prolongados.</p>		
Antigüedad en la empresa:		
<i>En los últimos 6 meses o más he sentido:</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Cansancio		
Insomnio		
Tensión muscular		
Dolores de cabeza		
Taquicardia		
Alteraciones gastrointestinales		
Migrañas		
Disfunciones sexuales		
Irritabilidad o enojo excesivo		
Sensación de vacío		
Frustración		
Decepción		
Desaparición del sentido del humor		
Baja autoestima		
Sensación de realizar mayor esfuerzo ante un trabajo que antes hacía sin problemas		
Poca motivación		
Inseguridad		
Desinterés e incluso rechazo hacia los demás		
Problemas de concentración		
Dificultades de memoria		
Ideación negativa acerca de la organización		
Falta de logro		
Desinterés en el trabajo		
Fantasías acerca de abandonar la profesión		
Evitación de responsabilidades		
Olvido de compromisos importantes		
Abuso de café, cigarro, alcohol o fármacos		
Buscar cambiar de puesto		

Apéndice B

Preguntas para reflexionar.

Objetividad.

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?

Consecuencias.

- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me sirve de algo darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales / familiares?
¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?

Relativizar.

- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

Apéndice C

Preguntas de pensamientos alternativos.

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

Apéndice D

Estrategias para afrontar el Burnout.

- Mantener relaciones estables.
- Ocuparse de los problemas en cuanto aparecen
- Tener un hogar que es un “refugio”
- Planificar con anticipación
- Establecer prioridades y tratar los problemas según éstas
- Buscar maneras de que el trabajo sea más interesante.
- Controlar las emociones y procurar que no se note el estrés
- Intentar reconocer las propias limitaciones
- Procurar enfocar las situaciones objetivamente, sin sentimentalismos
- Reorganizar el trabajo
- Intentar apartarse y pensar la situación
- Utilizar la atención selectiva, concentrándose en problemas específicos
- Separar deliberadamente el hogar del trabajo
- Hablar con amigos comprensivos
- Administrar el tiempo de forma eficaz
- Dedicarse a aficiones y pasatiempos
- Mantenerse ocupado
- Ampliar intereses y actividades extralaborales

- Aceptar la situación intentando convivir con ella
- Distraerse (apartar la mente de los problemas)
- No amontonar cosas e intentar liberar energía

Apéndice E

Centros de Apoyo Psicológico.

- **Centro de Atención Psicológica Tlalpan CAPSIT**

Domicilio. San Fernando 23, col. Toriello Guerra C.P. 14000, México, D.F.

Tel. 3222 – 0735

- **Gerardo E. Silva Contreras**

Tel. 5211 – 6550 / 5211 – 6912 / 04455 – 4342 – 7549

- **Centro ELEIA**

Tel. Plantel Sur. 5661 – 2177 ext. 103, 104 y 107

Tel. Plantel Norte. 5370 – 9648

- **Facultad de Psicología. Call Center**

Tel. 5622 – 2288

Horario: de 8:00 a 20:00 hrs.

- **Facultad de Psicología.**

Edificio D, sótano, de la Facultad de Psicología UNAM

Tel. 5622 – 2309

Horario: lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 20:00hrs y miércoles de 8:00 a 19:00hrs.

- **Centro Bewusst Machen. Salud Mental Integral.**

Av. División del Norte 1228, 2do piso, despacho 207. Col. Letrán Valle, del. Benito Juárez.

Tel. 5605 – 0909