



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT  
EN ODONTÓLOGOS MEXICANOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O   D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JHONY MÉNDEZ HERNÁNDEZ

TUTORA: Mtra. ROSA ISELA LUPERCIO LUNA

MÉXICO, Cd. Mx.

2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



---

## **A MIS PADRES**

Por siempre brindarme su apoyo, su comprensión, por siempre estar en los momentos difíciles, por ayudarme a culminar una parte importante de mi vida, por todo su apoyo incondicional ayudarme a alcanzar mis metas y el ánimo para siempre seguir adelante.

## **A MIS TÍOS**

Gracias por siempre demostrarme su cariño, por siempre estar ahí conmigo, por siempre querer mi bienestar y mi desarrollo profesional.

## **A MIS HERMANOS**

Gracias por los consejos, por una palmada, un regaño, una sonrisa, por ponerme siempre el ejemplo de ser un profesionista, pero principalmente todo el apoyo brindado,

## **A MIS AMIGOS**

Por todas las experiencias vividas durante la licenciatura, los momentos de estrés, los momentos libres, las pláticas, los consejos, el apoyo incondicional.

## **A MI TUTORA**

Gracias por el apoyo brindado, los consejos, el tiempo brindado para desarrollar este trabajo, la paciencia, el ánimo.



---

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>OBJETIVO</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES</b> .....	7
1.1 Definición.....	15
1.2 Modelos del Síndrome de burnout.....	18
1.3 Datos epidemiológicos.....	23
<b>CAPÍTULO 2 FACTORES ETIOLÓGICOS</b> .....	26
<b>CAPÍTULO 3 SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT</b> .....	29
<b>CAPÍTULO 4 SÍNDROME DE BURNOUT EN ODONTOLOGÍA</b> ....	32
<b>CAPÍTULO 5 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT</b> .....	37
5.1 Maslach Burnout Inventory .....	38
5.2 Escala Mexicana De Desgaste Ocupacional .....	53
<b>CAPÍTULO 6 TRATAMIENTO</b> .....	57
6.1 Terapia ocupacional.....	58
6.2 Terapia individual.....	59
6.3 Terapia grupal.....	60
6.4 Terapia organizacional.....	61
6.5 Tratamiento farmacológico.....	61
<b>CAPÍTULO 7 RECOMENDACIONES</b> .....	65
<b>CONCLUSIONES</b> .....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69



---

---

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (**SB**) se define como un padecimiento ocasionado por un grado de estrés prolongado, diferentes autores han dado múltiples definiciones de **SB**, sin embargo, la definición más completa es dada por las investigadoras **Christina Maslach** y **Susan Jackson** quienes establecen por primera vez tres dimensiones de esta enfermedad.

Entienden que el **SB** se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: Agotamiento emocional, cinismo o despersonalización, y baja realización personal.

Sin embargo, el antecedente histórico de **SB** se encuentra en un estudio de **Schwartz y Will** de 1953, en el que describían un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes experimentado por una parte de las enfermeras de un servicio de psiquiatría, así como la novela publicada en el año de 1961 por el novelista inglés **Graham Green** titulada “A burnout case”, traducida posteriormente al español como “Un caso acabado”.

El **SB** va a afectar principalmente a los profesionales de la salud (médicos, psicólogos odontólogos, enfermeras) sin dejar atrás a las demás profesiones. El **SB** se caracteriza como una experiencia de agotamiento y desinterés por lo que se realiza, los altos niveles de estrés que se manejan en el ámbito laboral van a ser el principal factor para padecer Burnout.



Otros factores como son edad, genero, horas de trabajo, cargo que se desempeña, estado civil, número de hijos, son factores sociodemográficos importantes que en cierto grado influyen para desarrollar **SB**.

Los odontólogos estamos sometidos a niveles altos de estrés, ya que además de ser una profesión que exige un buen servicio, estamos en constante evaluación por parte de los pacientes, el manejo de materiales punzocortantes, materiales químicos, el manejo de horarios, estar en contacto con residuos infectocontagiosos serán también factores extras dentro de nuestra profesión.

El presente trabajo tiene como finalidad realizar una investigación actualizada de la literatura sobre los avances que se tienen en cuanto a este síndrome, se describen las pruebas utilizadas para brindar un diagnóstico certero, una vez diagnosticado cual sería la forma de tratarlo, que estrategias se emplearían, y en caso de ser necesario el tratamiento farmacológico se describen las primeras opciones. Es muy importante saber que este síndrome tiene un manejo multidisciplinario en el que participan varias áreas médicas como el psicólogo, el psiquiatra que actúan en conjunto para poder curarlo, así como saber cuáles son los signos, síntomas y el comportamiento conductual que se presenta para poder prevenirlo ya que la acción más importante será la prevención y así poder actuar de una forma rápida.



---

## **OBJETIVO**

Elaborar una revisión de la literatura actualizada del Síndrome de burnout en el área odontológica para su correcto diagnóstico, manejo y tratamiento, así como identificar los factores de riesgo en los odontólogos mexicanos.



---

---

# MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ODONTÓLOGOS MEXICANOS

## CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

El estrés laboral es un término que por lo regular se refiere a las respuestas físicas y comportamentales frente a las presiones relacionadas con el trabajo, las cuales permanecen activas por periodos cortos.

Durante mucho tiempo se estudiaron las consecuencias patológicas del estrés dentro de la fisiología orgánica y aunque su influencia psicológica era conocida, ésta estaba vinculada con las enfermedades que es habitual encontrar en los manuales de psicopatología, en donde se dejaba ver que el estrés era un factor que las generaba o las detonaba, según el caso.

En los últimos decenios del siglo XX fueron estudiadas sus consecuencias emocionales a largo plazo acuñándose el término “burnout” en referencia a un síndrome desarrollado en periodos prolongados, como respuesta a vivencias periódicas de estrés, el cual incluye algunas sintomatologías del estrés, aunque conserva sus propias manifestaciones características y se orienta a ser un funcionamiento deficiente y crónico padecido por algunas personas que se encuentran en el medio laboral. <sup>1</sup>



A lo largo de la historia diversas personas han realizado estudios acerca del “burnout” hasta llegar a un término más concreto para poder definirla;

El antecedente histórico del “burnout” se encuentra en un estudio de **Schwartz y Will** de 1953, en el que describían un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes experimentado por una parte de las enfermeras de un servicio de psiquiatría. En ese mismo artículo una enfermera afectada describía así su situación, claramente encuadrable en lo que llamaríamos actualmente “burnout”.

En 1961 **Graham Green**, novelista inglés, había publicado una novela titulada “A burnout case”, traducida posteriormente al español como “Un caso acabado.”<sup>2</sup> Imagen 1



Imagen 1 Graham Greene.<sup>3</sup>

La novela narra la historia de un arquitecto famoso y de éxito que, finalmente, hastiado de su trabajo y de la vida que lleva, un día decide abandonarlo todo y se marcha al Congo, al lugar más alejado de la civilización.<sup>2</sup> Imagen 2

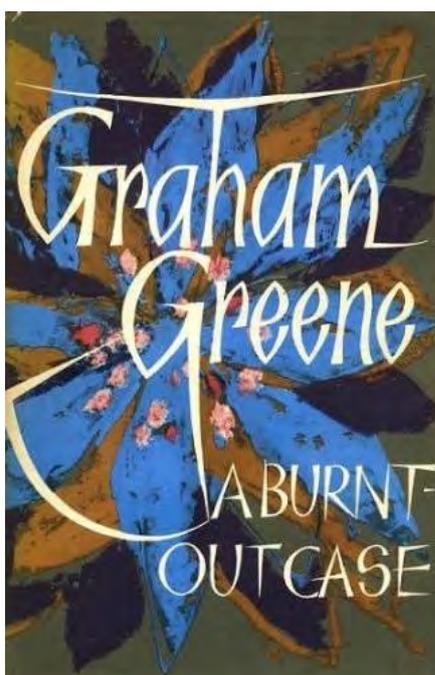


Imagen 2 A burnt out case.<sup>4</sup>

La primera mención de esta entidad nosológica fue realizada por **Bradley** (1969), quien en su artículo “Community bases treatment for young adult offenders”, publicado en la revista Crimen y delincuencia, designa con el término burnout a un tipo de estrés que consume la energía de los profesionistas en el trabajo. <sup>1</sup>



Posterior a **Bradley** en el año de 1974 **Herbert J. Freudenberger** (1926-1999) un psiquiatra de origen estadounidense utiliza el término “burnout” por primera vez en el contexto de la medicina cuando trató de explicar el deterioro, de los cuidados y de la atención profesional a los usuarios de servicios sanitarios, se percató de la presencia de trastornos emocionales en sus compañeros.

El síndrome se describió en un grupo de trabajadores y voluntarios que atendían una clínica de toxicómanos y que, al cabo de poco más de un año en esta actividad, comenzaban a presentar un estado de ánimo depresivo, pérdida de energía y desmotivación para el trabajo.

**Freudenberger**, observó cómo estas personas gradualmente se volvían insensibles, poco comprensivas e incluso agresivas en relación con los pacientes, pasando a tener un trato distanciado y cínico con ellos, llegando incluso a culparles de los problemas que padecían.<sup>5</sup> Imagen 3



Imagen 3 Herbert Freudenberger.<sup>4</sup>



La psicóloga social **Christina Maslach** en el año de 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

Para 1981 se habían extendido en todo el mundo los estudios y especulaciones sobre este síndrome, y es de nuevo **Christina Maslach**, quien, en compañía de **Susan Jackson**, normalizaría el estudio y la conceptualización sobre el “**burnout**”; ambas investigadoras propondrían su medición a través de un inventario llamado Maslach Burnout Inventory, el cual incluía 22 aseveraciones. Desde el principio, este instrumento fue acogido con beneplácito por la comunidad científica y pasó de la fase formativa-especulativa a la empírica-mensurable.<sup>1</sup> imagen 4



Imagen 4 Christina Maslach.<sup>4</sup>



En 1988, **Pines y Aronson** atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud).<sup>6</sup>

### **Antecedentes en la Nueva España y México**

En la Nueva España el trabajo fue concebido como algo malo porque los españoles lo impusieron a una gran masa de indígenas y mestizos, quienes no lo percibían de manera satisfactoria; se puede decir que en México ocurrió lo mismo que en Roma con los esclavos: el pueblo vio al trabajo como un castigo. En la actualidad existen expresiones coloquiales que permiten apreciar la representación mental que tienen los mexicanos sobre su labor cotidiana:

- “Trabajo como negro”
- “Me mato trabajando”
- “Me la parto”

Aparte de estas expresiones también hay refranes:

- El trabajo es tan malo que pagan por hacerlo.
- El trabajo embrutece.
- La empresa hace como que paga y yo como que trabajo.<sup>1</sup>



La percepción extranjera del trabajo del mexicano también es negativa; basta recordar que muchos estadounidenses lo han representado de manera tradicional con un enorme sombrero charro y dormido al pie de un cactus.

Los indígenas y mestizos trabajaron esclavizados para los señores que dominaban, de ahí el repudio al trabajo; en paralelo, el oficio de la enseñanza traído por los frailes españoles a América fue visto por el imaginario colectivo como una labor digna y dignificante, realizada por esa casta española. De ahí que en la actualidad coexistan dos ideas sobre el trabajo en México: la del castigo y la de la dignificación. <sup>1</sup>

En Latinoamérica, y principalmente en México, la investigación que se ha realizado ha sido en el campo relacionado con el estrés en general (del Pino, 2005; Gutiérrez, 2000; Gutiérrez, Ito y Contreras, 2002), y con múltiples estudios de salud ocupacional relacionados con variables estresoras, pero no de burnout en forma específica. Por ejemplo, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997) en un estudio con médicos mexicanos, encontraron diferentes síntomas relacionados con las malas condiciones de trabajo, tales como bajos salarios, equipo deficiente y obsoleto, problemas de supervisión, de instalaciones y sobrecarga de trabajo. <sup>7</sup>



Díaz (2004) en un estudio sobre el auto cuidado de los médicos encontraron relaciones con el estrés, alimentación, descanso y esparcimiento con largas jornadas de trabajo y en varias instituciones de salud en México.

Existen escasos artículos como los de Díaz, Lartige y Acosta (2001) y Mingote, Moreno y Gálvez (2004) describen el síndrome y proporcionan algunos consejos para controlarlo.

**Uribe Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano**, desarrollaron un instrumento de medición exclusivamente para población mexicana.<sup>7</sup>  
Imagen 5



Imagen 5 Jesús Felipe Uribe Prado.<sup>8</sup>



En México se encuentran sólo dos estudios de validez psicométrica el Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI HSS), que señalan, al menos parcialmente, cierta eficacia de la escala en población mexicana.<sup>9</sup>

## 1.1 DEFINICIÓN

Han sido diversas las definiciones que se han empleado para dar un término correcto al **Síndrome de burnout (SB)**, las definiciones más aceptadas son las siguientes

**Herbert Freudenberger** (1974) lo definió como una sensación de fracaso, con agotamiento permanente, resultado de la sobrecarga laboral que provoca el desgaste de energía, recursos personales y fuerza anímica del individuo.<sup>1</sup>

**Pines y Kafry** (1978) hablan de una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

**Edelwich y Brodsky** (1980) plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout:<sup>10</sup>



- 
- a) Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
  - b) Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales.
  - c) Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome.
  - d) Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Otra de las definiciones clásicas muy utilizada de **SB** es la de **A. Pines, E. Aronson y D. Kafry**, quienes, en 1981, señalaron el término **SB** es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.<sup>10</sup>

### **Maslach y Jackson**

Dieron la definición más importante y, como ya se mencionó, a partir de 1981 marca un estándar para la comunidad laboral.

Dichas investigadoras establecen por primera vez tres dimensiones de esta enfermedad.<sup>1</sup>



Lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional.<sup>10</sup>

Entienden que el **SB** se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por:

- Agotamiento emocional. Sentimiento de que los recursos emocionales y físicos se han esfumado.
- Cinismo o despersonalización. Punto de vista negativo y desvergonzado por el trabajo.
- Baja realización personal. Sentimientos de incompetencia, escaso logro personal y baja autoeficacia.

Por último, una de las definiciones más aceptadas en la actualidad es la de **Wilmar Schaufeli y Dirk Enzmann**, los cuales consideran a este síndrome como un persistente estado negativo de la mente, relacionado con el trabajo, el cual ocurre con individuos normales. Sus características particulares son agotamiento, desconsuelo, un sentido de competencia reducida, baja motivación y desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo.<sup>1</sup>



---

## 1.2 MODELOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La necesidad de explicar el episodio del **SB** (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos.

Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del **SB**, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados.

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos.

El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo.

Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de **Albert Bandura** para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo, básicamente consideran que:

a) las cogniciones de los individuos 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.<sup>11</sup>



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 también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Entre los modelos recogidos en este grupo 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 **Thompson, Page y Cooper** (1993).

En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del **SB**, mientras que en el modelo de **Thompson et al.** (1993) es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de **Buunk y Schaufeli**, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de **Hobfoll y Freedy**, 1993). Proponen que el **SB** tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.<sup>11</sup>



Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante.

Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

Todos ellos incluyen el **SB** como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de **Golembiewski** et al. (1983), el modelo de **Cox, Kuk y Leiter** (1993), y el modelo de **Winnubst** (1993).<sup>11</sup>



El primero de ellos destaca las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del **SB**, el modelo de **Cox** et al. (1993) destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de **Winnubst** (1993) enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.<sup>11</sup> Tabla 1, Tabla 2

<b>Modelos</b>	<b>Representantes</b>	<b>Descripción</b>
<b>Modelos elaborados desde la teoría Sociocognitiva del yo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- El modelo de Cherniss (1993)</li><li>- El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)</li></ul>	Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura. Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.
<b>Los Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Buunk y Schaufeli (1993)</li><li>-Hobfoll y Freddy (1993)</li></ul>	Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.
<b>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)</li><li>- El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)</li><li>- El modelo de Winnubst (1993)</li></ul>	Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.

Tabla 1 Modelos del **SB**.<sup>12</sup>



<b>Modelos</b>	<b>Representantes</b>	<b>Descripción</b>
<b>Modelo tridimensional del MBI-HSS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maslach (1982)</li><li>- Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)</li><li>- Leiter y Maslach (1988)</li><li>- Lee y Ashforth (1993)</li><li>- Gil-Monte (1994)</li></ul>	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)
<b>Modelo de Edelwich y Brodsky</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Edelwich y Brodsky (1980)</li></ul>	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración)
<b>Modelo de Price y Murphy</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Price y Murphy (1984)</li></ul>	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda, y 6. Equilibrio.
<b>Modelo de Gil Monte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gil Monte (2005)</li></ul>	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: Perfil 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

Tabla 2 Modelos del SB.<sup>12</sup>



### 1.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El **SB** en odontólogos se considera como un importante riesgo profesional para ellos, que son propensos al **SB** debido a la naturaleza de su trabajo. En países europeos y americanos, se evidencia una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde un 2-3% hasta el 50%. Por ejemplo: en Hispanoamérica el síndrome se detecta con una frecuencia del 4,5%; en América, del 6,0 al 50,0%; en Europa, de un 2-3% al 35,7%, y en México, del 10,9% al 50,3% (Tabla 3).<sup>13</sup>

Estudio	Resultados
Alemany, Berini y Gay (2008)	2-3% en Barcelona, España
Gorter, <i>et al.</i> (1999)	2,5% en Amsterdam, Holanda
Shelley y Wong (1991)	2,5% en Amsterdam, Holanda
Grau, <i>et al.</i> (2009)	4,5% en Hispanoamérica
Slate, Steler y Miller (1990)	6,0% en Arkansas, Estados Unidos
Gorter (2008)	8,0% en el Reino Unido
Denton, Newton y Bower (2008)	8,0% en el Reino Unido
Cartagena y Nuñez (2003)	10,0% en Talca, Chile
Osborne y Croucher (1994)	10,3% en el Reino Unido
Hernández, <i>et al.</i> (2007)	10,9% en Distrito Federal, México
Ríos, <i>et al.</i> (2010)	13,8% en Sevilla, España
Te Brake, <i>et al.</i> (2008)	15,8% en Amsterdam, Holanda
Gorter y Freeman (2011)	16,0% en Irlanda del Norte
Peterson, <i>et al.</i> (2008)	35,7% en Suecia
Díaz; Pérez y Lartigue (2006)	36,0% en Distrito Federal, México
Marruco (2008)	38,8% en Buenos Aires, Argentina
Robles y Cáceres (2010)	44,6% en Lima, Perú
Campos, <i>et al.</i> (2010)	48,3% en Sao Paulo, Brasil
Mondol (2008)	50,0% en San José, Costa Rica
<b>Castañeda y García de Alba (2012)<sup>1</sup></b>	<b>50,3% en Guadalajara, México</b>

<sup>1</sup> Resultados del presente estudio

Tabla 3 Prevalencia de **SB** en diversos estudios a nivel mundial.



Con respecto a la edad, se encontró que la población de género masculino en un rango de edad mayor a 40 años tiene mayor riesgo a padecer **SB** (Tabla 4).<sup>13</sup>

Variables Analizadas	Síndrome De Desgaste Profesional	Valor De P	Significación Estadística
	SI 67 (50,3 %) No 66 (49,7 %)		

#### Perfil sociodemográfico

Sexo			0,91	No significativa
Masculino	41 (50,0 %)	41 (50,0 %)		
Femenino	26 (51,0%)	25 (49,0 %)		
Grupo de edad			0,029	Chi2 = 4,73
< De 40 años	38 (60,0 %)	25 (40,0 %)		
> De 40 años	29 (41,0%)	41(59.0%)		

Tabla 4 Prevalencia de **SB** en diversos estudios a nivel mundial.

Con el objetivo de crear un panorama sobre las investigaciones del **SB** en América Latina se llevó a cabo una revisión sistemática de 89 estudios, realizados y publicados en revistas científicas, libros y en memorias de eventos científicos en 12 países latinoamericanos entre el 2000 y el 2010. Las bases de datos y buscadores utilizados fueron Science Direct, Scopus, Ebsco, Redalyc, Scielo y Google Académico. En cuanto a los resultados, se evidencia la tendencia al uso de los planteamientos conceptuales y los instrumentos elaborados por **Maslach** y **Jackson** (tabla 5).<sup>14</sup>



<b>Países latinoamericanos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>República Dominicana</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Bolivia</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Uruguay</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Costa Rica</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Cuba</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Venezuela</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Perú</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Chile</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Argentina</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Brasil</b>	<b>15</b>	<b>18</b>
<b>México</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>Colombia</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabla 5 Frecuencias de estudios revisados sobre burnout en países latinoamericanos, donde se puede observar que México y Colombia tienen mayores estudios sobre el **SB**.



## CAPÍTULO 2 FACTORES ETIOLÓGICOS

Son diversas las razones o factores que desencadenan el **SB** ya que dentro de éstas van a existir múltiples factores como pueden ser; estados de ánimo, de salud, autoestima, capacidad laboral que se verán involucrados para el desarrollo de **SB**. En la revisión de la literatura se mencionan las siguientes:

- **Factores personales:** la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas impacientes, exigentes y perfeccionistas).
- **Inadecuada formación profesional:** excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- **Factores laborales o profesionales:** condiciones inadecuadas en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo de equipo.
- **Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.<sup>6</sup>



- **Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.<sup>6</sup>

### Factores Laborales

- **Cultura organizacional:** las culturas organizacionales ultra competitivas suelen devenir en ambientes laborales tóxicos. La falta de apoyo de colegas y superiores es una causa frecuente de estrés. En casos extremos, estos ambientes pueden desencadenar en conductas de acoso laboral (mobbing).
- **Grado de exigencia:** las personas con poco o demasiado trabajo, son más proclives a sufrir estrés.
- **Control sobre el trabajo:** los empleados a quienes se otorga la posibilidad de elegir la manera de realizar su trabajo suelen presentar menos síntomas de estrés laboral.
- **Cambios organizacionales:** los procesos de cambio organizacional son una importante causa de estrés. En este caso, las variables clave son: ¿Cuánta información reciben los empleados sobre el cambio? ¿El proyecto ha sido planificado o sorpresivo?.<sup>15</sup>



- **Función laboral y capacitación:** los empleados que no tienen claro en qué consiste exactamente su trabajo y no reciben suficiente capacitación suelen presentar mayores índices de estrés.

Por otro lado, el estrés laboral también puede ser el resultado de un pobre balance en la relación hogar/trabajo, con severas consecuencias cuando convergen la pobreza, el riesgo de desempleo y condiciones de vida precarias.

Esto puede afectar principalmente a las mujeres en países con disparidades de género, quienes en los lugares de trabajo experimentan y expresan con mayor frecuencia que los hombres, problemas asociados al estrés, siendo las causas más frecuentes:

- Doble rol que deben jugar tanto en el hogar como en el trabajo y la dificultad para balancear estos.
- Los roles sociales de género y la necesidad de un rol independiente contra la necesidad de conformarse a las expectativas sociales
- El acoso sexual en el trabajo.
- La discriminación de género que se traduce en menores ingresos y mayores exigencias y requisitos ocupacionales.<sup>15</sup>



El **SB** es un problema de salud complejo, que no solo comprende las tres dimensiones señaladas, pues también genera problemas de salud, física, mental, afecta la calidad de prestación de servicios de salud, la calidad de vida familiar y la calidad de vida en general, de quien la padece.

### **CAPÍTULO 3 SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Entre los síntomas más comunes asociados al **SB** algunos autores mencionan los siguientes:

1. **Psicosomáticos:** fatiga crónica, mareos, dolores de cabeza frecuentes, dificultades para conciliar el sueño, insomnio, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, infecciones respiratorias, taquicardias, depresión, alergias, desórdenes alimenticios, pérdida de apetito y de peso, hipertensión, asma, dolores musculares, falta de deseo sexual, pérdida de ciclos menstruales, trastornos dermatológicos, tics, en la cavidad oral bruxismo, herpes, aftas, entre otras.
2. **Mentales:** sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, comportamiento paranoide y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia. <sup>15</sup>



3. **Conductuales:** evitar responsabilidades, ausentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, autosabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, toma de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
4. **Emocionales:** depresión, abandono, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.<sup>15</sup>
5. **Defensivos:** negación de las emociones, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.<sup>10</sup>
6. **Desempeño laboral:** ausentismos y accidentes laborales, conflicto laboral, toma de decisiones con eficacia disminuida.
7. **Familiar:** divorcio, conflictos personales, fallecimiento familiar cercano.<sup>15</sup>
8. **Sociales:** Aislamiento y sentimientos de fracaso, conflictos personales, evitar conflictos interpersonales, mal humor familiar, formación de grupos críticos, evitar contacto profesional. <sup>10</sup>



Aparte de los síntomas que padece el sujeto, el **SB** también va a afectar a la familia y la calidad del trabajo. El individuo se quejará continuamente, hablará reiteradamente de su trabajo y se transformará en un problema para la familia. No es raro que los lamentos y agresividad se dirijan a otra persona o al cónyuge, transformando esta última situación en un riesgo de divorcio. Es frecuente que los sentimientos negativos que se generan por **SB** terminen afectando no sólo a las personas relacionadas con el trabajo, sino a quienes lo rodean.

En el trabajo, el resultado más evidente será una disminución del rendimiento de la motivación, afecta la convivencia con los compañeros, impide cualquier felicidad personal o satisfacción profesional, incrementa los errores, obstaculiza cualquier intento de reforma laboral, aumenta la frustración y predomina una actitud de no participación. Se cae en una rutina, lo que suele llevar a una menor atención de las necesidades humanas al mostrar poca sensibilidad hacia los sentimientos del usuario.

El **SB** también da lugar a una disminución de la productividad; es decir, perjudica el desempeño laboral. Así mismo, es un importante mediador patogénico que daña la salud del profesional, tanto por los efectos directos que ocasiona, como por los indirectos, a través de adquisición de conductas nocivas para la salud, considerados estos como mecanismos de defensa (consumo de alcohol, drogas, tabaco, etc.).

Es así que las tasas de alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son superiores en las personas que sufren de este síndrome que en el resto de la población.<sup>16</sup>



---

## CAPÍTULO 4 SÍNDROME DE BURNOUT EN ODONTOLOGÍA

Se ha observado que los trabajadores del sector de la salud presentan elevados índices de insatisfacción, estrés y **SB**, relacionados con la insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, falta de identificación con el centro laboral, un menor control sobre el trabajo, autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal.

En el caso de los odontólogos, se ha identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral, como el número de pacientes por odontólogo, discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo.

Generalmente, el ejercicio profesional de los odontólogos es arduo, tenso e implica deterioro físico, emocional y mental, por lo que puede considerarse de alto riesgo; realizan sus actividades en espacios limitados, con apremio de tiempo, en posiciones forzadas, en un área de trabajo restringida a una cavidad bucal, habitualmente el ambiente de trabajo es ruidoso e insuficiente de iluminación y ventilación. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como el **SB** y otros problemas de salud.<sup>17</sup>



En cuanto al ambiente laboral, este es una fuente de estrés para el odontólogo por la posibilidad de contagio de enfermedades tales como Hepatitis B y C; por ejemplo, los odontólogos poseen diez veces más riesgo de adquirir Hepatitis B que el promedio de ciudadanos. El lugar de trabajo se asocia a la humedad y un alto riesgo de daño a la piel y las manos, por estar expuestos a sustancias irritantes de los materiales dentales y los guantes; a un ambiente ruidoso (con sus constantes cambios en la intensidad y la frecuencia de los sonidos) y al deslumbramiento de la lámpara, los olores de los materiales y desinfectantes, lo cual puede estimular los sentidos y afectar el humor y el estado mental. Además, se tiene que tratar con pacientes de diferente personalidad (hostiles, miedosos, agresivos, fóbicos e hipocondriacos)<sup>15</sup>

Asimismo, el odontólogo está sujeto a las expectativas y constante evaluación del paciente y al desgaste emocional que supone la interacción tratamiento-salud. Además, existe una serie de factores predisponentes que hace que los profesionales de éste campo sean más susceptibles al desgaste profesional:

- Sobrecarga laboral: el tiempo para cada tratamiento está prefijado en un horario donde no se incluye la atención inmediata a urgencias, complicaciones del tratamiento y las consecuencias de la tensión emocional del paciente.
- Ejercicio solitario: la responsabilidad no puede ser compartida y es frecuente la sensación de soledad.<sup>17</sup>



- Ambigüedad en la relación paciente-profesional: la desconfianza económica y el miedo al dolor se enfrentan con otros sentimientos como necesidad y desamparo.
- Riesgo económico: siempre está presente al trabajar como autónomo y gestionar su propia empresa.
- Ejercicio profesional: en lugares cerrados y con ambiente contaminado.

Por otro lado, los profesionales en odontología tienen una alta prevalencia de desarrollar enfermedades relacionadas con el **SB**, ya que todas sus características son mencionadas en algún de los grados, siendo las molestias musculoesqueléticas las de mayor prevalencia, seguido de las psicósomáticas y por último las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares. Además, no existe diferencia entre los niveles de estrés reportados en diferentes especialidades odontológicas, aunque los odontopediatras muestran mayores porcentajes de estrés respecto a los demás; se considera que los mayores índices de suicidios entre profesionales de la salud se da en odontólogos, psiquiatras y anestesiólogos y son ellos los que sienten mayor presión por la pérdida de perspectiva profesional y el mantenimiento del consultorio, mientras que las odontólogas sienten mayor presión por la incertidumbre de situaciones profesionales.<sup>15</sup>



Finalmente, existe una obligación continua de estudio y puesta al día. Generalmente los odontólogos se informan de las nuevas tecnologías mediante conferencias y cursos que se imparten. Estos se han descrito como una fuente de ansiedad porque se va a encontrar ante una dicotomía de asistir o no. Por un lado, se puede interpretar como un aumento de conocimientos, pero, por otro lado, necesita encontrar tiempo o un reemplazo en la consulta para poder asistir. A ello se suma el aspecto económico, debido al gasto que debe asumir como derecho a asistir y que sus ingresos se pueden ver afectados por las horas que dejará de atender en el consultorio.<sup>15</sup>

A través de un estudio descriptivo observacional, en el que participaron 45 odontólogos del Estado de Guanajuato, tomados de un listado pertenecientes a la asociación dental del estado de Guanajuato se calculó el tamaño muestral para hacer este estudio en base a la proporción esperada de sujetos con estrés (30%), considerando una evaluación en dos vías y con un error tipo I de 0.10, se obtuvo un tamaño de muestra de 45 sujetos para llevar a cabo la investigación.<sup>18</sup>



El instrumento de recolección de los datos fue tomado del Test de Salud Total de **Langer-Amiel**. Esta evaluación subjetiva de la salud se llevó a cabo mediante este test de sintomatología psicosomática generada por procesos estresantes y cuyo objetivo es detectar una posible falta de salud que puede estar asociada a las condiciones de trabajo; los aspectos que más se manifiestan mediante el cuestionario son psicosomáticos y relacionados con el estrés (Tabla 6).<sup>18</sup>

<b>Especialidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Odontólogos generales</b>	19	42.2
<b>Protesistas</b>	12	26.7
<b>Endodoncistas</b>	5	11.1
<b>Ortodoncistas</b>	5	11.1
<b>Periodoncistas</b>	2	4.4
<b>Odontopediatras</b>	2	4.4
<b>Total</b>	45	100

Tabla 6 Estudio realizado sobre procesos estresantes en el consultorio dental, donde los odontólogos generales y protesistas son los más afectados.



## CAPÍTULO 5 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existen una serie de instrumentos que sirve para evaluar el **SB**; sin embargo, la mayor parte de la evaluación del constructo se ha desarrollado a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), de **Maslach** y **Jackson**, es el más utilizado entre los investigadores. Valora las 3 dimensiones propuestas por las autoras; cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal en el trabajo (RP).<sup>19</sup>

En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 ítems)
- Despersonalización (5 ítems)
- Realización personal (8 ítems)

La prueba se basa en cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de "nunca" a "diariamente", dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del **SB** citados anteriormente (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), en el trabajo. De hecho, se agrupan en tres subescalas, una para cada uno de los componentes del **SB**.<sup>16</sup>



## 5.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY

El cuestionario Maslach Burnout Inventory, creado por **Maslach y Jackson** en 1981. Consta de 22 ítems y en él se pueden diferenciar y medir los tres factores o dimensiones que conforman el **SB**. Este instrumento tiene validaciones en países como España, Chile y México, además se ha usado en países como Argentina, Cuba y Bolivia.<sup>20</sup>

- **Agotamiento Emocional:** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, su puntuación es directamente proporcional al **SB**.
- **Despersonalización:** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 5, 10, 11, 15 y 23, su puntuación es directamente proporcional al **SB**.
- **Realización Personal:** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22.

Cuestionario burnout

Su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el **SB**.

Mide los 3 aspectos del **SB**.<sup>21</sup>



1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

#### Rangos de medida de la escala

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días. <sup>21</sup>



## Cálculo de puntuaciones

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

Aspecto evaluado, preguntas a evaluar, valor total obtenido, indicios de **SB**.

Cansancio emocional 1-2-3-6-8-13-14-16-20 Más de 26

Despersonalización 5-10-11-15-22 Más de 9

Realización personal 4-7-9-12-17-18-19-21 Menos de 34

## Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el **SB**. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el grado del **SB**, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno (Tabla 7).<sup>21</sup>

Valores De Referencia	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

Tabla 7 Valores de referencia grado de **SB**.



En el mercado laboral del odontólogo existen instituciones educativas y de salud pertenecientes al Estado, donde existen pocas vacantes para el servicio dental y, aunado a esto, el incremento acelerado de las demandas de los egresados de las universidades, lo que genera un exceso de profesionistas. Ante el escaso número de plazas, por lo cual se opta por hacer la práctica privada o quedar desempleado. La labor de una institución de salud está condicionada a un horario de trabajo, número de pacientes consultados, tiempo de duración entre la atención de cada uno de ellos, etc.

Con el objetivo de determinar la prevalencia del **SB** en odontólogos del sector salud y educativo y analizar los factores de riesgos sociodemográficos y laborales, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante el censo del personal odontológico del área metropolitana de Guadalajara, México, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad de Guadalajara, donde participaron 138 de ellos, aplicándoseles una ficha de identificación y el **Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI HSS)** en forma autoadministrada.<sup>16</sup>



Variables Analizadas	SB		Valor De P	Significación Estadística
	SI 67 (50,3 %)	No 66 (49,7%)		
<b>Perfil Sociodemográfico</b>				
Sexo			0,91	No significativa
	Masculino	41 (50%)	41(50%)	
	Femenino	26 (51%)	25 (49%)	
Grupo de edad			0,029	Chi2 = 4,73
	< De 40 años	38 (60%)	25 (40%)	
	> De 40 años	29 (41%)	41(59%)	
Estado civil			0,12	No significativa
	Con pareja estable	51 (47%)	58(53%)	
	Sin pareja estable	16 (67%)	8(33%)	
Tiempo con pareja estable			0,49	No significativa
	< de 15 años	17 (42%)	23(58%)	
	> de 15 años	34 (49%)	35(51%)	
Trabaja la pareja			0,31	No significativa
	No	26 (52%)	24(48%)	
	Sí	25 (42%)	34(58%)	
Hijos			0,65	No significativa
	No	11 (55%)	9(45%)	
	Sí	56 (49%)	57(51%)	
Escolaridad			0.19	No significativa
	Profesional	25 (44%)	32(56%)	
	Especialidad	42 (55%)	34(45%)	

(continua)

Tabla 8 Relación de las variables sociodemográficas y con la presencia o ausencia de **SB** en odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México en 2013.



Variables Analizadas	SB		Valor De P	Significación Estadística
	SI	No		
	67 (50,3 %)	66 (49,7 %)		

### Perfil Laboral

Antigüedad laboral				
< de 10 años	27 (55%)	22 (45%)	0,40	No significativa
> de 10 años	40 (48%)	44(52%)		
Antigüedad en el puesto actual de trabajo				
< de 10 años	28 (48%)	30(52%)	0,67	No significativa
> de 10 años	39 (54%)	36(46%)		
Turno de trabajo				
Matutino	44 (55%)	36(45%)	0,19	No significativa
Vespertino	23 (43%)	30(57%)		
Tipo de contratación				
Definitiva	62(51%)	60(49%)	0,73	No Significativa
Temporal	5(46%)	6(54%)		
Otro trabajo				
Sí	25(51%)	24(49%)	0,90	No significativa
No	42(50%)	42(50%)		
Horas que labora en el otro trabajo				
< de 4 horas	3 (43%)	4(57%)	0,64	No significativa
> de 4 horas	22 (52%)	20(48%)		

Tabla 8 Relación de las variables sociodemográficas y con la presencia o ausencia de **SB** en odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México en 2013.

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla 8, en relación de las variables sociodemográficas, la población que tiene mayor riesgo a padecer **SB** es aquella que se encuentra en un rango de edad menor a 40 años (Tabla 8).<sup>13</sup>



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	66 (49,7 %)	
<b>Perfil Sociodemográfico</b>			
Sexo			
Masculino	47 (42 %)	66 (58 %)	N.S
Femenino	33 (37%)	57(63%)	
Grupo de edad			
< De 40 años	33 (39 %)	51(61%)	N.S
> De 40 años	47 (39%)	72(61%)	
Estado civil			
Con pareja estable	59 (37 %)	100(63%)	N.S
Sin pareja estable	21 (48 %)	23(52%)	
Tiempo con pareja estable			
< de 15 años	13 (22 %)	45 (78%)	0,003
> de 15 años	46 (46 %)	55(54%)	
Trabaja la pareja			
No	33 (36%)	59(64%)	N.S
Sí	26 (39%)	41(61%)	
Hijos			
No	64 (39%)	101(61%)	N.S
Sí	16 (42%)	22(58%)	
Escolaridad			
Profesional	38 (40%)	56(60%)	N.S
Especialidad	42 (39%)	67(61%)	

(Continua)

Tabla 9 Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de agotamiento emocional con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	No 66 (49,7 %)	

### Perfil laboral

Practica Laboral			
Publica (IMSS)	24(37%)	41(63%)	
Educativa (UG)	18(26%)	50(74%)	
Privada	38(54%)	32(46%)	
Antigüedad laboral			
< de 10 años	25 (35%)	42(65%)	N.S
> de 10 años	55 (16%)	81(84%)	
Antigüedad en el puesto actual de trabajo			
< de 10 años	29 (34%)	64(66%)	0,027
> de 10 años	51 (18%)	59(82%)	
Turno de trabajo			
Matutino	53 (35%)	68(65%)	N.S
Vespertino	27 (28%)	55(72%)	
Tipo de contratación			
Definitiva	74 (35%)	60(49.0%)	0,04
Temporal	6 (16%)	6(54.0%)	
Otro trabajo			
Sí	28(28%)	48(72%)	N.S
No	52(44%)	75(66%)	
Horas que labora en el otro trabajo			
< de 4 horas	6 (26 %)	9(74%)	0,64
> de 4 horas	22 (35%)	39 (65%)	

Tabla 9. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de agotamiento emocional con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.<sup>13</sup>



---

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla 9, asociado con la subescala de agotamiento emocional se detectó que ciertos factores son predisponentes para padecer **SB**.

Aquella población que tiene una relación de pareja estable con un rango mayor a 15 años tiene mayor riesgo a padecer **SB**.

En el perfil laboral se observó que aquella población que tiene una antigüedad laboral mayor a 10 años tiene mayor probabilidad de padecer **SB**.

Otras variables como son el tipo de contratación o las horas de trabajo laborable van a ser también factores importantes que tomar en cuenta para padecer **SB**.

Aquella población con una contratación de tipo definitiva tiene una probabilidad del 35% de presentar **SB**.

De igual manera la población que tiene un tiempo laborable mayor a 4 horas diarias tiene una probabilidad del 35% de padecer **SB**.<sup>13</sup>



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	No 66 (49,7 %)	

### Perfil Sociodemográfico

Sexo				
	Masculino	51 (45 %)	62 (55 %)	0.007
	Femenino	26 (29%)	64 (71 %)	
Grupo de edad				N.S
	< De 40 años	37 (44 %)	47 (56%)	
	> De 40 años	40 (34 %)	79 (66%)	
Estado civil				N.S
	Con pareja estable	58 (34 %)	101(64%)	
	Sin pareja estable	19 (43 %)	25(57%)	
Tiempo con pareja estable				N.S
	< de 15 años	16 (28 %)	42 (72%)	
	> de 15 años	42(42 %)	59(58%)	
Trabaja la pareja				N.S
	No	33 (36%)	59(64%)	
	Sí	25 (37%)	42(63%)	
Hijos				N.S
	No	63 (38%)	102(62%)	
	Sí	14 (37%)	24(63%)	
Escolaridad				0.016
	Profesional	28 (30%)	66 (70%)	
	Especialidad	49 (45%)	60(55%)	

(Continua)

Tabla 10 Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de despersonalización con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	66 (49,7 %)	
<b>Perfil Laboral</b>			
Practica Laboral			
Publica (IMSS)	29(45%)	36(55%)	
Educativa (UG)	28(41%)	40(59%)	
Privada	20(29%)	50(71%)	
Antigüedad laboral			N.S
< de 10 años	24 (35%)	43 (64%)	
> de 10 años	53 (16%)	83 (61%)	
Antigüedad en el puesto actual de trabajo			N.S
< de 10 años	30 (32%)	63(68%)	
> de 10 años	47 (43%)	63(57%)	
Turno de trabajo			N.S
Matutino	49 (40%)	72(60%)	
Vespertino	28 (34%)	54(66%)	
Tipo de contratación			0,003
Definitiva	71 (41%)	60(49%)	
Temporal	6 (21%)	6(54%)	
Otro trabajo			N.S
Sí	32(42%)	44(58%)	
No	45(35%)	82(65%)	
Horas que labora en el otro trabajo			N.S
< de 4 horas	5 (33 %)	10 (67%)	
> de 4 horas	27 (42%)	34 (58%)	

Tabla 10 Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de despersonalización con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.<sup>13</sup>



En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla 10, asociado con la subescala de despersonalización se halló que ciertos factores que son predisponentes para padecer **SB**.

En cuanto a los factores sociodemográficos los que tiene mayor relevancia a tomar en cuenta son los siguientes:

Se halló que el género masculino tiene una prevalencia o probabilidad del 45% de padecer **SB**.

De igual manera aquella población que tiene un grado académico de especialista tiene una probabilidad del 45% de padecer **SB**.

En cuanto al perfil laboral se observó que aquella población que tiene un contrato laboral de tipo definitivo tiene mayor riesgo a padecer **SB**, la probabilidad es de un 41%.<sup>13</sup>



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	No 66 (49,7 %)	

### Perfil Sociodemográfico

Sexo	Masculino	33 (29 %)	80 (71 %)	N.S
	Femenino	29 (28 %)	65 (72 %)	
Grupo de edad	< De 40 años	19 (23 %)	65 (77%)	N.S
	> De 40 años	39 (33 %)	80 (67%)	
Estado civil	Con pareja estable	41 (26 %)	118(74%)	N.S
	Sin pareja estable	17 (39 %)	27(61%)	
Tiempo con pareja estable	< de 15 años	13 (22 %)	45 (78%)	N.S
	> de 15 años	28 (27%)	73 (73%)	
Trabaja la pareja	No	29 (31%)	63(69%)	N.S
	Sí	12 (18%)	55(82%)	
Hijos	No	11 (29%)	27(71%)	N.S
	Sí	47 (28%)	118(72%)	
Escolaridad	Profesional	27 (28%)	67 (71%)	0.016
	Especialidad	31 (29%)	78 (72%)	

(Continua)

Tabla 11 Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de falta de realización personal en el trabajo con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.



Variables Analizadas	SB		Valor De P
	SI	No	
	67 (50,3 %)	66 (49,7 %)	
<b>Perfil Laboral</b>			
Practica Laboral			
Publica (IMSS)	14(22%)	51(78%)	NS
Educativa (UG)	9(13%)	59(87%)	
Privada	35(50%)	35(50%)	
Antigüedad laboral			
< de 10 años			NS
> de 10 años	15 (22%) 43 (32%)	52 (78%) 93 (68%)	
Antigüedad en el puesto actual de trabajo			
< de 10 años	26 (28%)	67(72%)	NS
> de 10 años	32 (29%)	78(71%)	
Turno de trabajo			
Matutino	36 (30%)	85(70%)	NS
Vespertino	22 (27%)	60(73%)	
Tipo de contratación			
Definitiva	53 (21%)	121(79%)	NS
Temporal	5 (17%)	24(83%)	
Otro trabajo			
Sí	24(32%)	52(68%)	NS
No	34(27%)	93(73%)	
Horas que labora en el otro trabajo			
< de 4 horas	6 (40 %)	9 (60%)	NS
> de 4 horas	18 (30%)	43 (70%)	

Tabla 11 Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de falta de realización personal en el trabajo con la presencia o ausencia de **SB** entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013.

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla 11, en relación con la subescala de falta de realización personal, la población que tiene un grado académico de licenciatura tiene mayor riesgo a padecer **SB** con una probabilidad del 29% (Tabla 11).<sup>13</sup>



Además del MBI, existen otros instrumentos que permiten evaluar el Síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente.
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo.
- El CESQT mide el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) ("burnout"), esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la "ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas)" como aspecto a evaluar como parte del **SB**.<sup>16</sup>



## 5.2 ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL

No existe una escala mexicana para medir **SB**, el instrumento más utilizado y confiable en México para medir estrés es el de Salud Mental Estrés y Trabajo-SWS Survey-(Osterman y Gutiérrez en Gutiérrez, Ito & Contreras, 2002), sin embargo, este instrumento abarca estrés laboral y otros factores de salud, pero no incluye el **SB** bajo un modelo progresivo en términos de proceso. El instrumento más utilizado en México y muchos otros países es el MBI de **Maslach** y **Jackson** (1981,1986), consta de 22 reactivos.

Ante la necesidad de buscar un instrumento o una prueba específica para diagnosticar y detectar el grado de **SB** en la población mexicana el psicólogo mexicano **Felipe Uribe Prado** y colaboradores crearon una prueba exclusiva para el **SB**.

**Uribe Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano** desarrollaron un instrumento (con y para mexicanos) basado en los tres factores anteriormente mencionados, obteniendo una alta confiabilidad de 91% (un cuestionario de 50 reactivos para medir **SB**). Dicho instrumento mostró validez en esta primera fase con algunas variables demográficas (p.e. edad, sexo, número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, tabaquismo, horas libres y trabajo). De igual manera mostró relaciones significativas con variables psicosomáticas (trastornos del sueño, del dolor, neuróticos, gástricos, depresión, ansiedad y psicosexuales).<sup>7</sup>



---

La prueba consiste en 130 reactivos, el cual consta de 47 reactivos para medir los tres factores de **SB**, desgaste (F1), despersonalización (F2) e insatisfacción de logro (F3), 40 reactivos miden trastornos psicósomáticos (F4) tales como trastornos del sueño, del dolor, sexuales, pseudo-neurológicos, gastrointestinales, depresión y ansiedad, 3 reactivos miden apoyo social (F5) y 40 reactivos corresponden a datos sociodemográficos (F6).

Con base en el primer análisis factorial exploratorio de **Uribe-Prado** y col. (en prensa) se analizaron los 50 reactivos correspondientes a los factores 1, 2, 3 y 5 (no se incluyeron los reactivos psicósomáticos y demográficos) mediante un análisis confirmatorio con el método de componentes principales, rotación varimax y normalización Kaiser.

De los 50 reactivos que ingresaron al análisis factorial sólo 30 cumplieron los criterios para conformar una versión validada de 110 reactivos, el factor de apoyo social desapareció.

Los 30 reactivos obtenidos en el estudio confirmatorio más los 40 reactivos psicósomáticos y los 40 sociodemográficos, constituyen la nueva versión del instrumento con un total de 110 reactivos, la cual permitió comprobar la sensibilidad del instrumento ante una nueva muestra de sujetos.<sup>7</sup>



---

Esta investigación se llevó a cabo con la intención de confirmar los primeros hallazgos de **Uribe** y colaboradores, quienes propusieron un cuestionario para medir desgaste ocupacional.

Se demostró la validez del instrumento mexicano al identificar correlatos entre **SB** y diferentes variables demográficas, laborales y psicosomáticas, coincidentes con diversa literatura internacional (Gil- Monte, 2005; Matarazzo, 1980).

En relación con lo anterior, se observó cómo el **SB** de los trabajadores mexicanos se asocia a algunas variables demográficas tales como: ser mujer, no tener pareja, tener una escolaridad baja, no tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja y durante la etapa en que los primeros hijos son pequeños.

En el plano laboral; el **SB** se relacionó con tener puestos operativos, en otras palabras, se trata de aquellas personas con demandas en el terreno laboral, pero que tienen escaso control de sus funciones y decisiones en el trabajo, trabajar principalmente en la iniciativa privada, así como laborar por contratos por obra o tiempo determinado, el exceso de horas de trabajo al día, tener poca antigüedad en el trabajo, pocos empleos en la vida, pocos ascensos y pocos ingresos.<sup>7</sup>



Contrario a lo propuesto por **Maslach** y **Jackson** (1981) que lo consideran una problemática del personal que brinda servicio a terceros de manera directa, también se encontraron los síntomas en aquellas personas que brindan un servicio indirecto a los usuarios de su trabajo.<sup>7</sup> Imagen 6

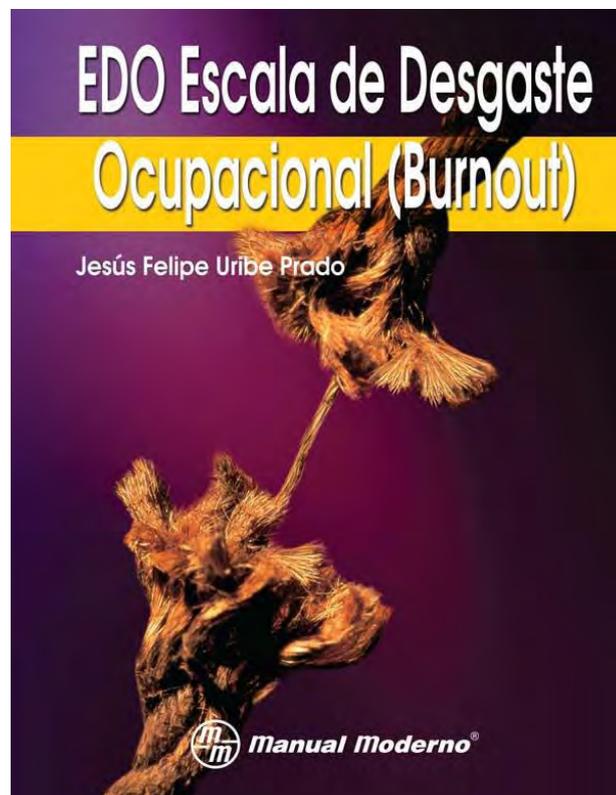


Imagen 6 Cuestionario EDO.<sup>22</sup>



## CAPÍTULO 6 TRATAMIENTO

El objetivo es mejorar las condiciones físicas y emocionales del individuo, afectadas por el estrés, además se debe tener en cuenta el tiempo que llevan presentes, así como el grado de afectación, de esta manera se podrá proporcionar el tratamiento adecuado.

En el **SB** podemos reconocer tres grados:

**Primero.** Se presentan signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones y hobbies

**Segundo.** Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La “efectividad” se vuelve el objetivo del individuo, al mismo tiempo se vuelve negativa y fría con su entorno

**Tercero.** Síntomas continuos, inician los problemas psicológicos y físicos llegando a la depresión. Aislamiento y pocas o nulas relaciones interpersonales. Incremento de la problemática familiar

Existen diversas formas de manejo para revertir o tratar de darle una solución al **SB** empleando algunas técnicas, como son las siguientes: <sup>23</sup>



## 6.1 TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".

Las técnicas de relajación como las meditaciones guiadas o la escucha de música relajante han demostrado ampliamente su eficacia para reducir la ansiedad y mejorar el modo en que los trabajadores se enfrentan al **SB**.

El estrés y el **SB** tienden a generar tensión muscular en determinadas zonas del cuerpo. Por ello es importante realizar determinados estiramientos y ejercicios antiestrés como parte de la rutina diaria (e incluso como parte de la rutina laboral si es posible).

La práctica habitual de algún deporte ha demostrado reducir notablemente los efectos del estrés en el organismo. El deporte nos mantiene activos, mejorando la salud de nuestro corazón, músculos y huesos, además de ayudar a desconectar de nuestros problemas mientras se practica.<sup>24</sup>



Por último, llevar un estilo de vida saludable, evitando el tabaco y el alcohol o dormir las horas suficientes son sólo algunos de los consejos que pueden ayudar a combatir el estrés y el **SB**.

La terapia ocupacional consistirá en aquellas actividades que nos ayuden a separar nuestra mente del ámbito laboral.

## 6.2 TERAPIA INDIVIDUAL

A nivel individual, las estrategias se centran en aumentar los recursos personales del trabajador a través del desarrollo de competencias laborales. El concepto de competencia laboral engloba, no sólo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional, sino también un conjunto de comportamientos considerados necesarios para el pleno desempeño de la ocupación.

Los entrenamientos usualmente brindados son en:

- Técnicas para la solución de problemas
- Técnicas de comunicación asertiva
- Manejo eficaz del tiempo
- Recursos de afrontamiento

Esta clase de intervención individual incrementa la resistencia de los trabajadores y por tanto aumenta la probabilidad de que gestionen los factores estresantes del trabajo con un mejor resultado.<sup>25</sup>



## 6.3 TERAPIA GRUPAL

En el nivel grupal e interpersonal el empleo de estrategias de intervención transcurre por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social. A través del apoyo social los individuos obtienen nueva información, adquieren diferentes habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda que siempre es valiosa.

Algunas de las formas de ofrecer apoyo y sobre las cuales se hace hincapié en las intervenciones grupales son:

- Escuchar al compañero de forma activa y empática
- Ofrecer apoyo técnico cuando sea necesario
- Estimular la creatividad en el ambiente laboral
- Brindar apoyo emocional cuando percibimos que es necesario para el otro

Otra forma saludable de brindar o generar apoyo social en el trabajo es fomentando y entrenando a los compañeros y a los supervisores en ofrecer retroalimentación sobre la ejecución de la tarea. La retroalimentación permite la posibilidad de recibir información sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento en el trabajo.<sup>25</sup>



---

## 6.4 TERAPIA ORGANIZACIONAL

En el nivel organizacional, las intervenciones pueden centrarse en dos líneas de acción, por un lado, en reducir los elementos estresantes del trabajo, como la sobrecarga de tarea o las exigencias emocionales, y por otro en aumentar los recursos laborales, como, por ejemplo: la autonomía laboral o el apoyo social, ya mencionado. Usualmente las intervenciones a nivel organizacional son efectivas cuando abordan directamente la fuente del problema, es decir: los factores que generan estrés laboral y **SB**, para lo cual será importante contar con buenas herramientas de identificación. Es fundamental en este nivel de intervención el involucramiento de la más alta jerarquía de la organización, quienes deben apoyar los programas de prevención dirigidos a mejorar la calidad de vida laboral. <sup>25</sup>

## 6.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Otro padecimiento asociado al estrés es la ansiedad, queda establecida en el sentido de que está es una emoción, y el estrés un proceso adaptativo que genera emociones. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio en las rutinas cotidianas.

La ansiedad es conocida como una alteración del estado emocional, rasgo de personalidad, respuesta o patrón de respuesta, estado de personalidad, síntoma y síndrome. En muchas ocasiones se han utilizado diferentes términos para definir a la ansiedad, términos tales como angustia, miedo, estrés, temor, tensión amenaza, nervioso. <sup>23</sup>



La respuesta a la ansiedad puede presentarse tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc.; que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Desde el punto de vista médico el tratamiento debe ser con base en tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos.<sup>23</sup>

Para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se recomienda:

- Iniciar el tratamiento lo antes posible
- Uso de benzodiazepinas (BZD: Alprazolam, Lorazepam y Diazepam) en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas)
- En el tratamiento a largo plazo, y desde el inicio se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Iniciar con Paroxetina, Sertralina o Escitalopram (tabla 13), sino hay mejoría cambiar a Venlafaxina o Imipramina (Tabla13).
- Para retirar el ISRS debe reducirse de forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia.
- En pacientes con historia de abusos de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse Buspirona en lugar de BZD.<sup>26</sup>



- Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción
- No se recomienda la prescripción Venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes hipertensos solo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.<sup>26</sup> Tabla 12

Los ansiolíticos más utilizados para ansiedad son los siguientes:

### Benzodiazepinas

Subclase y ejemplos	Mecanismo de acción	Efectos	Aplicaciones Clínicas	Farmacocinética, toxicidad, interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alprazolam</li> <li>• Clordiazepóxido</li> <li>• Clorazepato</li> <li>• Clonazepam</li> <li>• Diazepam</li> <li>• Estazolam</li> <li>• Flurazepam</li> <li>• Lorazepam</li> <li>• Midazolam</li> <li>• Oxazepam</li> <li>• Quazepam</li> <li>• Temazepam</li> <li>• Triazolam</li> </ul>	<p>Se unen a subunidades del receptor GABAA específicas en sinapsis neuronales del sistema nervioso central (SNC), facilitando la frecuencia de la apertura del conducto del cloro mediada por GABA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aumentan la hiperpolarización de la membrana</li> </ul>	<p>Depresión del SNC dependiente de la dosis, que incluye sedación y alivio de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amnesia</li> <li>• hipnosis</li> <li>• anestesia</li> <li>• coma y depresión respiratoria</li> </ul>	<p>Estado de ansiedad aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ataques de pánico</li> <li>• trastorno generalizado de ansiedad</li> <li>• insomnio y otros trastornos del sueño</li> <li>• relajación del músculo estriado</li> <li>• anestesia (adyuvante)</li> <li>• trastornos convulsivos</li> </ul>	<p>Semivida de 2 a 40 h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• actividad oral</li> <li>• metabolismo hepático — algunos metabolitos activos</li> <li>• Toxicidad: extensión de los efectos depresores del SNC</li> <li>• tendencia a la dependencia</li> <li>• Interacciones: depresión aditiva del SNC con etanol y muchos otros fármacos</li> </ul>

Tabla 12: Fármacos empleados en el trastorno de ansiedad (BDZ).<sup>27</sup>



Clasificación antidepresivos (Tabla 13).<sup>27</sup>

Subclase	Mecanismo de acción	Efectos	Aplicaciones Clínicas	Farmacocinética, toxicidad, interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fluoxetina</li> <li>•Citalopram</li> <li>•Escitalopram</li> <li>•Paroxetina</li> <li>•Sertralina</li> </ul>	Bloqueo muy selectivo del transportador de serotonina (SERT) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco efecto sobre el transportador de noradrenalina (NET)</li> </ul>	Aumento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios menores en varias vías de señal y en la actividad neurotrófica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Depresión mayor,</li> <li>•Trastornos de ansiedad</li> <li>• trastorno de pánico</li> <li>• trastorno obsesivo compulsivo</li> <li>• trastorno de estrés postraumático</li> <li>• síntomas vasomotores de la perimenopausia</li> <li>• trastorno de alimentación (bulimia)</li> </ul>	Semividas de 15 a 75 h <ul style="list-style-type: none"> <li>• actividad oral</li> <li>• Toxicidad: bien toleradas pero causan disfunción sexual</li> <li>•riesgo de síndrome serotoninérgico con MAOI</li> <li>•Interacciones: alguna inhibición de CYP (fluoxetina, 2D6, 3<sup>a</sup>4; fluvoxamina, 1<sup>a</sup>2; paroxetina, 2D6)</li> </ul>

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRR).

Duloxetina Venlafaxina	Bloqueo moderadamente selectivo de NET y SERT	Incremento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica y adrenérgica • por lo demás, igual que SSRI	Depresión mayor, trastornos de dolor crónico • fibromialgia, síntomas de la perimenopausia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Toxicidad: anticolinérgicos, sedación, hipertensión (venlafaxina)</li> <li>• Interacciones: alguna inhibición de CYP2D6 (duloxetina, desvenlafaxina)</li> </ul>
---------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 13: Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (SNRI).



---

## CAPÍTULO 7 RECOMENDACIONES

1. Elija un campo de trabajo y asegúrese una formación e información suficiente esto disminuye la angustia por los imprevistos y los malos resultados.
2. Cultive una buena comunicación con sus colegas, en su lugar de trabajo y/o fuera de él.
3. Esté alerta para tomar en serio todos los indicios de estrés apenas comience a manifestarse.
4. Asuma el compromiso y la prioridad de realizar actividades para la salud, física y mental en forma periódica y continuada. Elija algo que verdaderamente le guste.
5. Aprenda a encarar y resolver sus conflictos familiares y personales. Nada hay más estresante que tener miedo de volver a casa<sup>15</sup>
6. Realizar actividades de relajación. basta con dedicar un espacio breve para una actividad que distraiga la atención de los pendientes del trabajo, puede ser desde caminar o leer un libro hasta algo más específico como, practicar yoga o alguna actividad física. El objetivo es tener un momento bien delimitado en que se dejen de lado las ocupaciones laborales.<sup>28</sup>



7. Organizar tiempos y procurar respetarlos. En este caso es importante contar un horario de inicio, pero, sobre todo, de término en las actividades laborales. Es recomendable evitar el “sólo termino esto” y en cambio planear las actividades para atender los pendientes a tiempo y en esa misma medida respetar los horarios de comida o salida.

8. Delegar actividades. Si hay algo en lo que sea posible recibir apoyo, ¡hay que pedirlo! Si se tiene el hábito de hacer todo, tal vez sea necesario iniciar por “soltar” una actividad sencilla y poco a poco incrementarlo.

9. Buscar apoyo. Uno de los signos más peligrosos del **SB** es el aislamiento, en la medida que las sensaciones negativas se incrementan y el entorno se asume cada vez menos favorable, buscar la opinión de otras personas puede ayudar a abrir la perspectiva y evitar la redundancia en los pensamientos negativos. Fortalecer las relaciones de amistad o compartir con personas de confianza los sentimientos que se experimentan puede ayudar a encontrar alternativas desde otra óptica y permite desahogar las sensaciones negativas.

10. Auto-recompensas. Premiar el logro propio es totalmente válido, realizar una actividad de esparcimiento después de una semana difícil, la ilusión de llegar a convivir con la familia después de un día saturado o salir por un café al terminar un reporte demandante puede levantar el ánimo y motiva a continuar las labores.<sup>28</sup>



11. Analizar que se está en el trabajo adecuado. Aunque esto puede parecer difícil, es indispensable evaluar si el trabajo que desarrollamos cumple con nuestras expectativas y valores personales. Si el resultado no es el esperado, puede planearse cómo alcanzar nuestros objetivos, aunque los cambios tarden un poco en concretarse.

12. Motivación constante. En ocasiones hasta en el “mejor trabajo” se puede presentar el **SB**. Es importante cuidar que el desempeño profesional sea lo menos aburrido o monótono posible; tomar cursos (aunque no sean de nuestra profesión), buscar formación constante y diseñar un plan de carrera en el que se establezcan posibles cambios de actividad puede ser muy enriquecedor y una buena forma de prevenir el estrés crónico que lleva al **SB**.

13. Procurar el balance entre la vida laboral y personal es en general una vía efectiva para desarrollarse satisfactoriamente en todos los ámbitos de nuestra vida diaria. <sup>28</sup>



---

## CONCLUSIONES

El síndrome de burnout es un padecimiento muy frecuente en la población de odontólogos mexicanos.

La forma más eficaz para evitar este síndrome es la prevención, mediante la toma de acciones para poder separar la vida personal de la vida laboral.

Un diagnóstico precoz por el especialista nos servirá para conocer qué grado del Síndrome burnout se presenta, así como cuáles serán las estrategias empleadas para el tratamiento.

El tratamiento será multidisciplinario ya que son diversas las áreas medicas que intervienen para su diagnóstico, manejo y tratamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

1. El Sahili L. Burnout consecuencias y soluciones. 1a. ed. Cd. México, Editorial El Manual Moderno. 2015. Pp. (1-2, 6-7, 21-22).
2. Zamora P. González M. Espinosa E., El síndrome de agotamiento profesional en oncología, Madrid España, Editorial Panamericana. 2008.
3. Consultado en:[https://en.wikipedia.org/wiki/Graham\\_Greene#/media/File:Graham\\_Greene.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Graham_Greene#/media/File:Graham_Greene.jpg)
4. Consultado en:<http://burnout.university/1-history-burnout/index.html>
5. Miranda V. Monzalvo G. Hernández B. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud, Rev. Enferm Inst Mexi Seguro Soc. 2016. Pp 115-22.
6. Saborío L. Hidalgo L. Síndrome de burnout. Rev. Med. leg. Costa Rica. Vol. 32., marzo 2015.
7. Uribe J. Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos, Rev. Interamericana de Psicología Ocupacional Volumen 26, Número 1, 2007. Pp.- 7-21.
8. Consultado en:<http://www.psicologia.unam.mx/dr-jesus-felipe-uribe-prado/>
9. Juárez A. Idrovo J. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Rev. Salud Mental 2014. Pp159-176.
10. Maicon J. Garcés R. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Rev. Anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1. Pp (169-180).
11. Monte G. Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, Rev. Anales de Psicología, vol. 15, núm. 2, 1999, Pp. 261-268.
12. Margarita J. Alpi S. BURNOUT: "SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)", Rev. ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 10. 2007. Pp 117-125



- 13.** Castañeda E. García J. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. Rev. Medicina y Seguridad del trabajo. 2012. Pp. 246-260
- 14.** Díaz F. Gómez C. La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010, Rev. Psicología desde el caribe Vol. 33, n°1, enero-abril 2016.
- 15.** Bazalar M. Balarezo G. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA. Rev. PAIDEIA XXI, Vol. 5, N.º 6, Lima, mayo 2016, Pp. 114-125.
- 16.** Gómez L. Estrella D. Síndrome de Burnout: una revisión breve, Rev., Ciencia y Humanismo en la Salud 2015, Vol. 2, No 3, Pp. 116-122.
- 17.** Carballo R. Román J. Rosado Y. ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTOMATÓLOGOS, Rev. Cubana de Salud y Trabajo 2014. Pp42-9.
- 18.** Flores C. Huerta F. Carrillo R. Incidencia de estrés en odontólogos de diferentes especialidades ocasionado por ruido en el consultorio dental, Rev. Electrónica Nova Scientia, N° 2 Vol. 1. 2009. Pp1- 21.
- 19.** Navarro D. Ayeche A. Huarte I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Rev. Semergen 2014.
- 20.** Vásquez J. Maruy A. Verne F. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. Rev. Neuropsiquiatr 77. 2014
- 21.** Consultado en: [www.javiermiravalles.es](http://www.javiermiravalles.es)
- 22.** Uribe J. EDO ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT). 1a. ed. Cd México. Editorial El manual moderno, 2013.
- 23.** Chanes H. Pérez M. Castello L. Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral, secretaria de salud. Cd. México. 2010.



- 
- 24.** Consultado en: <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.html>
- 25.** Morín V. Síndrome de Desgaste profesional: ¿qué podemos hacer?, Rev. Biomedicina | Medicina Familiar y Comunitaria. 2014.
- 26.** Córdova A. De Santilla S. García M. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, secretaria de salud, Cd. México. 2010.
- 27.** Katzung BG. Farmacología básica y clínica. 12a. edición 2013. México. McGraw-Hill. Pp. 386, 538.
- 28.** Consultado en:  
<http://www.revistauniversolaboral.com/universolaboral2/index.php/noticias/noticias/item/330-recomendaciones-ante-el-burnout-o-quemado-por-trabajo.html>