



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE UNA

INSTITUCIÓN PÚBLICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MOISES HUGO MARTINEZ COSIO

DIRECTORA DE LA TESIS:

DRA. JUANA PATLAN PEREZ

COMITÉ DE TESIS

DRA. MA DEL CARMEN GERARDO PÉREZ

LIC. GABRIEL JARILLO ENRÍQUEZ

MTRA. ISaura ELENA LÓPEZ SEGURA

DRA. ALEJANDRA GARCÍA SAISO



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Agradecimientos

A la División de Educación Continua, por todo su apoyo para titularme gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de titularme.

A la Universidad Insurgentes y a todos mis maestros.

A la DGIRE por todas las facilidades administrativas para titularme.

A mis Sinodales: Dra. Ma. Del Carmen Gerardo Pérez, Lic. Gabriel Jarillo Enríquez, Mtra. Isaura Elena López Segura y Dra. Alejandra García Saiso. Gracias por su paciencia, apoyo y atenciones.

A mi tutora Dra. Juana Patlan Pérez con la gratitud que ahonda con el tiempo.

A Inés, Lety, Nancy, Lic. Jorge Pérez de León, Dr. Alejandro Rafful, Dr. Diego Larios, Jessica, Karen.

“Lo que hacemos por nosotros mismos muere con nosotros, lo que hacemos por los demás y por el mundo permanece y es inmortal.”

Albert Pike

## Contenido

CAPÍTULO 1 SALUD OCUPACIONAL.....	5
1.1 Salud Ocupacional .....	6
1.2 Estrés laboral.....	6
1.3 Psicología de la Salud Ocupacional .....	7
CAPÍTULO 2 ESTRÉS Y MODELOS DE ESTRÉS .....	10
2.1 Concepto de Estrés.....	10
2.2 Antecedentes del estrés .....	11
2.3 El proceso del estrés.....	12
2.4 Modelos de pérdida de recursos.....	14
2.5 Modelo de estrés y <i>coping</i> .....	14
2.6 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll .....	18
2.7 Modelos ajuste -desajuste .....	23
2.8 Modelo vitamínico .....	27
2.9 Modelos de demandas – recursos.....	30
2.10 Modelo de demandas-control.....	30
2.11 Modelo de demandas- recursos laborales .....	32
2.12 Teoría transaccional .....	35
2.13 Teoría cognitiva .....	35
CAPÍTULO 3 EL SÍNDROME DE BURNOUT .....	38
3.1 Definición del síndrome de <i>Burnout</i> .....	38
3.2 Lo que no es <i>Burnout</i> .....	39
3.3 Teorías del <i>Burnout</i> .....	40
3.4 Fases del <i>Burnout</i> .....	42
3.5 Síntomas del síndrome de <i>Burnout</i> .....	44
3.6 Medición del <i>Burnout</i> .....	45
3.7 Variables antecedentes del <i>Burnout</i> .....	50
3.8 Variables que influyen en el desarrollo del <i>Burnout</i> .....	50
3.9 Variables individuales.....	51
3.10 Variables sociales.....	51
3.11 Variables organizacionales .....	51
CAPÍTULO 4 AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT .....	53

4.1	Tipos de afrontamiento .....	53
4.2	Estrategia de afrontamiento de <i>Burnout</i> .....	54
4.3	Identificación y Prevención .....	58
4.4	Prevención primaria .....	59
	Creación de entornos saludables y redes de apoyo .....	61
4.5	Prevención secundaria.....	62
	Programas de vigilancia y promoción de la salud.....	63
4.6	Prevención terciaria.....	64
<b>CAPÍTULO 5 INTERVENCIÓN EN EL BOURNOUT.....</b>		<b>65</b>
5.1	Clasificación de las intervenciones en función de sus objetivos.....	65
5.2	Intervención primaria.....	65
5.3	Intervención secundaria.....	67
5.4	Intervención terciaria.....	68
5.5	Clasificación de las intervenciones en función del nivel de actuación .....	69
5.6	Intervenciones individuales.....	71
<b>CAPITULO 6 PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD.....</b>		<b>74</b>
<b>CARTAS DESCRIPTIVAS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....</b>		<b>79</b>
<b>MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH).....</b>		<b>92</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>		<b>96</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>		<b>98</b>

## Resumen

### Síndrome de Burnout en personal de una institución de salud

La Psicología de la Salud Ocupacional, esta rama de la Psicología surge en la década de 1990 y se ocupa de la aplicación de la Psicología a la mejora de la calidad de vida laboral y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, lo cual redundará en una mayor eficacia organizacional. Por tanto, la (PSO) se ha ido desarrollando y adaptando a los cambios del mundo laboral, en consonancia con las necesidades emergentes de las organizaciones modernas.

De modo que las organizaciones deben aprender a gestionar bien estos cambios, ya que, de lo contrario, corren el riesgo de convertirse en una empresa “tóxica”, caracterizada por una falta de efectividad a la hora de adaptarse a un entorno tan cambiante.

Hoy en día se reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que se trabaja; (OIT, 1986).

Un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar poco motivado, ser menos productivo y tener menos seguridad laboral, además, la entidad para la que trabaja suele tener peores perspectivas de éxito en un mercado competitivo. El estrés puede estar ocasionado por problemas domésticos o laborales. El estrés laboral puede ser un auténtico problema para la entidad y para sus trabajadores. Una buena gestión y una organización adecuada del trabajo son la mejor forma de prevenir el estrés.

Las consecuencias en la salud de este padecimiento pueden ser muy graves: deterioro en las relaciones interpersonales, desgaste o pérdida de la empatía, y síntomas emocionales (depresión) y físicos (insomnio crónico, graves daños cerebrales o cardiovasculares).

El síndrome de *Burnout*, también llamado síndrome de desgaste profesional o síndrome de desgaste ocupacional (SDO), es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Se suele presentar en aquellas situaciones laborales en las que los excesivos niveles de exigencia ya se han vuelto un hábito inconsciente e incluso socialmente valorado.

**Palabras clave:** estrés, desgaste ocupacional, *burnout*, salud ocupacional.

## **Abstract**

### **Burnout in a health institution**

The occupational health psychology, this branch of Psychology emerged in the 1990s and deals with the application of psychology to the improvement of the quality of working life and to protect and promote the safety, health and the welfare of workers, which will result in greater organizational efficiency. Therefore, the (PSO) has been developing and adapting to changes in the world of work, in line with the emerging needs of modern organizations.

The organizations should be learn to manage these changes, since, otherwise, they run the risk of becoming a "toxic" company, characterized by a lack of effectiveness in adapting to a changing environment.

Staff is today recognized that work-related stress is one of the main problems for the health of workers and the functioning of the entities for which it works (ILO, 1986).

A stressed worker tends to be more sickly, be poorly motivated, be less productive and have less job security, in addition, the entity for which works is often have worse prospects for success in a competitive market. Stress can be caused by problems at home or work. Work-related stress can be a real problem for the entity and for their workers. A good management and proper organization of the work are the best way to prevent stress.

The health consequences of this disorder can be very serious: deterioration in interpersonal relations, wear or loss of empathy, and emotional symptoms (depression) and physical (chronic insomnia, severe brain damage or cardiovascular).

The Burnout syndrome, also called burnout syndrome or syndrome occupational wear (SDO), is a condition which consists in the presence of a prolonged response of stress on the body before the stressors emotional and interpersonal that are presented in the work, which includes chronic fatigue, inefficiency, and denial of what happened.

It usually occurs in those situations in which labor the excessive levels of requirement have already become an unconscious habit and even socially valued.

**Key words:** stress, occupational health, occupational wear, burnout.

## **CAPÍTULO 1 SALUD OCUPACIONAL**

La Organización Mundial de la Salud (2006), define a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, a pesar de contener un enfoque social y abarcar más allá del ámbito sanitario, no deja de ser utópica e inalcanzable. Cita que procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS (2006), que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948 y no ha sido modificada desde entonces.

Desde su fundación la política de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido incluir elementos de salud ocupacional. Existen numerosos documentos claves desde su constitución: la declaración de ALMA ATA adoptada en 1978, sobre la Estrategia de Salud para Todos, es un programa general de trabajo con la inclusión de varias resoluciones de la Asamblea Mundial para la Salud.

El Comité Conjunto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han propuesto la siguiente definición: “Promover y mantener el más alto grado de bienestar físico psíquico y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño causado a la salud por las condiciones de trabajo; protegerlos en sus ocupaciones contra los riesgos de la presencia de agentes perjudiciales a la salud; colocar y mantener al trabajador en su empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, y en suma adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo.

## **1.1 Salud Ocupacional**

De acuerdo con la OMS, la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades, accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo, además de procurar generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realizando el bienestar físico y mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo.

A la vez, la salud ocupacional busca habilitar a los trabajadores para que lleven vida social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.

## **1.2 Estrés laboral**

El estrés laboral, se puede definir como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El cual, puede llevar a un deterioro significativo de la salud y es el resultado de la interacción del trabajador y las condiciones de trabajo, que genera un impacto en los distintos sistemas biológicos.

Así mismo es el origen de numerosos problemas de salud y enfermedades como úlceras al estómago, enfermedades coronarias, depresión, etc. Sin embargo el estrés no se puede considerar como una enfermedad, sino como una respuesta del organismo, tanto física como mental, a las adaptaciones y ajustes del ser humano, a los diversos acontecimientos vitales. Así el estrés

ocupacional se daría en aquellas situaciones en las que las demandas ligadas al trabajo exceden las capacidades del trabajador para responder a ellas.

### **1.3 Psicología de la Salud Ocupacional**

La Psicología no ha sido ajena a los cambios ocurridos de manera global en las últimas décadas ni a los problemas derivados de ellos para los individuos, para los grupos y para las organizaciones laborales. La demanda social exige la preparación de profesionales especialistas en el campo de intervención, así como el desarrollo de investigaciones que se concreten en modelos que permitan explicar los fenómenos y dirijan la intervención, junto con el desarrollo de instrumentos que faciliten la evaluación y el diagnóstico.

La disciplina que aborda el estudio del estrés laboral, de los riesgos psicosociales en el trabajo, y de la calidad de vida laboral es la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO).

Aunque el término “Psicología de la Salud Ocupacional” fue propuesto por Jonathan Raymond en 1990, la PSO se inicia paralelamente en Estados Unidos y en Europa antes de la década de los 90. Su objetivo es que las personas puedan producir, atender a los demás, desarrollarse y ser valoradas en el ejercicio de su actividad laboral. Para ello deben tener la posibilidad de utilizar su talento, sus conocimientos, sus destrezas y habilidades, como vía para alcanzar un alto rendimiento, al tiempo que perciben alta satisfacción laboral y bienestar en el trabajo (Quick, 1999b).

Cox, Baldursson y Rial (2000), señalan que las raíces de la PSO se encuentran entre la salud ocupacional y la psicología, y consideran que su cuerpo de conocimientos proviene en gran medida de la contribución de la psicología aplicada a la salud ocupacional, en especial de la psicología del trabajo y de las organizaciones, de la psicología de la salud y de la psicología

social y ambiental. El resultado es que los aspectos psicológicos, sociales y organizacionales de la salud ocupacional han sido los más abordados por los psicólogos de la salud ocupacional.

La PSO es una especialidad emergente de la psicología con carácter básico y aplicado. Surge como resultado de una fusión de contenidos de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva con la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, aplicados en el contexto de las organizaciones laborales (Quick, 1999a).

Los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones. Por ello, la PSO pretende desarrollar la salud de las personas y paralelamente crear ambientes saludables, pues ambos frentes son inseparables. Por este motivo, la prevención resulta fundamental para la PSO.

Según Quick (1999a) sus niveles de intervención son tres:

- El primero es la intervención sobre la organización y sobre el entorno de trabajo, prestando atención a las demandas organizacionales, a los riesgos laborales y a los costes directos e indirectos que suponen los problemas de salud. Dentro de este foco de atención, una variable relevante es la posibilidad del individuo de controlar su entorno de trabajo. Las estrategias de prevención incluyen planificación organizacional, horarios de trabajo flexibles, o liderazgo participativo, con el fin de acomodar el diseño de la organización y del lugar de trabajo al individuo. Pero también se recomienda ir más allá, interviniendo a nivel social mediante normativas que regulen el ejercicio del trabajo para prevenir daños a la salud.

- El segundo nivel está relacionado con la psicología y con la conducta de los individuos, prestando especial atención a los problemas de salud de carácter fisiológico, psicológico y conductual.

Desde esta aproximación se han estudiado variables individuales de carácter cognitivo o afectivo que predisponen a los individuos al estrés, como la adicción al trabajo (*workaholics*), y las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para prevenir el estrés.

- El tercer nivel se centra en abordar los problemas que se derivan de la relación entre la familia y el trabajo debido a la desintegración y oposición entre estas dos facetas de la vida consecuencia de la Revolución Industrial.

## CAPÍTULO 2 ESTRÉS Y MODELOS DE ESTRÉS

### 2.1 Concepto de Estrés

Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) el estrés se puede entender como el resultante de la relación que se establece entre una persona y su entorno cuando la persona evalúa que la situación pone en peligro su bienestar personal y que es superior a los recursos de los que dispone para superarla. Conviene reservar el término "estrés" para situaciones que llaman al afrontamiento, a la acción, y ni siquiera para todas ellas, sino para aquéllas en que el sujeto no tiene medios suficientes, habilidades, hábitos y libertad de acción para atenderlas. La situación de un enfermo mental grave o de un enfermo terminal puede ser dolorosa, dramática, de indefensión; pero no de estrés: los estresados son los familiares y los profesionales que han de hacer frente a las demandas de su atención por mucho tiempo.

La Teoría Clásica del Estrés ha aportado un conjunto nada despreciable de definiciones sobre el estrés, sin embargo dichas definiciones suelen presentar una característica común: su unidimensionalidad. En esa línea se encuentran definiciones como las siguientes:

- “El estrés es la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda del exterior o del interior del individuo y pueden darse signos de respuesta en el ámbito físico o emocional” Shturman, (2005).
- “El estrés es una tensión interior que se origina cuando debemos adaptarnos a las presiones que actúan sobre nosotros” Roberto, (2001).
- “Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro-endocrina ante el estresor amenazante” (Cruz & Vargas, 2001).

- “El estrés es pues un agente externo percibido por un individuo en un espacio-tiempo determinado, el sujeto pone en juego su defensas mentales para enfrentarlo con los mecanismos biológicos acompañados simultáneamente del juego de las defensas mentales” (Stora, 1992).

Las tres primeras definiciones centran su atención en los síntomas del estrés, mientras que la última centra la atención en el agente estresor; como se podrá observar, aún en las definiciones se encuentran presentes estas dos líneas de investigación que constituyen la Teoría Clásica del Estrés. Más allá de esta perspectiva conceptual, la Teoría Cognitiva del Estrés ha hecho suyo el compromiso de configurar al estrés en un término que sea tratado como un concepto multidimensional que permita comprender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana. En esa línea discursiva se encuentran las siguientes definiciones:

El estrés es un proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad de un individuo y para la calidad de sus relaciones significativas que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de la adaptación al medio (Mingote & Pérez, 2003).

El estrés es un proceso dinámico que “se describe en términos de insumos, productos y diferencias individuales (Stephen & Cooper , 2004).

## **2.2 Antecedentes del estrés**

El concepto de estrés fue utilizado por Hans Selye, en los años 30, quien lo define como un “síntoma general de adaptación”. El estrés sería la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante, que surge para ayudarnos a enfrentar

situaciones nuevas; cuando se transforman en una reacción prolongada e intensa, puede desencadenar serios problemas físicos y psíquicos.

### **2.3 El proceso del estrés**

Desde que bautizó y describió por vez primera este concepto Hans Selye (1954), se han formulado varias definiciones del estrés. Sin embargo, con casi ninguna de ellas se ha conseguido captar lo que para una importante proporción de los investigadores en este campo es la esencia del concepto. Esta ausencia de una definición común y generalmente aceptada puede tener varias explicaciones.

Una de ellas acaso sea el concepto se ha difundido tanto y se ha utilizado en tantas situaciones y contextos distintos, y por tantos investigadores, profesionales y profanos, que ya no es posible llegar a un acuerdo sobre una definición común. Otra explicación es que realmente no exista una base empírica para una definición única.

Es posible que el concepto sea tan múltiple que con un solo proceso simplemente no se explique el fenómeno completo. Hay una cosa clara: para examinar los efectos del estrés sobre la salud, es necesario incluir en el concepto más de un componente. La definición de Selye se refería a la reacción fisiológica de “lucha o abandono”, en respuesta a una amenaza o un reto procedentes del entorno Selye (1954). Así, Selye hacía referencia únicamente a la respuesta fisiológica individual.

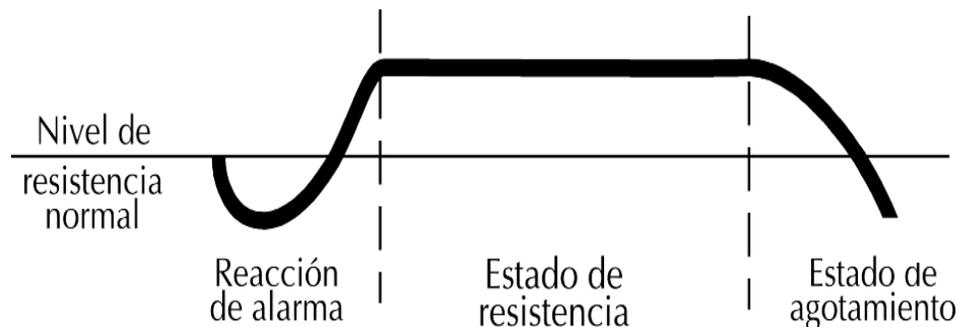
En el decenio de 1960 despertaron gran interés los llamados “acontecimientos vitales”, es decir, las principales experiencias estresoras que se producen en la vida de una persona. En la obra de Holmes y Rahe (1967), se demostraba claramente que una acumulación de acontecimientos vitales era perjudicial para la salud. Esos efectos se comprobaron sobre todo en

estudios retrospectivos. Más difícil resultaba confirmar esas conclusiones en el sentido prospectivo.

En el decenio de 1970 se introdujo en el marco teórico otro concepto, el de la vulnerabilidad o resistencia del individuo expuesto a estímulos estresores. Cassel (1976) formuló la hipótesis de que la resistencia del huésped era un factor decisivo en el resultado de estrés y en el efecto del estrés sobre la salud.

El hecho de que en muchos estudios no se hubiera tenido en cuenta la resistencia del huésped podría explicar por qué se habían obtenido tantos resultados incoherentes y contradictorios acerca del efecto del estrés sobre la salud. Según Cassel, hay dos factores esenciales a la hora de determinar el grado de resistencia de una persona: su capacidad para afrontar la situación y su apoyo social.

Hoy se incluyen ya en la definición bastantes otras cosas además de las reacciones fisiológicas del “estrés de Selye”: tanto los efectos sociales y del entorno, representados por ejemplo por los acontecimientos vitales, como la resistencia o vulnerabilidad del individuo expuesto a esos acontecimientos.



*Figura 1* Proceso del estrés de Selye (1960).

En este proceso de adaptación por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento.

#### **2.4 Modelos de pérdida de recursos**

Estos modelos hacen referencia a aquellas situaciones en las que se produce el estrés debido a una “pérdida de recursos”. Concretamente son dos: la Teoría del Estrés y Coping de Lazarus y Folkman y la Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll.

#### **2.5 Modelo de estrés y *coping***

El modelo de estrés y *coping* fue elaborado por Richard Lazarus y Susan Folkman en el año de 1984. Este modelo sigue siendo uno de los más importantes e influyentes, constituye un punto de referencia básico para la comprensión de la Psicología de la Salud Ocupacional, y el desarrollo posterior del resto de modelos teóricos dentro de la disciplina, enmarcado en una perspectiva interaccionista entre ambiente y persona para la explicación de la salud psicosocial, mantiene una clara perspectiva cognitiva e individual del estrés como fenómeno interno, mental, subjetivo e ideográfico. Desde este modelo, la percepción de la situación demandante adquiere importancia fundamental. Considera el estrés como un fenómeno psicológico que se produce debido a la interacción que se establece entre persona y su entorno.

Este carácter interaccionista, uno de sus elementos distintivos del modelo de Lazarus y Folkman es que explica el proceso de estrés atendiendo al papel que tiene uno de los recursos personales más estudiados las “estrategias de *coping* o afrontamiento”.

Las estrategias de *coping* suponen uno de los conceptos clave de la teoría y se conceptualizan como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se

desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como exceden o desbordan los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984).

Consideran la existencia de dos grandes tipos de estrategias de afrontamiento: estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción. A través de la primera, la persona intenta actuar directamente sobre la situación estresante, bien modificando el entorno por medio de la realización de conductas como buscar activamente información, o bien generando cambios motivacionales o cognitivos como elaborar formas alternativas de gratificación.

Mediante las estrategias dirigidas a la emoción, la persona intenta regular la respuesta emocional generada ante la amenaza. Entre las estrategias emocionales más importantes se destacan respuestas como evitar la situación estresante o buscar la parte positiva de la situación. Otro concepto clave de esta teoría es el de “evaluación” o valoraciones que las personas realizamos sobre las características de una demanda situacional y sobre los recursos de que disponemos para afrontarlas de forma adecuada.

Según este modelo, lo que es estresante no es la situación sino la valoración (positiva, negativa, neutra) que realizan las personas sobre ella. Lazarus y Folkman (1984) distinguen tres tipos de evaluación de la situación que las personas ponemos en funcionamiento, de forma consciente o no, cuando tenemos que afrontar una demanda ambiental: evaluación primaria, secundaria y terciaria.

1. La “evaluación primaria” consiste en una primera valoración que la persona realiza de la situación o evento. Esta valoración permite categorizar la situación como dañina, amenazante o retadora, en función del riesgo que conlleva y del grado en que compromete a su bienestar.

2. La “evaluación secundaria” va más allá en el tiempo y constituye el aspecto central del modelo por cuanto hace referencia a la valoración que hace la persona de los recursos o estrategias de *coping* (centradas en el problema o centradas en la emoción) que posee para afrontar las demandas del ambiente de trabajo.
3. Finalmente, el modelo considera el papel de la “evaluación terciaria” o re-evaluación que hace referencia a la valoración que realiza la persona después de haber intentado afrontar la demanda laboral. En función del éxito o no de las estrategias de afrontamiento llevadas a cabo, la re-evaluación afectará a futuras evaluaciones primarias y secundarias que realice cuando se encuentre ante otras demandas similares.

El modelo establece que el estrés se producirá o no dependiendo del procesamiento subjetivo que la persona realice respecto a si posee o no las estrategias suficientes para afrontar la situación. Más específicamente, el modelo propone que cuando una persona se encuentra con una o varias demandas laborales, realiza una valoración sobre el modo en que esa situación puede afectarle.

El resultado de esa valoración dependerá del significado que posean esas demandas para la persona, que a su vez estará en función de sus experiencias pasadas, de sus relaciones actuales y de su posición social. La persona responderá a estas demandas de forma más o menos favorable con la movilización de las conductas que crea más adecuada en función de su valoración de la situación que hay realizado.

Este modelo propone que el proceso de estrés se origina por la interacción entre la persona y una o varias demandas ambientales, interacción que le lleva a realizar una evaluación primaria de la situación. El resultado de esta evaluación primaria puede llevar a que la demanda ambiental se

perciba como relevante o como irrelevante. Si la demanda se evalúa como irrelevante, no afecta a la persona y, por tanto, no implica un compromiso físico, ni psicológico, ni social. Ante esta demanda no se producirá ninguna estrategia de afrontamiento específica.

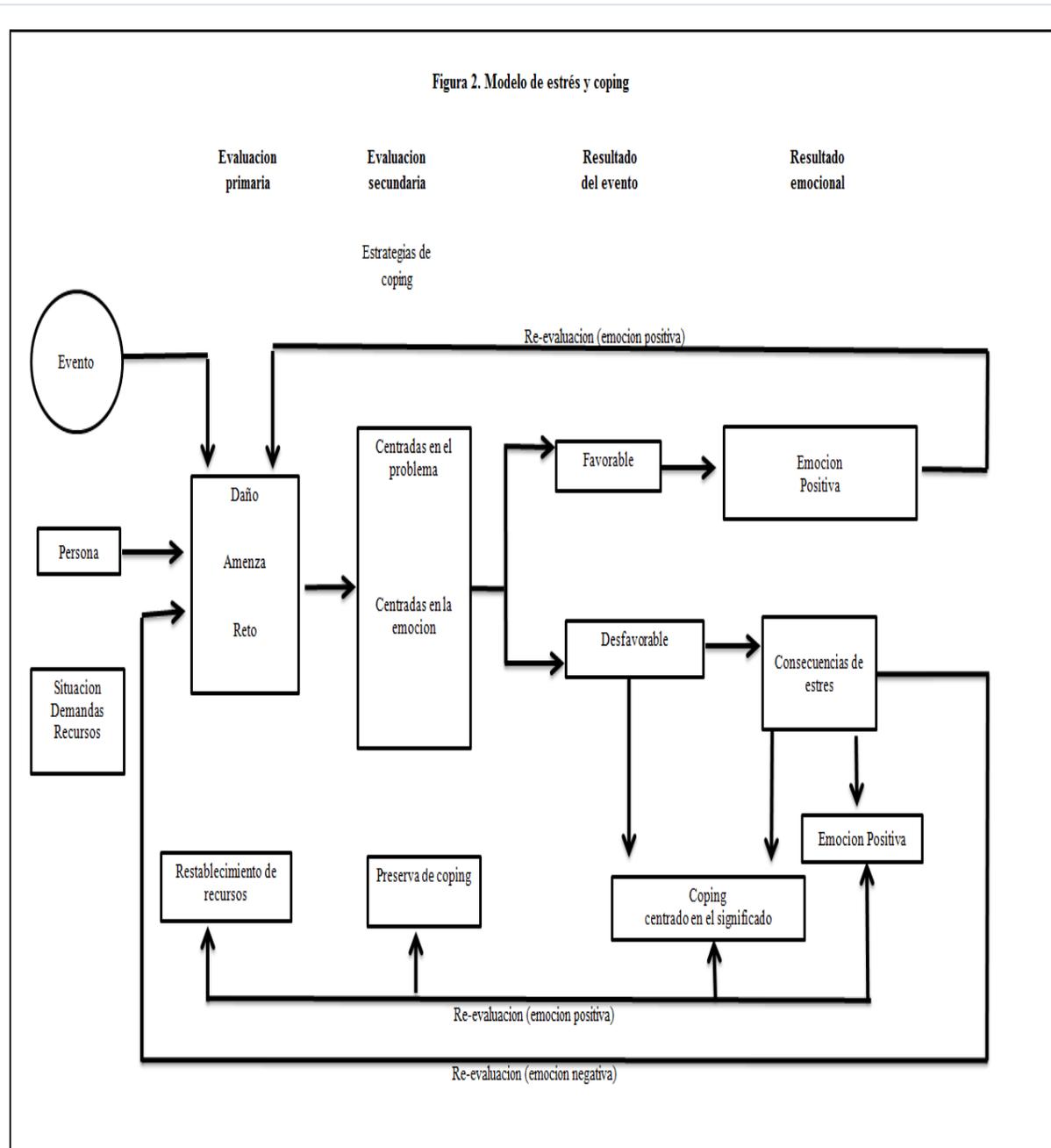


Figura 2. Modelo de Estrés y Coping, Lazarus y Folkman (Salanova, 2009, p. 67).

Sin embargo si se evalúa la demanda como relevante, la persona percibe que la demanda puede tener una repercusión personal bien sea a nivel físico, psicológico y/o social. Esta situación constituirá una situación de estrés que tendrá que afrontar iniciando un proceso de evaluación secundaria, la demanda ambiental podrá percibirse de diferentes formas con consecuencias totalmente opuestas: como un daño, como una amenaza o como un reto.

Es en este punto cuando la persona pone en funcionamiento las estrategias de afrontamiento necesarias para adaptarse a las demandas ambientales. Si la persona valora que posee los recursos necesarios suficientes para afrontar la situación, puede percibirla como un reto y movilizar conductas que le permitirían generar sentimientos de logro y eficacia, y experimentar emociones positivas como la confianza, la excitación y el entusiasmo (Lazarus y Folkman, 1984).

Estas emociones positivas también pueden experimentar cuando la situación se valora como amenazante o dañina pero se han aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas y por tanto, la situación se ha resuelto de forma favorable. Por el contrario, si tras la evaluación secundaria de la situación la persona se considera que no dispone de los recursos necesarios para afrontarla, evaluará la situación como un daño real o como una amenaza.

Como consecuencia de esta valoración, y en el caso de que la situación se resuelva de forma desfavorable, aparecerán las reacciones propias del estrés y se experimentaran emociones negativas como tristeza y enfado o como ansiedad y miedo respectivamente.

## **2.6 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll , (1989).**

Uno de los modelos que está teniendo más relevancia tanto a nivel teórico como práctico en la

Psicología de la Salud Ocupacional es la teoría de Conservación de los recursos (COR).

Desarrollado por Hobfoll (1989), se presenta como una alternativa a las teorías de estrés basada en la valoración cognitiva. Se trata de una teoría integradora que considera que éste se produce por una combinación de procesos internos y ambientales. Además, implica una perspectiva más social del estrés puesto que integra al individuo en un contexto grupal, dentro de un contexto social y cultural determinado.

Una de las particularidades de este modelo y por tanto uno de sus conceptos clave, es la consideración del papel que desempeña la interacción de múltiples “recursos generales” en el desarrollo de la Salud Ocupacional. Los recursos son por ejemplo la casa, el automóvil, las condiciones familiares, las características personales y su energía en tiempo y dinero.

La importancia de los recursos para las personas radica en dos razones principales. La primera es que los recursos tienen un valor en sí mismos. La segunda es que los recursos sirven para obtener otros recursos que también son valorados por las personas.

Esta teoría permite explicar la salud ocupacional, puesto que no solo especifica por que las personas se estresan, sino también porque se motiva en el trabajo. La teoría establece que el estrés se producirá:

1. Cuando exista una amenaza de pérdida de recursos.
2. Cuando las personas inviertan en recurso pero no reciban el nivel de beneficios que esperaban.
3. Cuando las personas inviertan en recursos pero no reciban el nivel de beneficios que esperaban a cambio de esta inversión.

En este sentido, la teoría COR asume que cuando las personas pierden recursos son susceptibles de seguir perdiendo más y más en una consecuencia de “ciclos o espirales perdidas”. Estas espirales negativas pueden debilitar las reservas de recursos disponibles para afrontar futuras demandas en el trabajo, y como resultado, pueden aparecer consecuencias psicosociales negativas, como por ejemplo el *Burnout* (Demerouti & Bakker, 2007).

Aunque estas espirales de pérdidas de recursos se producen de forma rápida y consecuencias son más potentes e impactantes por el “efecto de bola de nieve”, la teoría también asume la existencia de espirales de ganancias.

Dado que los recursos son valorados en sí mismos y permiten adquirir o preservar otros recursos importantes, las personas están motivadas a invertir recursos. Esta inversión le permitirá protegerse contra la pérdida futura de recursos, recuperarse de las pérdidas o incluso ganar más recursos. Esto es, les permitirá incrementar su “caravana de recursos” e incrementar su motivación y su *engagement*, tal y como señala la investigación (Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou, & Bakker, 2009).

Otro de los aspectos destacables de la teoría es que señala cuales son los mecanismos que utilizan las personas para invertir en recursos y evitar el estrés: restablecer los niveles de recursos, sustituirlos por otros.

En el primer caso se trata de recuperar los recursos perdidos. Por ejemplo, las pérdidas en auto eficacia podrían solucionarse intentando restablecerlos niveles de auto eficacia. Mientras que en la segunda estrategia el recurso perdido podría sustituirse por un segundo recurso que tiene un valor equivalente para la persona pero que pertenece a otro dominio de recursos.

En este caso la pérdida de recursos ocasionada por el conflicto interpersonal en el hogar puede

ser parcialmente compensada invirtiendo las relaciones sociales con los compañeros de trabajo.

Estas respuestas de inversión de recursos frente a la pérdida o a la amenaza de pérdida de recursos no son reactivas, sino que es indispensable que la persona adopte un estilo de afrontamiento proactivo. Es decir que busque los recursos de forma intencional y con esfuerzo.

Para Hobfoll (2001), este estilo permite que las personas:

1. Se esfuercen por adquirir y mantener sus reservas de recursos.
2. Actúen pronto ante las primeras señales de peligro.
3. Se posicionen mediante la selección de aquellas estrategias que permitan o bien el ajuste de sus recursos, o bien les posicionen a ellos, a su familia o a su grupo social en una situación de ventaja que les permita reducir el riesgo y maximizar los recursos.

Además, la teoría COR establece que ante las condiciones de falta de recursos, la persona responde mediante una “respuesta de defensa”. Esta respuesta implica que las personas no inviertan en recursos ni en estrategias de afrontamiento con el objetivo de conservar su reserva de recursos y no perder más.

Un ejemplo, es cuando se ha invertido tiempo y dinero en formación continua para conseguir una promoción de empleo durante varios años y a pesar de ello no se ha conseguido, la persona dejara de invertir en formación, en tiempo y en dinero, y estará menos comprometida con el trabajo para no seguir perdiendo más recursos.

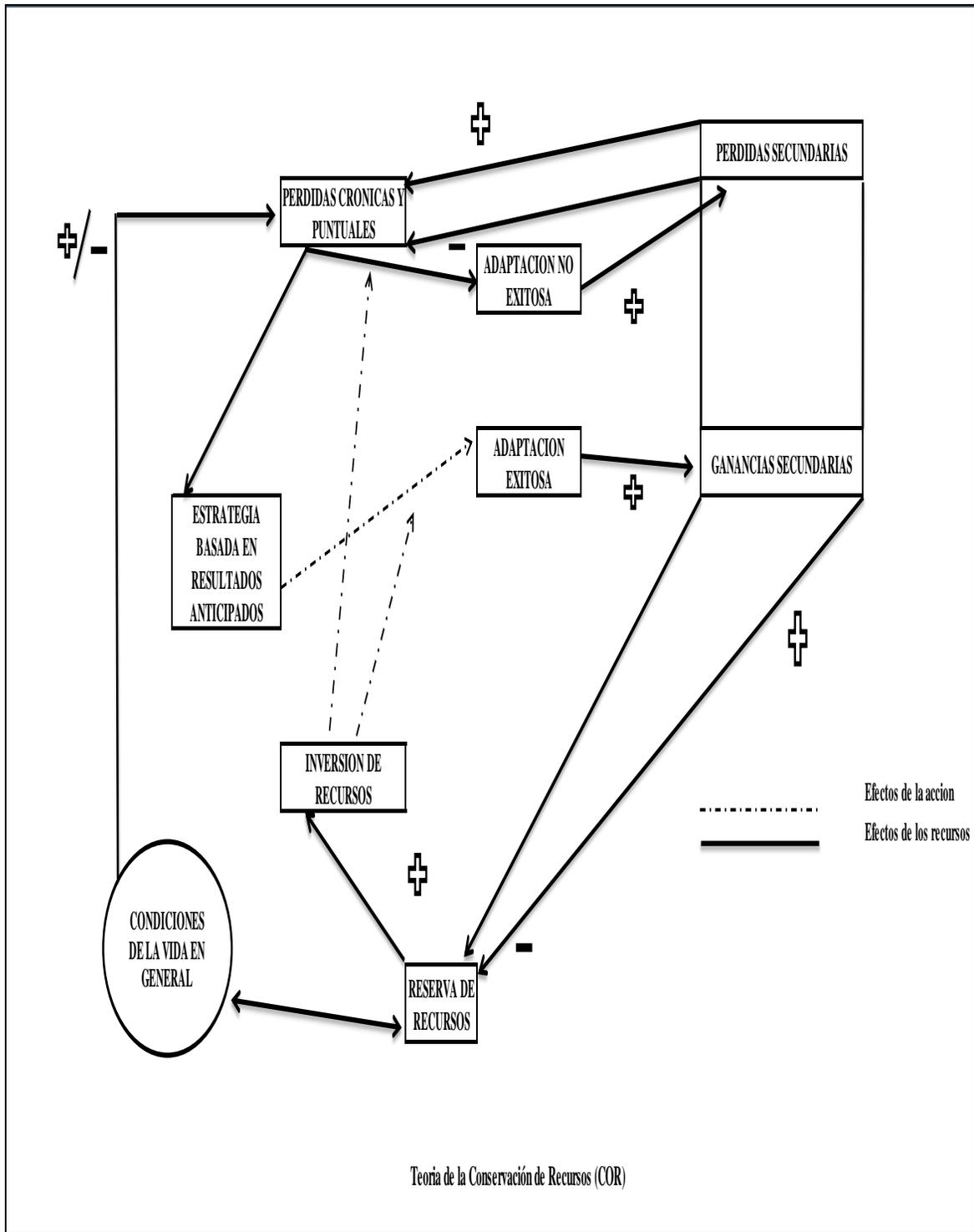


Figura 3. Teoría de la conservación de recursos Hobfoll (Salanova, 2009, p. 71).

## **2.7 Modelos ajuste -desajuste**

Se trata de uno de los modelos más utilizados en la actualidad a nivel científico y también a nivel práctico Modelo de Desequilibrio Esfuerzo- Recompensa (DER) de Siegrist (1996). Éste modelo surge como consecuencia de un programa científico que pretendía entender que papel ejercen los factores psicosociales en la salud y en la enfermedad en distintos contextos de la vida de las personas, y entre ellos el contexto laboral.

Concretamente, el modelo analiza los efectos beneficiosos y nocivos que tienen las conductas, cognitivas y emociones que las personas experimentan a lo largo del desempeño de diferentes roles, por ejemplo, el rol de los trabajadores, de padres, madres, hijos, amigos. etc.

Para ello utiliza una aproximación teórica y metodológica que se centra en el concepto de “reciprocidad social” entendida como la justicia percibida entre las inversiones y resultados que se ponen en juego en una interacción social.

Por ejemplo, cuando el trabajador invierte tiempo y esfuerzo en hacer su trabajo lo mejor posible e incluso excediendo lo que tiene la obligación de hacer, espera a cambio un reconocimiento social y/o económico de dicha inversión.

La reciprocidad social se caracteriza por inversiones cooperativas mutuas, que se basan en una norma que implica que a unos esfuerzos determinados le corresponda unas recompensas que sean acorde con los mismos. Estas normas son socialmente compartidas e implican tres sistemas de recompensas. Uno de estos sistemas es el dinero por ejemplo, percibir que se dispone de un salario adecuado para las tareas que se realizan. Pero además del dinero, las personas valoran también otros sistemas de recompensas como por ejemplo, la estima contar con el respeto y apoyo social de los demás, disponer de oportunidades de desarrollo de carrera o seguridad

laboral, posibilidades de promoción y estatus social.

De acuerdo con la teoría, cuando se vulnera esta norma y la reciprocidad no se produce debido a que la persona ha realizado muchos esfuerzos pero ha obtenido pocas o ninguna recompensa a cambio, es probable que se manifiesten emociones negativas y tengan lugar respuestas de estrés recurrentes en el tiempo.

Por el contrario, cuando existe un equilibrio entre esfuerzo-recompensa las personas experimentan emociones positivas que promueven el bienestar y la salud psicosocial.

Se puede apreciar, en primer lugar, que en este modelo establece una diferenciación explícita entre aquellos factores que pueden afectar la percepción de equilibrio entre esfuerzo-recompensas. Diferencia entre factores extrínsecos o situacionales y factores intrínsecos o personales. Los “factores extrínsecos”, hacen referencia tanto a las demandas del trabajo, como a los tres sistemas de recompensa: salario, estima y oportunidades de carrera. Independientemente del tipo de demandas o de recompensas que estén implicadas en una situación determinada, será el desajuste entre ellas el que aumente la probabilidad de que aparezcan las consecuencias del estrés.

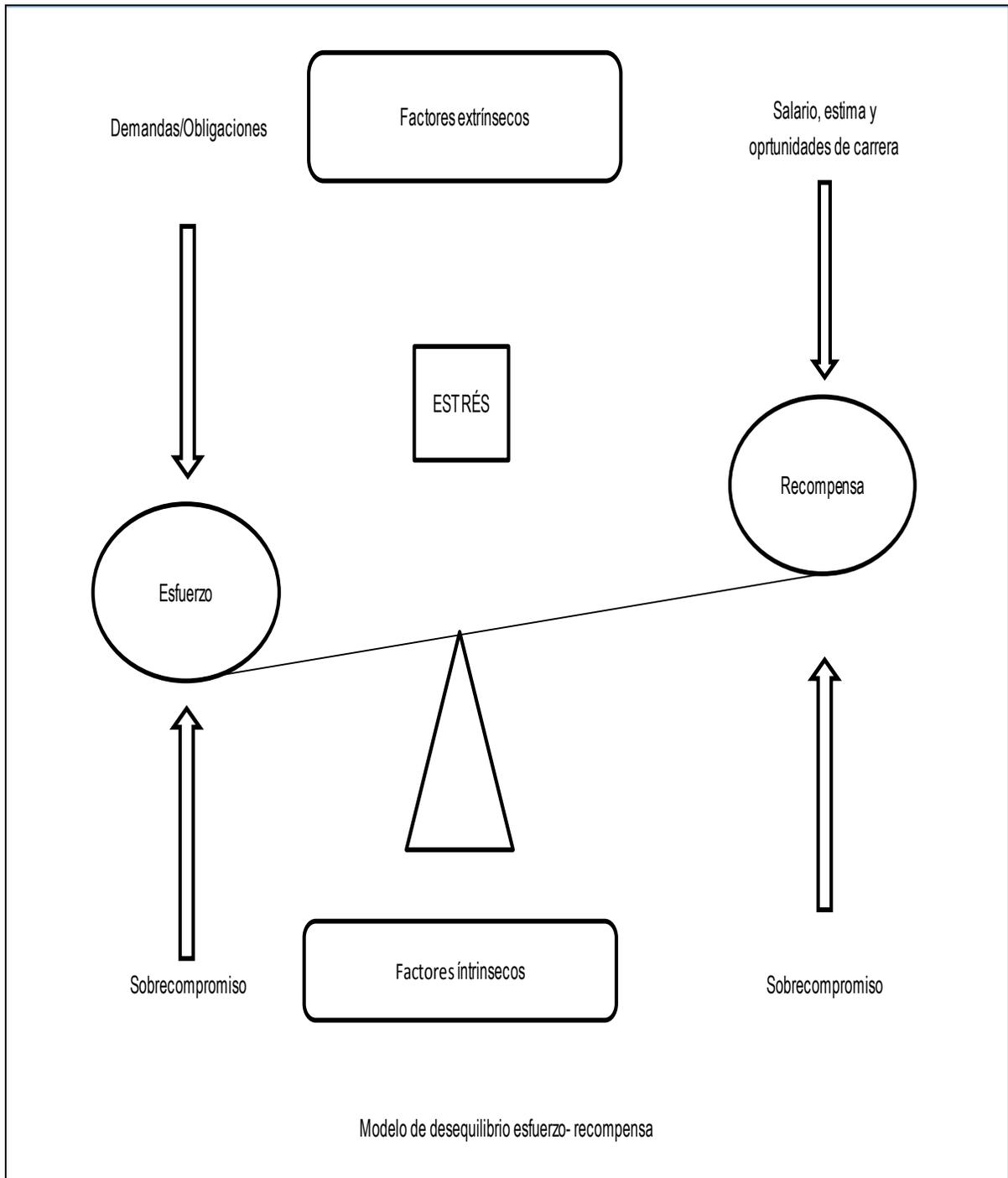


Figura 4. Modelo DER Siegrist (Salanova, 2009, p. 73).

El modelo propone la existencia de “factores intrínsecos” responsables también de la percepción de un desequilibrio esfuerzos - recompensas. Estos factores intrínsecos hacen referencia a aquellos aspectos inherentes a la persona y que están muy relacionados con las “estrategias de *coping*” que la persona dispone para afrontar las demandas de su trabajo.

En este contexto surge el concepto de “sobre compromiso”, que ejerce efectos adversos en el binomio esfuerzos-recompensas. Se concibe como una características de personalidad que está basada en aquellos elementos cognitivos, emocionales y motivacionales de la conducta de tipo A que caracteriza a aquellos trabajadores que presentan una ambición exorbitante y que además tienen una fuerte necesidad de ser aprobados y valorados por los demás (Shaufeli & Bakker, 2004). Este sobre compromiso, por ejemplo, caracterizaría a los adictos al trabajo. Dada esta combinación, no es de extrañar que las personas sobre comprometidas con su trabajo se presenten percepciones erróneas tanto de las demandas laborales como de sus propias estrategias de *coping*. Esta distorsión perceptiva de la realidad la que les impide evaluar con exactitud la relaciones esfuerzo-recompensa. El modelo determina tres hipótesis principales (Siegrits, 1996).

Primera Hipótesis: Presupone que aquellas situaciones laborales en las que se produzcan un desajuste caracterizado por un alto esfuerzo y una baja recompensa, generarán una ausencia de reciprocidad. Será esta falta de reciprocidad la que aumentara el riesgo de que aparezcan problemas emocionales en los trabajadores, lo que facilitara el aumento de la activación fisiológica y conductas de la salud negativas.

Segunda Hipótesis: Señala que los trabajadores sobre comprometidos manifiestan mayores probabilidades de experimentar esa falta de reciprocidad y problemas de salud, precisamente por ese exceso de compromiso que pocas veces se percibe como justamente recompensado por parte

del trabajador.

Tercera Hipótesis: Señala la probabilidad de que aparezcan problemas de salud será aún mayor si se dan las dos condiciones anteriormente presentadas la norma de reciprocidad se ha violado y el trabajador está sobre comprometido con el trabajo.

## **2.8 Modelo vitamínico**

Uno de los modelos teóricos que ha despertado más interés y curiosidad es el modelo vitamínico de Peter Warr, (1987). Este modelo se centra en los efectos que la baja o sobre estimulación tiene sobre la salud psicosocial.

Una de las características diferenciadoras de este modelo es que se basa en el estudio de la salud psicosocial en función de dos dimensiones ortogonales independientes denominadas placer y activación. Por una parte, la persona experimenta situaciones más o menos placenteras, y por otra experimenta un cierto nivel de activación.

Por ejemplo, puede experimentar un gran placer al realizar una tarea determinada que le guste mucho, y a la vez sentirse muy activo (gran vigor y energía) o muy poco activo (gran relajación y confort).

La segunda característica distintiva del modelo es que permite estudiar el efecto que tiene en la salud psicosocial la presencia o ausencia de una serie de características del puesto que Warr denomina “vitaminas”.

Estas vitaminas actúan en el contexto de una metáfora sobre el efecto que tienen las vitaminas de los alimentos en la salud física.

De este modo, determinadas características del trabajo o vitaminas laborales afectan a la salud psicosocial del trabajo. Por ejemplo, la vitamina “autonomía “generará en el trabajador un determinado nivel placer y activación, como la satisfacción laboral.

Respecto a las dimensiones, el modelo señala que las salud psicosocial puede explicarse en función del valor de cada persona obtengan tanto en placer como en activación, y también en función de su distancia con respecto al punto de corte en estas dos dimensiones.

Dado que la investigación de Feldman (1995), ha demostrado que la salud psicosocial está más determinada por los niveles de placer que los de activación, el eje 1 que corresponde con el eje-displacer es mucho más extenso que la dimensión de activación, como puede apreciarse en la figura 5.

Esta es la razón por la que la que los ejes de salud no se representan mediante círculo si no mediante un óvalo con los polos achatados.

El eje 1 o eje de placer-displacer describe las emociones que experimenta una persona desde las experiencias positivas de placer hasta las más negativas de displacer, sin considerar su grado de activación psicológica.

Los 2 ejes restantes, tanto el eje de ansiedad – relajación, como el eje 3 de depresión-entusiasmo, tiene en cuenta no solo la dimensión, sino también la dimensión de activación.

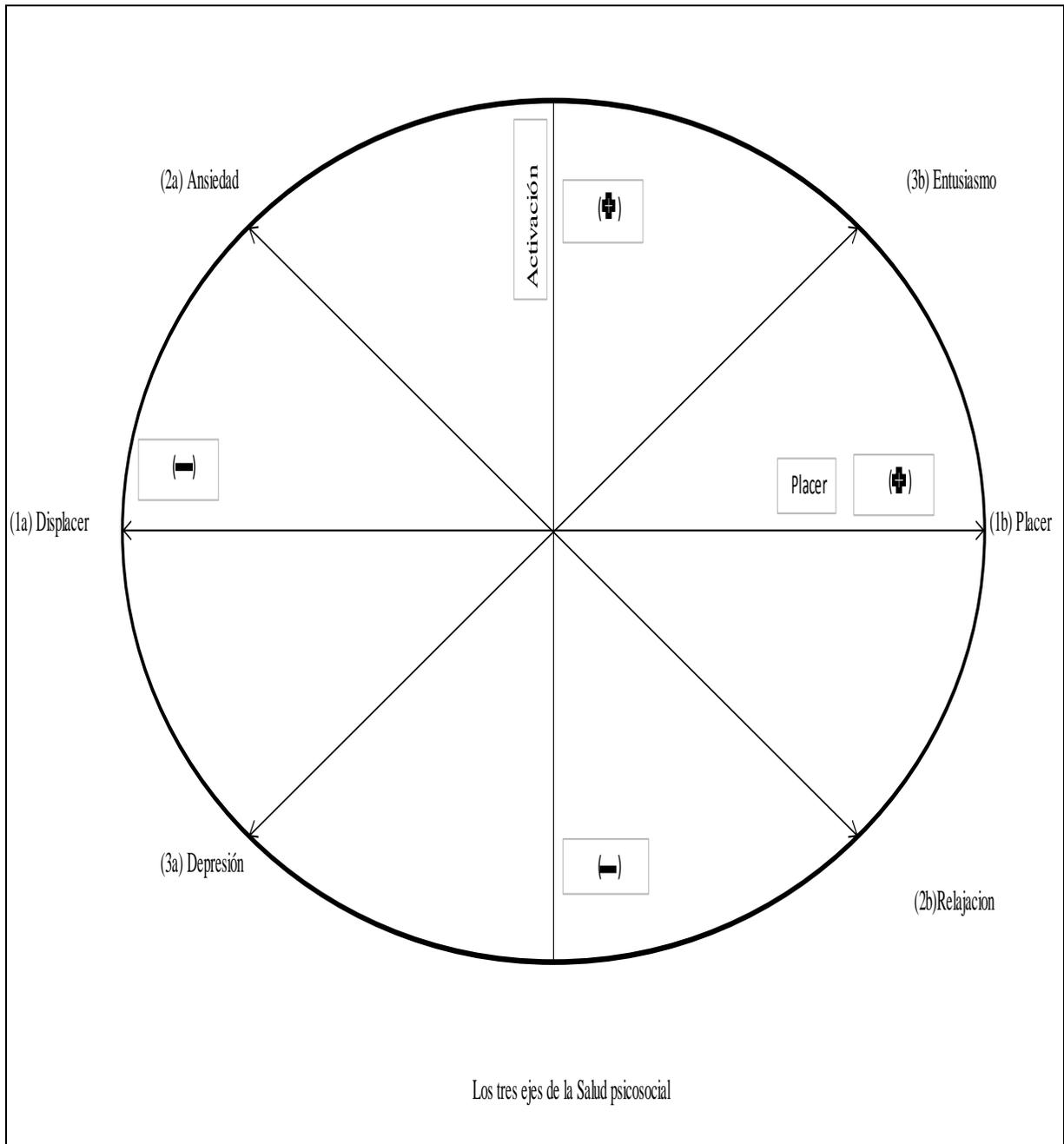


Figura 5. Los tres ejes de la Salud Psicosocial Peter Warr (Salanova, 2009, p. 76).

## **2.9 Modelo de demandas – recursos**

El factor común de estos modelos es el efecto del desajuste entre demandas laborales y recursos, tanto laborales como personales en la salud psicosocial. Todos tienen una base común: el modelo de demanda-control de Karasek. El desarrollo de los modelos posteriores a éste ha venido determinado por la inclusión en el modelo de variables que mejoran su validez y aplicabilidad al contexto organizacional.

## **2.10 Modelo de demandas-control**

El modelo de Demandas – Control (DC) desarrollado por Robert Karasek en (1979), constituye uno de los más influyentes en la actualidad (Karasek & Theorell, 1990). Se trata de un modelo simple y parsimonioso que implica que la salud psicosocial puede explicarse mediante la simple combinación de las “demandas laborales” y el “control” que el trabajador tiene del puesto de trabajo. Otra de las particularidades del modelo es que, dado que se focaliza en aspectos objetivos del trabajo, permite elaborar directrices para el rediseño de puestos. Lo que en definitiva posibilita prevenir intervenir y optimizar la salud psicosocial y la calidad de vida laboral.

Los conceptos clave del modelo son principalmente dos: las demandas y el control del puesto. El concepto de “demandas” se define como las exigencias o la carga psicológica que el trabajo implica para la persona. Aunque existen diferentes tipos de demandas, el modelo de Karasek se basa en un tipo de demanda laboral: la sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención e interrupciones que la persona tiene en su puesto de trabajo. El segundo elemento implicado en las predicciones del modelo, y posiblemente el más importante es el control. Se concibe como el “grado potencial que tienen los empleados para controlar sus tareas y llevar a cabo conductas a los largo de un día de trabajo” (Karasek, 1979).

En general, el control se concibe como la autonomía o la posibilidad que tiene la persona para tomar decisiones relacionadas con su trabajo y de controlar sus propias actividades, y como la posibilidad de desarrollo de habilidades, que hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades de aprendizaje, creatividad y variedad de tareas.

Teniendo en cuenta la interacción entre demandas y control, modelo propone la explicación tanto del estrés como el de aprendizaje. A pesar de ello, la investigación se ha centrado más en la predicción del eje del estrés y generalmente se ha olvidado del eje del aprendizaje (Kasarek & Theorell, 1990).

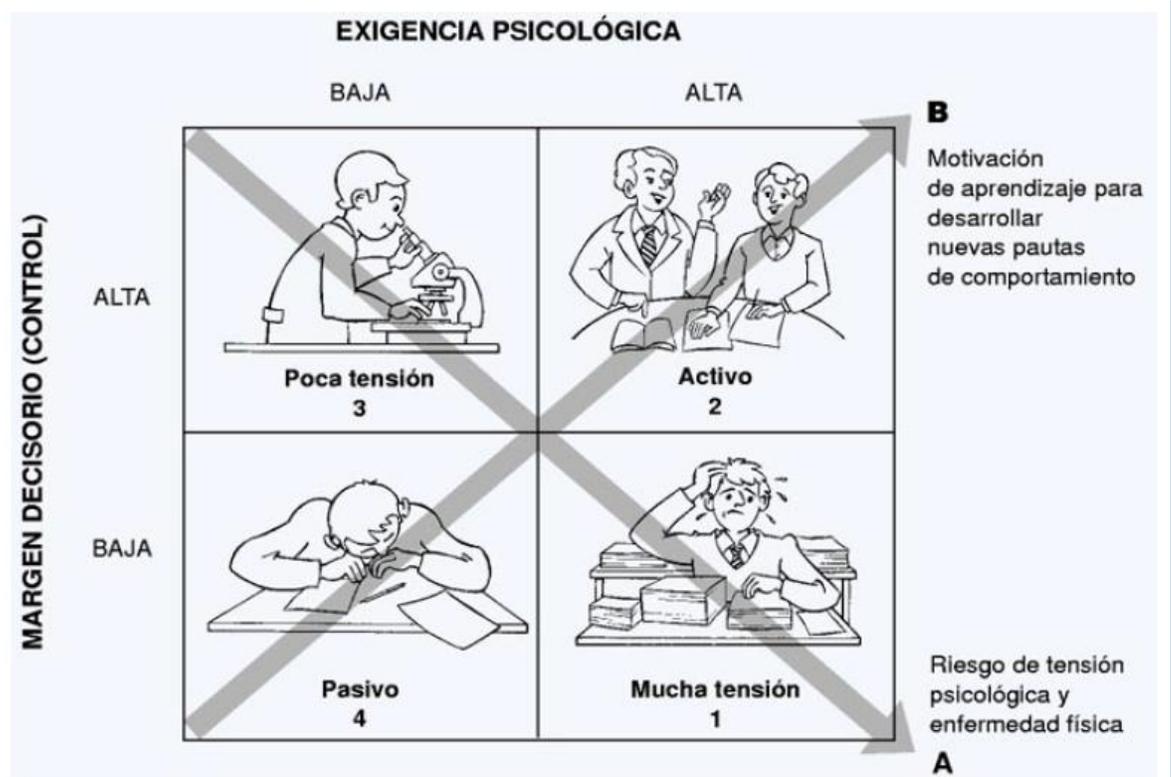


Figura 6. Modelo de estrés en cuanto al aprendizaje ROBERT KARASEK (SALANOVA, 2007, p. 00).

De acuerdo con Karasek (1979) y Karasek y Theorell (1990), la primera predicción del modelo hace referencia al eje del estrés. Los “puestos estresantes”, se producen por un incremento en los

niveles de activación que normalmente se acompaña de síntomas de malestar, como taquicardias y secreción de adrenalina. Si esta situación se añade que la persona no tiene control sobre su ambiente, el elevado nivel de activación no puede convertirse en una respuesta de *coping* efectiva y, como consecuencia se generará una reacción de estrés más duradera que producirá un “estrés residual dañino”.

Continuando con el eje del estrés, la segunda predicción del modelo es la situación opuesta a la anterior. De manera que aquellos “puestos con bajo estrés” se caracterizan por situaciones donde los trabajadores tienen altos niveles de control pero las demandas son bajas. Las dos predicciones restantes del modelo se refieren al eje de aprendizaje. La tercera hipótesis del modelo señala que tal motivación, el aprendizaje y el crecimiento personal ocurren cuando los trabajadores están sometidos a demandas altas, pero cuentan con el control adecuado para afrontarlas. En este caso se habla de “puestos activos”.

La cuarta hipótesis hace referencia a los “puestos pasivos”, en donde los trabajadores no tienen que hacer frente a elevadas demandas en el trabajo pero tampoco cuentan con el control suficiente para influir sobre ellas. En este caso, las competencias quedan atrofiadas y petrificadas en una situación parecida al “desamparo aprendido” (Seligman & Maier, 1976). Puede definirse como aquella situación en la que persona sabe que no puede hacer nada para cambiar la situación y esta al amparo de los acontecimientos externos.

## **2.11 Modelo de demandas- recursos laborales**

El modelo de Demandas- Recursos Laborales (DRL) desarrollado por el equipo de investigación PAGO-GROUP que dirige el Profesor Wilmar Schaufeli de la Universidad de Utrecht en

Holanda y por el equipo del Profesor Arnold Bakker de la Universidad de Rotterdam (Holanda), supone una integración y expansión del modelo anterior de demandas-control, en tanto ha ampliado el número de demandas y (falta de) recursos laborales considerados.

Esto ha permitido configurar el carácter generalizable, flexible y comprensivo del modelo, puesto que puede aplicarse a diferentes ocupaciones (Demerouti, Bakker, De Jonge, Janssen & Schaufeli, 2001).

La principal proposición del modelo DRL es que, independientemente del tipo de ocupación, las características del ambiente de trabajo pueden tener consecuencias sobre la salud psicosocial y puede dividirse en dos características denominadas demandas y recursos (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003).

Estos se consideran los conceptos clave del modelo. Por un lado, las demandas laborales tienen carácter negativo y se definen como aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales y/u organizacionales que se requieren del trabajador un esfuerzo físico y/o psicológicos y que se asocian con costes físicos y/o psicológicos.

Por otra parte, los recursos laborales se refieren aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que son funcionales en el logro de metas laborales, reducen las demandas laborales y estimulan el crecimiento y el desarrollo personal (Bakker & Demerouti, 2007).

El carácter de simplicidad y parsimonia del modelo queda reflejado en el hecho de que es capaz de aplicarse en cualquier tipo de ocupación con tan solo evaluar el binomio demandas-recursos laborales de aquellos puestos que se pretende evaluar.

Pero esta sencillez no quita que el modelo sea exhaustivo. Permite evaluar demandas y recursos laborales en toda su complejidad, considerando diferentes niveles de análisis: nivel de

tareas (por ejemplo, la sobrecarga emocional como demanda y el control como recurso), nivel social (por ejemplo, la sobrecarga emocional como demanda y el apoyo social como recurso) y nivel organizacional (por ejemplo, la inseguridad laboral como demanda y las oportunidades de carrera como recurso). Será la combinación de demandas-recursos las que determinara la salud psicosocial del trabajador. En este sentido la segunda proposición del modelo original es que las demandas y los recursos laborales evocan dos procesos psicológicos diferenciados:

- 1) El proceso de deterioro de la salud y
- 2) el proceso de la motivación.

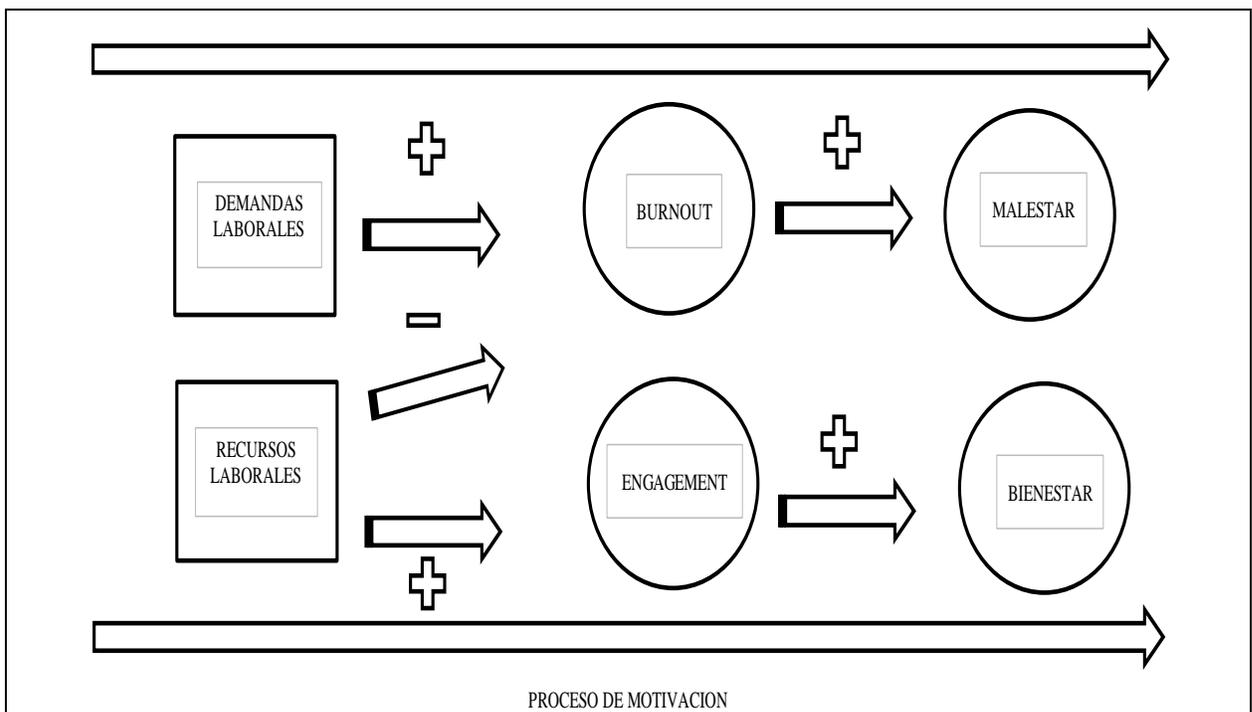


Figura 7. Proceso de Motivación (Salanova, 2009, p. 83).

Se puede apreciar cómo el proceso de deterioro de la salud comienza con la presencia de demandas laborales crónicas, que son las responsables de que se reduzcan los recursos de energía de los empleados. Como consecuencia puede generar fatiga crónica y *Burnout*, lo que podría

generar la aparición de malestar psicosocial, absentismo y falta de compromiso organizacional. Estos resultados han sido confirmados en diferentes investigaciones como las llevadas a cabo por Bakker y colaboradores (2003).

Todo lo contrario ocurre con el proceso de motivación. En este caso, Llorens, Bakker, Schaufeli y Salanova (2007) y Shaufeli y Bakker (2004) señalan que la presencia de recursos laborales estimula la motivación de los empleados en forma de *engagement*, esto es, altas dosis de vigor o energía, dedicación y absorción en el trabajo.

A pesar de que el modelo DLR ha sido validado en diferentes ocupaciones y distintos países con diversidad de métodos de recogida de datos, también ha sido objeto de críticas. Sin embargo, cabe decir que debido a la numerosa investigación que se está llevando a cabo, gran parte de estas críticas se están subsanando y generando modelos más aplicables a la realidad.

## **2.12 Teoría transaccional**

De acuerdo a la teoría de transaccional propuesta por Lazarus y Folkman, las personas se estresan cuando perciben que un estímulo ambiental amenaza su propio bienestar y la incapacita para hacerle frente de una manera adecuada (Lazarus & Folkman, 1986).

Quizá uno de los aportes más relevantes que ha hecho esta teoría es destacar que la percepción de los estímulos depende de las características de cada individuo. Las personas se diferencian en la forma de valorar la realidad, por lo que un mismo fenómeno puede ser evaluado de múltiples maneras dependiendo de la percepción de cada persona.

## **2.13 Teoría cognitiva**

La teoría cognitiva plantea tres fases de respuesta al estrés las cuales conforman el SGA o Síndrome General de Adaptación que se caracterizan (Guía sobre el estrés ocupacional, 2006):

1. Fase de alarma: el organismo reacciona automáticamente, preparándose para dar una respuesta, ya sea enfrentarse o huir del agente estresor, esta reacción es de corta duración y no perjudica, siempre y cuando, la persona disponga del tiempo necesario para recuperarse. Esta fase, constituye el aviso claro de la presencia de uno o más de los agentes estresores; en esta fase se activa el sistema nervioso simpático teniendo como signos la dilatación de las pupilas, sequedad de boca, sudoración, tensión de los músculos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la presión arterial y disminución de la secreción gástrica, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina.
2. Fase de adaptación y resistencia: se produce cuando el organismo, aunque intenta adaptarse, no tiene tiempo para recuperarse del estímulo estresor y por tanto, continúa reaccionando para hacer frente a la situación. En esta fase, aparecen diferentes reacciones metabólicas canalizando al sistema o proceso orgánico específico que sea más capaz de resolverlo, haciendo frente a la presencia del estrés por un plazo indefinido, el organismo se torna crecientemente vulnerable a problemas de salud.
3. Fase de fatiga: en ella se colapsa el sistema orgánico que se estaba enfrentando a los estresores, dando lugar a la aparición de alteraciones psicosomáticas.

Estos modelos de respuesta son mediados por el sistema locomotor con previa activación del sistema piramidal y el núcleo estriado. La respuesta hormonal de afrontamiento y adaptación al estrés, es desencadenada fundamentalmente por el CRH y la vasopresina (Dolan, Garcia, & Diez, 2005). El estrés se manifiesta con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la persona que la padece, es claro que no es posible separar las condiciones físicas de las personas de sus condiciones psicológicas, pues una situación potencial de amenaza, daño o desafío activa no sólo

un proceso cognitivo-emocional sino biológico que, como se mencionó anteriormente, implica la activación de los diferentes subsistemas del cuerpo.

Algunos de los síntomas físicos y psicológicos que los especialistas destacan como posibles señales de alerta son:

- Síntomas físicos: dificultad en conciliar o en mantener el sueño (denominado insomnio), aumento o disminución del apetito, gastritis, úlceras, migrañas, infartos, agotamiento, entre otros.
- Síntomas psicológicos: dificultad para recordar eventos actuales (problemas de la memoria), disminución de la atención y concentración en las actividades que realiza, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración, dificultades en la solución de los problemas, disminución del apetito sexual, dificultades en la erección, depresión, ataques de ansiedad, entre otros.
- Sociales: dificultades en la relaciones con los compañeros de trabajo, con los miembros de su hogar, consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, entre otros.

Estas manifestaciones del estrés se pueden clasificar, además, según su importancia de menor a mayor grado (Mansilla , 2011):

- Leve: irritabilidad, insomnio, en ocasiones problemas de concentración.
- Moderado: aumento de las horas de ausentismo al trabajo, sentir fatiga sin razón, indiferencia e indecisión, aumento en el consumo de sustancias psicoactivas (licor, cigarrillo, etc.).
- Severo: depresión, problemas de salud (cardiovasculares, digestivos, respiratorios, endocrinos, sexuales), aislamiento social y presencia de pensamientos autodestructivos.

## CAPÍTULO 3 EL SÍNDROME DE BURNOUT

### 3.1 Definición del síndrome de *Burnout*

El *Burnout* (“estar quemado”) es un tipo de respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo. Se ha conceptualizado como una experiencia de estrés individual embebida en un contexto de relaciones sociales complejas y que abarca el concepto que la persona tiene de sí misma y de los demás. Como tal, ha sido objeto de una atención especial en las profesiones relacionadas con la prestación de servicios en donde:

- a) la relación entre proveedores y destinatarios constituye el eje central del trabajo y
- b) la prestación del servicio, la atención, el trato o la educación pueden ser experiencias altamente emocionales.

Son varias las profesiones que cumplen estos criterios, entre ellas las relacionadas con la asistencia sanitaria, los servicios sociales, los servicios de salud mental, el derecho penal y la educación. Aunque la naturaleza del contacto entre proveedores y destinatarios difiere en cada una de estas profesiones, son semejantes en cuanto a que existe una relación estructurada centrada en torno al problema del destinatario (psicológico, social y/o físico). No sólo es probable que el trabajo del proveedor conlleve una elevada carga emocional, sino que las soluciones pueden no ser fáciles, factor este que se suma a la frustración y ambigüedad de la situación profesional.

La persona que trabaja continuamente con otras personas en tales circunstancias corre un gran riesgo de *Burnout*. La definición operativa (y el parámetro de investigación correspondiente) más aceptada actualmente en la investigación sobre el *Burnout* es un modelo de tres componentes, en

el que el *Burnout* se conceptualiza en términos de agotamiento emocional, despersonalización y menor realización personal (Maslach & Jackson, 1986). El agotamiento emocional se refiere a la sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales.

La despersonalización implica una respuesta negativa, insensible o excesivamente despegada a las personas que suelen ser los receptores del servicio o la asistencia. La menor realización personal se refiere a una menor sensación de competencia y logros en el trabajo.

Maslach y Jackson (1981), consideran que el *Burnout* es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

Los investigadores señalan que en este proceso de desgaste, que es la relación intensa con otras, lo que de forma poderosa contribuye a la aparición del este síndrome, aunque de forma más completa podemos entender el *Burnout* como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo o staff, e individuos. El síndrome de *Burnout* se consideraba en primera instancia como exclusivo para los trabajadores, de la educación, del área de salud mental o del ámbito social.

Si bien en un primer momento se consideraba este síndrome como exclusivo de estos servicios, lo cierto es que todos los profesionales sea cual sea su ocupación son susceptible de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo (Ginsburg, 1974).

### **3.2 Lo que no es *Burnout***

El síndrome de *Burnout* ha sido confundido en varias oportunidades con otro tipo de fenómenos que se deben diferenciar:

- Depresión. Conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre las relaciones interpersonales y que se diferencia del *Burnout* porque éste surge con consecuencias de las relaciones interpersonales y organizacionales.
- Alineación. Ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para desarrollar una tarea y se diferencia del *Burnout* porque en éste caso el sujeto tiene demasiada libertad para desarrollar la tarea, pero la misma resulta imposible de ser desarrollada.
- Ansiedad. Sucede cuando la persona no posee las habilidades para manejar la situación en la cual está inmersa y se diferencia del *Burnout* porque en éste último existe una exigencia superior de habilidades que las que la persona puede manejar.
- Estrés. Se diferencia del *Burnout* porque éste produce efectos negativos en la persona, en tanto que el primero produce efectos negativos y positivos (Toron, 2003).

En este sentido Salanova, Peiro, & Schaufeli (2000), señalan que mientras que el estrés hace referencia a procesos relativamente breves, el *Burnout* es considerado consecuencia de una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborables. Igualmente concuerdan con Toron (2003) al afirmar que el *Burnout* implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente.

### 3.3 Teorías del *Burnout*

Dentro de este marco de análisis e intervención en los problemas de salud mental laboral, el síndrome de *Burnout* ocupa un lugar destacado. Desde que, a finales de la década de los setenta, los psicólogos norteamericanos acuñaran esa expresión, ha aparecido en incontables

publicaciones científicas internacionales, realizándose un gran número de investigaciones, que han contribuido a una mayor comprensión del síndrome.

Roberts (1986), cifraba más de 300 referencias sobre el *Burnout* en el periodo de 1980-1985. Garcés, Teruel y García- Montalvo (1993), recogen más de 1000 referencias sobre el síndrome exponiendo que es el ámbito organizacional sobre el que se ocupan en la mayoría de los trabajos (más del 97% de los mismos). Kleiber y Enzman (1990), enumeran por encima de las 2500 referencias, sólo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989.

Sin embargo, como señala Olza (1999), desde el campo de la Psiquiatría los problemas psicológicos propios del contexto laboral no han recibido una atención suficiente. El síndrome de *Burnout*, a pesar de ser un trastorno con una psicopatología propia y diferencial, no puede ser diagnosticado con las clasificaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su cuarta edición revisada (DSM-IV 2001), incluye bajo el epígrafe “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica” la siguiente definición:

Es un problema laboral cuando el objeto de atención clínica, no es a un trastorno mental o que si se debe a esto, es lo suficientemente importante como para justificar una atención clínica diferente. Ejemplos de esto son la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección de una profesión.

Para Montalbán, Durán y Bravo (2000) en su análisis sobre discurso mediático sobre el síndrome de *Burnout*, afirman que constantemente aparecen noticias en la prensa diaria referentes al impacto que el síndrome tiene en diferentes colectivos profesionales. También reiteran que cada día son más las páginas web en castellano que dedican atención específica al síndrome.

Gil-Monte (2000), señala que, a pesar de haber crecido espectacularmente en España la investigación y las publicaciones científicas sobre el “síndrome de quemarse por el trabajo”, el interés por el estudio de este fenómeno, lejos de estar agotado, se proyecta hacia el próximo milenio.

En esta sentido Gillespie (1980) expresa la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a escala individual y organizacional. Así como Burke (1992) motiva a los investigadores para que el interés por el *Burnout* siga creciendo.

Freudenberger (1986) apunta que el *Burnout* puede padecerse en muchas otras profesiones no asistenciales, que también implican trato directo con personas.

Golembiewski, Munzenrider & Carter (1983) y Winnubst (1993), han realizado investigaciones con sujetos que no trabajan en servicios asistenciales (directivos, vendedores) y defienden que el síndrome de *Burnout* se puede desarrollar en todo tipo de profesionales.

Gil- Monte & Peiró (1999) consideran necesario realizar estudios transocupacionales que muestren como se desarrolla el síndrome de quemarse en las diferentes profesiones, pues esto facilita un mejor conocimiento del síndrome, de su desarrollo y de las vías de intervención.

### **3.4 Fases del *Burnout***

Un primer rasgo fundamental del *Burnout* es el cansancio emocional o lo que es mismo, la sensación de no poder dar más, de sí mismo a los demás. El individuo para protegerse de tal sentimiento negativo, trata de aislarse de los otros desarrollando así una actitud impersonal hacia los otros y /o miembros del equipo, mostrándose cínico, distanciado, utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratará de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y descenso de su compromiso laboral.

Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, están tratando de adaptarse a la situación aunque lo haga por medios de mecanismos neuróticos. Otro rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente.

Este componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el cual redoblará esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan, que su interés y dedicación son inagotables.

El *Burnout* se considera un proceso continuo, los aspectos esenciales indicados pueden estar presentes en mayor grado o menor grado. Su aparición no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, con un incremento progresivo en la severidad (ver Tabla 1). Podemos distinguir un primer momento en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés.

Una segunda fase sería exceso o sobre esfuerzo en la que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. La situación exigiría del sujeto una adaptación psicológica.

El enfrentamiento defensivo correspondería a la tercera fase en la que se va a producir un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas.

Tabla 1. Estados sucesivos del *Burnout* (Álvarez y Fernández, 1991, p. 258).

1.a Fase		2.a Fase		3.a Fase
Stress laboral		Exceso o sobreesfuerzo		Enfrentamiento defensivo
Demandas  Recursos	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamiento</li> <li>• Emocional</li> <li>• Retirada</li> <li>• Cinismo</li> <li>• Rigidez</li> </ul>

Según esta sucesión de etapas, el “*Burnout*” propiamente dicho, aparecería en la fase final y vendría a ser una respuesta a una situación laboral intolerable Golembiewski & Muzenrider (1989); Einsiede & Tully (1980). Los autores están de acuerdo en considerar el desgaste profesional como un proceso, existen pocos estudios exploratorios que distingan con claridad estas etapas.

### 3.5 Síntomas del síndrome de *Burnout*

Los síntomas del síndrome de *Burnout* se agrupan en cuatro áreas (ver Tabla 2): los psicósomáticos, los conductuales, los emocionales y los defensivos, descritos todos ellos en la variedad de estudios realizado.

Tabla 2. Síntomas del síndrome de *Burnout* (Álvarez y Fernández, 1991, p. 259).

<b>Psicósomáticos:</b> Fatiga crónica, dolores de cabeza frecuente, problemas de sueño, úlceras u otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, perdida de ciclos menstruales.	Los signos psicósomáticos son a menudo tempranos signos de “ <i>Burnout</i> ” y dentro de ellos se incluyen las quejas de fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza y estómago, ulcera o desordenes gastrointestinales, pérdida de peso entre otros.
<b>Conductuales:</b> Abstencionismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).	Los signos conductuales observados fueron el ausentismo laboral, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo tales como conducción imprudente, aficiones suicidas. Incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.

<p><b>Emocionales:</b> Distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.</p>	<p>Dentro de los signos emocionales está el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, los celos de llegar a convertirse en una persona poco estimada que pueden degenerar en sentimientos paranoicos. Suelen ser frecuentemente la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada por la persona. Se produce así un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios.</p>
<p><b>Defensivos:</b> Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.</p>	<p>Los signos surgen de la necesidad de los sujetos con “<i>Burnout</i>” para aceptar sus sentimientos. La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable. La supresión consiente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas, la atención selectiva y la intelectualización, son otras formas de evitar la experiencia negativa.</p>

### 3.6 Medición del *Burnout*

En 1981 se desarrolló el instrumento llamado *Maslach Burnout Inventory-Human Services*, el cual se aplicó sólo a trabajadores que tienen contacto con otros individuo. Posteriormente en 1996 se amplió el instrumento donde ya se estudió dicho síndrome en otro tipo de personas que laboran fuera de los servicios humanos, tales como administrativos, empleados de mantenimiento, directivos, staff de universidad, ingenieros, entre otros, siendo conocido como *MBI- General Survey*; en donde independientemente del área se presentan las tres dimensiones de la patología: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal (Schaufeli & Bakker, 2004).

El segundo avance de la investigación que ha realizado *Maslach* relacionada con el *Burnout* fue en el año 2000, donde manejó un cambio del *Burnout* hacia el *Engagement*, el cual se caracteriza por energía y eficacia, todos opuestos directos del *Burnout*, y en el 2004 Schaufeli y Bakker lo definen como “un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción”.

Cuando las instituciones de salud que no tienen algún diagnóstico sobre la presencia del síndrome de *Burnout* o estrés laboral en su personal, pueden estar ofreciendo una mala calidad de atención a la ciudadanía, lo cual conlleva a una mala imagen tanto del personal como de la institución.

Es una necesidad que en las instituciones de salud tengan datos sobre las condiciones tanto laborales en que se encuentra el personal de salud, como también saber si el personal está presentando estrés laboral, síndrome de *Burnout*, para con esto, evitar una disminución en la productividad y una negatividad en el desempeño, o cuando el personal presenta *Engagement* se debe buscar potencializar para medir el *Burnout* en educadores y personal del sector de servicios (personal de enfermería, asistentes sociales, etc.).

La escala evaluaba tres dimensiones por medio de tres subescalas. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de forma rápida sencilla ha sido muy utilizada, facilitando así que la definición de *Burnout* implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada. Este instrumento ya fue publicada en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (Salanova, Peiro & Schaufeli, 2000).

La investigación reciente sobre el síndrome de *Burnout* (estar "quemado" por el trabajo) con sus tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional ha puesto de manifiesto la tendencia en el estudio tradicional del concepto a la ampliación a todo tipo de profesiones e incluso a estudiantes universitarios (*Burnout* académico) entendiendo el trabajo en un sentido más amplio y a los estudiantes como "trabajadores" susceptibles de sufrir desgaste y *Burnout*.

La publicación del MBI-SS (*Maslach Burnout Inventory-Student Survey*) (Maslach & Jackson, 1986) por Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma y Bakker (2002) ha hecho posible medir el "*Burnout*", fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al "estudio". De este modo, a través de la investigación empírica se ha podido demostrar que los

estudiantes también se queman por sus estudios, demostrando niveles de agotamiento, cinismo e ineficacia respecto a sus actividades académicas.

Tabla 3. Evolución del concepto del *Burnout* y sus instrumentos de medición (Schaufeli & Salanova, 2005)

<b>MEDIDA DEL <i>BURNOUT</i></b>			
Año	Dimensiones que comprenden el síndrome	Instrumento de Medición	Muestra
1981	Agotamiento Despersonalización Baja realización personal	MBI- Human Services. (Maslach y Jackson, 1981)	Profesionales de ayuda y Servicios
1996	Agotamiento Cinismo Ineficacia profesional	MBI- General Survey. (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1986)	Todo tipo de profesionales
2002	Agotamiento Cinismo Ineficacia	MBA-Student Survey. (Schaufel, Salanova, González - Romá y Bkker, 2002)	Estudiantes universitarios

*Burnout*: síndrome de agotamiento físico y emocional que genera el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, bajo auto concepto y pérdida de motivación e interés del trabajador hacia los usuarios (Maslach & Pines, 1979), factores de *Burnout* de la Escala de Desgaste Ocupacional de Uribe (2007).

- Agotamiento emocional: es la pérdida progresiva de energía o el agotamiento de recursos emocionales propios, además de la presencia de cansancio, desgaste y fatiga. El trabajador se siente emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y sostenido con personas que atiende como objeto de su trabajo.
- Despersonalización: desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Se manifiesta por la presentación de

irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.).

- Falta de realización personal: son 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 a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Tanto en el ámbito internacional y en México, han emergido fenómenos organizacionales negativos que tienen efectos indeseables en la salud y bienestar del capital humano, como lo son el estrés, el acoso laboral y el *Burnout*. Son varias las publicaciones que hablan de la administración eficiente de las organizaciones, pero que olvidan considerar e investigar el aspecto humano y social de sus empleados. Sin embargo, hay investigaciones como la de Maslach y Jackson (1981) y Uribe (2007); que advierten sobre las pérdidas económicas y humanas que el *Burnout*. Por estas razones se justifica extender la investigación en diversos contextos organizacionales para conocer la gravedad del *Burnout*, los factores asociados y sus consecuencias en la salud y bienestar.

De acuerdo con Uribe (2007), una de las aportaciones de la psicología de la salud ocupacional ha sido el estudio del estrés y el Desgaste Ocupacional, particularmente en el mundo del trabajo; el cual, a pesar de haber sido investigado ampliamente, éste cuenta con muchos significados y definiciones que aún se discuten sin llegar a muchos consensos.

Las respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas del proceso de estrés pueden convertirse con su prolongación en el tiempo en consecuencias; es decir, la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral convierten lo que fue una simple respuesta en

consecuencias más o menos permanentes que afectan significativamente el ritmo de vida de la gente en términos de disminución de desempeño laboral, acompañado de agotamiento emocional y sentimientos de minusvalía, los cuales se combinan con una serie de malestares físicos y somáticos en una espiral de deterioro con finales de enfermedad (por ejemplo, depresión, asma, hipertensión, dolores, impotencia sexual, infartos, diabetes, etc.); así entonces, estas consecuencias constituyen el Desgaste Ocupacional.

Freudenberger (1986), Maslach y Pines (1979) y Uribe (2007) después de estudiar el síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo, en ciertas organizaciones de servicio, decidieron denominarlo “*Burnout*” (también llamado síndrome de estar quemado o síndrome de Desgaste Ocupacional).

Perlman y Hartman (1982), después de una amplia revisión de la literatura al respecto, concluyeron que el *Burnout* es una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización. Los trabajadores sufren alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, etc. Para la empresa se produce un deterioro de la calidad en el servicio por parte del empleado que sufre el síndrome, ausentismo, problemas de asiduidad, abandono de trabajo, rotación de personal y conflictos entre trabajadores, además del conflicto mismo del rol en el trabajo.

Cabe mencionar que el instrumento más utilizado en México para medir *Burnout* es el MBI de Maslach y Jackson (1981), el cual consta de 22 reactivos, y se basa en los tres factores antes mencionados (Agotamiento, Despersonalización y Satisfacción). Sin embargo este instrumento no está validado y normalizado en México, por lo que Uribe (2007), desarrolló un cuestionario

válido y confiable, denominado Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), una escala desarrollada con y para mexicanos, basada en los tres factores.

Uribe denomina la tercer dimensión cómo Insatisfacción de logro y obtuvo, mediante un análisis factorial exploratorio, índices satisfactorios de confiabilidad y validez de constructo. Dicho instrumento mostró validez en una primera fase con variables demográficas (edad, sexo, número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, tabaquismo, horas libres y trabajo), y de igual manera mostró relaciones significativas con variables psicosomáticas (trastornos del sueño, del dolor, neuróticos, gástricos, depresión, ansiedad y psicosexuales).

Es importante señalar que en México el término *Burnout* está siendo substituido por Desgaste Ocupacional, debido a que Uribe (2008), mediante la técnica de redes semánticas, descubrió que este término es más apropiado en nuestro contexto; por esta razón en este estudio se aplica de manera indistinta *Burnout* y Desgaste Ocupacional.

### **3.7 Variables antecedentes del *Burnout***

Insatisfacción de logro: es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y a presentar respuestas negativas hacia sí mismos y el trabajo.

### **3.8 Variables que influyen en el desarrollo del *Burnout***

El síndrome de *Burnout* que es básicamente el resultado de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables: Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales.

### **3.9 Variables individuales**

Las puntuaciones en *Burnout* entre hombres y mujeres el género parece ser una variable que diferencia, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan más alto en agotamiento y en ineficacia profesional que los hombres; en cambio, algunos estudios han puesto de manifiesto la tendencia de los hombres a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo. Por otra parte no podemos olvidar el rol que tienen las variables de personalidad dentro del desarrollo del *Burnout*. Así se ha demostrado que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y manifiestan un locus de control externo (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos tienen el control sobre este orden), son más vulnerables de sufrir *Burnout*.

### **3.10 Variables sociales**

Las variables de carácter social como el apoyo social es manifiesto, ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, etc.). El apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

### **3.11 Variables organizacionales**

Por otra parte las variables personales y sociales pueden afectar a la aparición del *Burnout*, en cambio las variables organizacionales, básicamente aquellas vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo desencadenan. De esta manera, factores como el contenido del puesto, la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio) o el clima organizacional, pueden convertirse en desencadenantes del síndrome de *Burnout* y deberán tenerse en cuenta a la hora de diseñar la prevención psicosocial a nivel primario (Ver Figura 8).

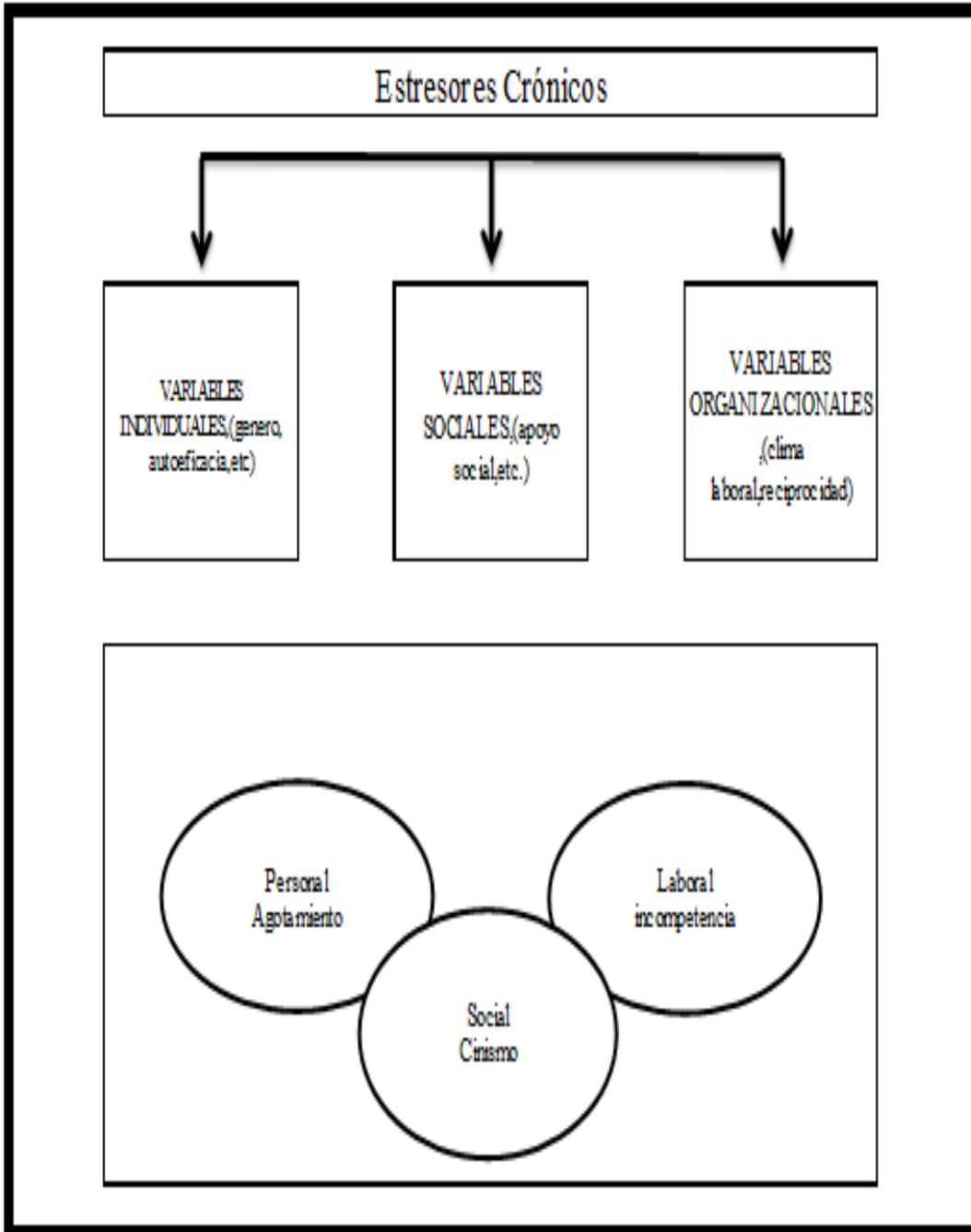


Figura 8. Proceso del de *Burnout* y variables (Schaufeli & Salanova, 2005).

## **CAPÍTULO 4 AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

### **4.1 Tipos de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984), definen el afrontamiento desde su teoría afirmando que es la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes.

Se pueden decir entonces, que el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica por estas, considerando entonces ocho estrategias de afrontamientos que son las siguientes: confrontativa, distanciamiento, solución de problemas, apoyo social, responsabilidad, escape-evitación, autocontrol y reevaluación positiva (Lazarus y Folkman, 1984).

Los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos estructurales y culturales, (Pastor, Marin, & López, 1993). Para tener mayor claridad, es relevante decir que los recursos culturales, tienen que ver con las creencias que la persona tiene, y con los procesos de atribución causal, tales creencias, valores, normas entre otros, vienen dados por la cultura propia del individuo.

Los recursos estructurales se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprenden la organización de un sistema social y los subsistemas y redes que esto incluye. Los recursos sociales se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Por su parte los recursos psicológicos se refieren a los

estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios comportamentales del individuo. Finalmente están los físicos, que se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas del organismo (Brewen, Metsch & Zenilman, 2002).

#### **4.2 Estrategia de afrontamiento de *Burnout***

Fuste y Ruiz (2000), señalan que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que individuo tiene para hacer frente al efecto del estrés, añaden que con esta capacidad se emite una respuesta emocional tras la valoración que se hace de la situación. Por otro lado, Gard (1999), conceptualiza las estrategias de afrontamiento como un conjunto dinámico de respuesta cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en factores personales del individuo.

Durante más de diez años Watson, Greer, Your, Inayat, Burgess y Robertson (1988), señalaron la importancia de las estrategias de afrontamiento como factor amortiguador del estrés y consiguientemente, como variable capaz de influir en el desarrollo de determinadas enfermedades.

Kenneth & Judith (1998) propone que el sentido de control es un concepto básico cuando de estrategias de afrontamiento se trata. Las respuestas de afrontamiento pueden ser de varios tipos, hay dos categorías fundamentales: las de evitación y las de aproximación. Cohen, French, Benning & Kovecs (2002) refieren que esos dos términos: aproximación y evitación, son conceptos básicos para significar una actividad que está orientada hacia, o se aparta de la amenaza.

El afrontamiento aproximativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas y comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés o a las emociones

negativas concomitantes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas y comportamentales que permiten escapar de, o evitar el problema o a las emociones negativas concomitantes (Tovar, Arrivillaga, Varela & Holguín, 2006).

Las estrategias adaptativas, parecen útiles en la medida en que se reduce el estrés y permiten que la ansiedad llegue a ser perturbadora y permiten un reconocimiento gradual de la amenaza, mientras que las aproximativas, permiten la acción apropiada para detectar y sacar ventajas de los cambios en una situación facilitando la ventilación emocional (Pastor, Marin, & Lopez Roig, 1993).

Folkman (1993), propone que la segunda categoría de estrategias de afrontamiento: mediante la acción orientada al problema y la otra mediante un tipo de afrontamiento paliativo en el que las respuestas se dirigen al manejo o reducción de las emociones asociadas a la situación estresante. Lazarus y Folkman (1984), demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado.

De la teoría sobre el estrés y los procesos cognitivos Lazarus y Folkman (1986) podemos deducir ya un primer recurso para analizar nuestro estilo personal de afrontamiento de los conflictos, que es el análisis de las opciones de conducta de afrontamiento:

¿Cómo actúo ante los problemas?

1. No afrontamiento. Huida, evitación.

Me desintereso, me evado del problema.

2. Afrontamiento centrado en la valoración de los hechos.

Valoro los sucesos de otro modo, les doy otra importancia.

3. Afrontamiento centrado en la emoción asociada a los sucesos.

Modifico o controlo mis sentimientos

4. Afrontamiento centrado en la resolución del problema.

Modifico la situación problemática. Resuelvo.

Cualquiera de las cuatro modalidades puede ser la idónea en distintos contextos.

Finalmente la tercera categoría que proponen (Pastor *et al*, 1993), se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento y que permite distinguir entre afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo, es decir, sus acciones y sus pensamientos.

Por su parte Rodríguez, Esteve & López (2000), nos hablan de estrategias activas y pasivas que reunirán en sí, las categorías anteriormente mencionadas. Estas estrategias están más encaminadas a la forma en que el individuo afronta la situación y los factores que hacen parte de aquella situación.

Según Kubler (1969), las estrategias activas caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas, las que se deriven de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento. Por otro lado Eywenck (1994), nos dice que mientras que el empleo de estrategias en las que se hagas a otros participes de su proceso, serán las estrategias pasivas.

Rodríguez, Pastor y López (1993) hacen referencia al afrontamiento como la respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla o neutralizarla, es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso incluyendo los intentos del individuo

para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Las características que se dan de manera generalizada en este tipo de investigaciones son las siguientes:

- La utilización mayoritaria de medidas de auto informe, generalmente el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1986).
- La utilización de estrategias correlacionales y ausencia de experimentales.
- Los estudios epidemiológicos son meramente descriptivos del número de bajas, tipo, duración, etc. durante un determinado número de cursos académicos. El análisis de numerosas variables socio demográficas, de la personalidad y de la organización, buscando correlaciones de éstas con el *Burnout*.

Sin embargo elevado número de resultados contradictorios hace plantearse la posibilidad de que los procedimientos metodológicos utilizados sean muy flexibles y que la fiabilidad y validez de estas investigaciones pueda verse afectado por las dificultades en definir muchos de los términos utilizados.

En los estudios descriptivos con diseños correlacionales que estudian la relación entre estrés, *Burnout* y otras variables, fundamentalmente socio demográficas, se repiten en casi todos los países. En Alemania Knight-Wegenstein (1973) realizó uno de los estudios pioneros en el ámbito de la educación en el que obtuvo que un 87,6% de los 9129 profesores estudiados aparecieran como afectados por un elevado grado de tensión en el trabajo. También en Alemania, (Kohnen & Barh, 1990), en un estudio realizado sobre 122 profesores, señalaron que solo un 28% informaba de mínimos síntomas de *Burnout* frente a un 43 % con síntomas moderados y un 28,7% con

síntomas severos. En esta línea, se repiten este mismo tipo de investigaciones en países de todo el mundo, señalando en todos elevadas puntuaciones en diversas medidas de estrés y *Burnout*.

Destacan las investigaciones realizadas por Inglaterra (Brenner, 1982), Suecia (Kyriacou, 1980; Capel, 1987; Chakranvorty, 1989), en Malta (Borg y Falzon, 1989) en Austria, (Temme, 1994), en Ucrania (Tomashevskaja, 1978), en Estados Unidos (Pines, Aronson, & Kafry, 1981) y en España (Esteve, 1994).

De gran interés son los estudios que buscan una relación entre bajas laborales y estrés y *Burnout*. En esta línea, (Chakranvorty, 1989) realiza una investigación pionera sobre este tema en la que afirmaba que un 77% de las bajas de larga duración eran debidas a trastornos mentales en una muestra de 1500 profesores con baja laboral. Se encuentra otros estudios relacionan puntuaciones en medidas de *Burnout* (entre ellas la más utilizada es, con diferencia, el MBI) y otras variables socio demográficas (sexo, edad, etc.), con diferentes profesiones comparadas con la de profesores De Haus y Diekstra (1999); Travers y Cooper (1997). Las más estudiadas han sido enfermeras, trabajadoras sociales y médicos, pero en todos los casos los resultados obtenidos señalan a la profesión docente como la más afectada por el síndrome de *Burnout*.

### **4.3 Identificación y Prevención**

Toda organización que pretenda conseguir y mantener el máximo bienestar mental, físico y social de sus trabajadores necesitará disponer de políticas y procedimientos que adopten un enfoque integrado de la salud y la seguridad. Especialmente deberán disponer de una política de salud mental con procedimientos de gestión del estrés, basados en las necesidades de la organización y de los trabajadores y sometidos periódicamente a revisión y evaluación.

Para la prevención del estrés pueden barajarse distintas alternativas, que pueden ser clasificadas como prevención primaria, secundaria o terciaria y centradas en distintas fases del proceso de desarrollo del estrés (Cooper & Cartwrith, 1994).

La prevención primaria se refiere a las acciones dirigidas a reducir o eliminar los factores de estrés (es decir, los orígenes del estrés) y promover positivamente el medio ambiente de trabajo saludable y solidario. La prevención secundaria consiste en la detección y tratamiento precoces de la depresión y la ansiedad a través de la concienciación de los trabajadores y la promoción de las estrategias de control del estrés. La prevención terciaria implica la rehabilitación y recuperación de las personas que han sufrido o sufren problemas graves de salud producidos por estrés. Para desarrollar una política de empresa eficaz y global, los empresarios tienen que integrar estos tres enfoques (Cooper & Cartwright, 1996).

#### **4.4 Prevención primaria**

En primer lugar, la forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar su causa. Para ello puede que sea necesario modificar la política de personal, mejorar los sistemas de comunicación, rediseñar los puestos de trabajo, permitir una mayor participación en la toma de decisiones o conceder una mayor autonomía en los niveles más bajos.

Aunque evidentemente las medidas necesarias variarán en cada organización según los tipos de factores de estrés propios de cada una, todas las intervenciones deben basarse en un diagnóstico previo o en una auditoría del estrés que permita identificar los factores de estrés y las personas afectadas por él.

Normalmente, las auditorías del estrés se basan en cuestionarios auto aplicado que se distribuyen entre los trabajadores de toda la organización, de algunos departamentos o de

algunos centros de trabajo. Además de identificar las fuentes de estrés en el trabajo y las personas más vulnerables al mismo, estos cuestionarios permiten evaluar los niveles de satisfacción con el trabajo, la capacidad de afrontamiento y la salud física y mental, en comparación con otros grupos e industrias similares. Las auditorías del estrés son procedimientos muy eficaces para dirigir los recursos de una organización a las áreas que más los necesitan.

También proporcionan un medio para controlar periódicamente la evolución con el tiempo de los niveles de estrés y la salud de los trabajadores, así como un punto de referencia para evaluar las intervenciones posteriores. Con este fin se utilizan cada vez más instrumentos diagnósticos como el Indicador de estrés ocupacional (Cooper & Payne, 1988).

En general, estos instrumentos son utilizados por los departamentos de salud ocupacional y/o recursos humanos, con la colaboración de un psicólogo. En las empresas más pequeñas, puede que exista la posibilidad de celebrar reuniones con los trabajadores o preparar cuestionarios que se administren de una manera más informal.

En las reuniones con los trabajadores y en los cuestionarios tienen que abordarse los aspectos siguientes:

- Contenido del trabajo y programa de trabajo;
- Condiciones físicas del trabajo;
- Condiciones de empleo y expectativas de los distintos grupos de trabajadores de la empresa;
- Relaciones interpersonales en el trabajo,
- Sistemas de comunicación y medidas de información.

Otra alternativa consiste en pedir a los trabajadores que rellenen un diario del estrés durante varias semanas, registrando todos los acontecimientos estresores vividos durante la jornada

laboral. El conjunto de estos informes, agrupados por grupos o departamentos, puede ser de gran utilidad para identificar las fuentes generales y permanentes de estrés.

▪ **Creación de entornos saludables y redes de apoyo**

Otro aspecto clave de la prevención primaria es la creación de un clima de apoyo que considere el estrés como una característica propia de la vida moderna y no como un signo de debilidad o incompetencia. Los trastornos mentales no discriminan a nadie, pudiendo afectar a cualquier persona, con independencia de su edad, su posición social o su profesión, por tanto los trabajadores no deben sentirse avergonzados por admitir que están teniendo dificultades.

Las organizaciones deben tomar medidas explícitas para erradicar el estigma asociado con tanta frecuencia a los problemas emocionales y para maximizar el apoyo prestado a sus trabajadores (Cooper & RS, 1992). Algunas medidas formales que pueden adoptarse en este sentido son: informar a los trabajadores de los mecanismos de apoyo y asesoramiento existentes en la organización, como los servicios de salud ocupacional.

- Incorporar específicamente aspectos del desarrollo personal a los sistemas de valoración.
- Ampliar y mejorar el “don de gentes” de los directivos y supervisores, para que adopten actitudes de apoyo y puedan enfrentarse con más facilidad a los problemas de los trabajadores.

Lo más importantes es que tanto las empresas como los sindicatos demuestren su compromiso de lucha contra el estrés y de protección de la salud mental en el trabajo. Para ello, puede que sea necesario mejorar los canales de comunicación y erradicar las normas culturales que favorecen el estrés de factores de estrés nuevo o adicional que pueden aparecer como consecuencia de cambios como reestructuraciones o introducción de nuevas tecnologías.

Estos factores de estrés nuevos pueden combatirse con programas de formación o una mayor participación de los trabajadores. La comunicación y la participación de los trabajadores tienen una importancia fundamental para reducir el estrés en el contexto de un cambio organizativo.

#### **4.5 Prevención secundaria**

Las iniciativas correspondientes a esta categoría se centran, en general, en la formación y en la educación y consisten en actividades de concienciación y programas de adquisición de destrezas. Los cursos de educación y gestión del estrés son útiles para ayudar a las personas a reconocer los síntomas del estrés en sí mismas y en los demás, así como para ampliar y desarrollar las destrezas y aptitudes necesarias para afrontar el estrés.

La forma y el contenido de estas actividades de formación son sumamente variables, desde simples técnicas de relajación, asesoramiento y planificación sobre la forma de vida o formación básica en técnicas de administración del tiempo, hasta la adquisición de destrezas para la resolución de problemas o el reforzamiento de la seguridad en uno mismo.

Sus objetivos consisten en ayudar a los trabajadores a analizar los efectos psicológicos del estrés y a diseñar un plan personal para que puedan controlarlo (Cooper, 1996).

Estos programas son muy beneficiosos para los trabajadores, cualquiera que sea su nivel, y resultan especialmente útiles para que los directivos sepan reconocer el estrés en sus subordinados y tomen conciencia de sus propias técnicas de gestión y de su impacto en los demás. Estos programas pueden ser de gran utilidad cuando se inician después de una auditoría del estrés.

### ▪ **Programas de vigilancia y promoción de la salud**

Las organizaciones pueden también, con la ayuda de los profesionales de la salud ocupacional, emprender iniciativas que promuevan directamente una conducta beneficiosa para la salud en el lugar de trabajo, como las siguientes:

- Chequeos periódicos y exploraciones selectivas;
- Diseño de menús “saludables” en los comedores de las empresas;
- Disponibilidad de instalaciones deportivas y clases de educación física;
- Descuentos en algún gimnasio o centro de salud de la localidad;
- Programas de protección cardiovascular;
- Asesoramiento sobre el control del consumo de alcohol y la dieta (especialmente reducción del colesterol, la sal y los azúcares);
- Programas para dejar de fumar,
- Asesoramiento general sobre la forma de vida.

Las organizaciones que no disponen de instalaciones para un departamento de salud ocupacional pueden recurrir a organismos externos para que organicen una serie de programas de promoción de la salud. Los programas de promoción de la salud que existen desde hace tiempo en Estados Unidos han obtenido resultados espectaculares (Kasarek & Theorell, 1990). Por ejemplo, el Programa de Bienestar de la New York Telephone Company, cuyo objetivo era mejorar la salud cardiovascular, ahorró a la empresa 2,7 millones de dólares en costes de absentismo y tratamiento médico en el plazo de tan sólo un año.

Los programas de gestión del estrés y la forma de vida pueden ser especialmente útiles para ayudar a las personas a controlar los factores de estrés en el entorno que pueden haber sido identificados por la organización, pero que no pueden modificarse, p. ej., la inseguridad en el empleo .

#### **4.6 Prevención terciaria**

Un componente importante de la promoción de la salud en el lugar de trabajo es la detección precoz de los problemas de salud mental y la remisión inmediata de los afectados a un lugar donde puedan recibir tratamiento especializado. Casi todas las personas que desarrollan algún trastorno mental se recuperan por completo y pueden reincorporarse al trabajo. En general, es mucho más costosa la jubilación anticipada de una persona por causas médicas y la selección y formación de un sucesor que su recuperación y reincorporación al trabajo. Las organizaciones deben considerar dos aspectos especiales de la prevención terciaria:

**Asesoramiento:** Las organizaciones pueden proporcionar el acceso a servicios confidenciales de asesoramiento profesional para los trabajadores que tiene problemas en su lugar de trabajo o en su entorno familiar (Swanson & Becker, 1997).

**Facilitar la reincorporación al trabajo:** Conviene recordar que, cuando un trabajador ha estado de baja por un motivo relacionado con el estrés, la incorporación puede ser, por sí misma, una experiencia “estresora”. Es importante que las organizaciones comprendan y acepten estas circunstancias (Berridge & Cooper, 1997).

## **CAPÍTULO 5 INTERVENCIÓN EN EL BURNOUT**

### **5.1 Clasificación de las intervenciones en función de sus objetivos**

Para combatir el *Burnout* es crucial saber detectar el problema a tiempo, por lo que el diagnóstico o identificación del síndrome sería el primer objetivo. Una vez hecho, en función de los objetivos que se planteasen para la intervención, se distinguen tres tipos de estrategias para reducirlo: prevención primaria, secundaria y terciaria (Schaufeli, 2005).

La intervención primaria es de carácter general, pues se dirige a todos los empleados; la secundaria es para las personas que presentan riesgo de padecer el síndrome; y la terciaria, para las que ya lo sufren. Por esto, algunos autores hablan de prevención cuando se refieren a la primaria y a la secundaria, y de tratamiento cuando se refieren a la terciaria.

### **5.2 Intervención primaria.**

Su objetivo es reducir o eliminar las fuentes de estrés, adaptando el entorno (físico y psicológico) del trabajo al empleado, desde una perspectiva proactiva. La efectividad de este tipo de intervención es que evita la aparición (o continuidad) de los estresores, sin embargo, hay que tener en cuenta sus elevados costes y lo complicado de su aplicación.

Schaufeli (1999), expone una aproximación a la intervención primaria sobre el estrés, que consta de seis pasos los cuales se describirán a continuación:

- Preparación e introducción.

Al comienzo de la intervención, es conveniente redactar un acuerdo o contrato entre las partes (consultores especialistas y empresa) en el que se especifiquen aspectos como las responsabilidades de cada parte, el procedimiento a seguir, los recursos disponibles y las

fases de la intervención. Es recomendable crear un comité de planificación con personal de la organización que se encargará de coordinar la intervención. Un aspecto fundamental para conseguir la colaboración y el apoyo de los trabajadores es proporcionarles información sobre el proceso que se va a llevar a cabo.

- Identificación de problemas y evaluación de riesgos.

Antes de cualquier acción es imprescindible una evaluación o diagnóstico de los riesgos, tomando como punto de partida la información disponible en la organización.

En este sentido, conviene revisar los registros de ausentismo y bajas laborales y entrevistarse con personas clave, como el médico de la empresa, e involucrar a los trabajadores para que expresen los problemas que encuentran en su trabajo. A partir de esta información se identifican problemas de salud organizacional, y se establece si es necesario, o no, recabar más información.

- La detección temprana del estrés

Esta detección temprana se puede realizar a través del empleo de instrumentos de recogida de información adecuados, permite intervenir antes de que éste resulte un problema más grave. Con los datos obtenidos es aconsejable realizar un informe en el que se especifiquen los inconvenientes más serios y los estresores sobre los que actuar.

- Planificación de la intervención.

Una vez identificados los estresores, es conveniente establecer un orden de prioridad en la intervención. Para ello, Schaufeli propone una serie de aspectos a tener en cuenta, como la ley sobre prevención de riesgos vigente, la severidad de las consecuencias de los

estresores y la capacidad de identificar y resolver los problemas. Además del orden de prioridades, han de estudiarse las distintas acciones que se pueden aplicar a cada problema concreto, teniendo en cuenta tanto sus ventajas como sus inconvenientes.

- Implantación y ejecución de intervenciones.

Ya decididos los programas de intervención y establecido el orden en que se realizarán, hay que ejecutar la intervención propiamente dicha. Debido al carácter complejo del *Burnout* y a sus múltiples causas, es conveniente aplicar intervenciones dirigidas tanto al entorno o puesto de trabajo, como al trabajador. Lo ideal es modificar el entorno, de forma que se reduzcan los estresores, o incluso no lleguen a aparecer (prevención). Sin embargo, esto no siempre es posible, de forma que, en ocasiones, la mejora de las habilidades de los trabajadores puede ayudar también a reducir el nivel de estrés de forma eficaz y en poco tiempo.

- Evaluación de las intervenciones.

El proceso no acaba una vez implantados los programas de intervención, sino que es fundamental su evaluación, no sólo para conocer su eficacia, sino también para modificar los posibles errores cometidos. Informar a los trabajadores de las consecuencias de la intervención puede aumentar su implicación y motivación con el programa.

### **5.3 Intervención secundaria.**

Se trata de intervenciones dirigidas a reducir las consecuencias del estrés sobre la salud de los trabajadores y consisten, esencialmente, en programas de formación para potenciar sus destrezas y mecanismos de afrontamiento. Dos de las ventajas de la intervención secundaria sobre la primaria son:

- Que puede implementarse de forma rápida y sin causar demasiadas molestias en la realización del trabajo diario.
- Que se introduce en situaciones en las que es difícil modificar el estresor.

En cuanto a las limitaciones de la intervención secundaria se ha indicado que, si bien puede reducir los niveles de estrés, su efecto puede desaparecer rápidamente ya que sus causas no se han modificado. En este sentido, diversos autores (Schaufeli, 2005) aconsejan implementar de forma conjunta programas de intervención primaria y secundaria de forma que sus efectos se complementen.

#### **5.4 Intervención terciaria.**

Estos programas se centran en el tratamiento del *Burnout* en los empleados seriamente afectados. Esta intervención es reactiva y su objetivo es reducir las consecuencias negativas del síndrome mediante servicios de asesoramiento personal, internos o externos a la organización, (Schaufeli, 1999).

Disponer de asesores internos tiene la ventaja de que están familiarizados con la situación de la empresa, sin embargo, el trabajador puede preferir acudir a asesores externos no implicados con la organización. En ambos casos, se debe garantizar la confidencialidad de los datos recogidos y tener especial cuidado en la información que se dará a la empresa para no perjudicar a los empleados afectados.

Otro aspecto importante de la intervención terciaria es facilitar la reincorporación al trabajo de aquellos empleados con baja laboral. Dado que el simple regreso ya puede resultar estresante, conviene comprobar (por ejemplo mediante una entrevista), que la persona está en condiciones de comenzar a trabajar, así como ofrecerle la ayuda que necesite.

### 5.5 Clasificación de las intervenciones en función del nivel de actuación

En función del ámbito de la intervención o enfoque al que van dirigidas, se puede dividir en las estrategias en individuales y organizacionales. Muchos autores afirman que la intervención más efectiva sería la que combinara ambas, pero la mayoría se realizan individualmente.

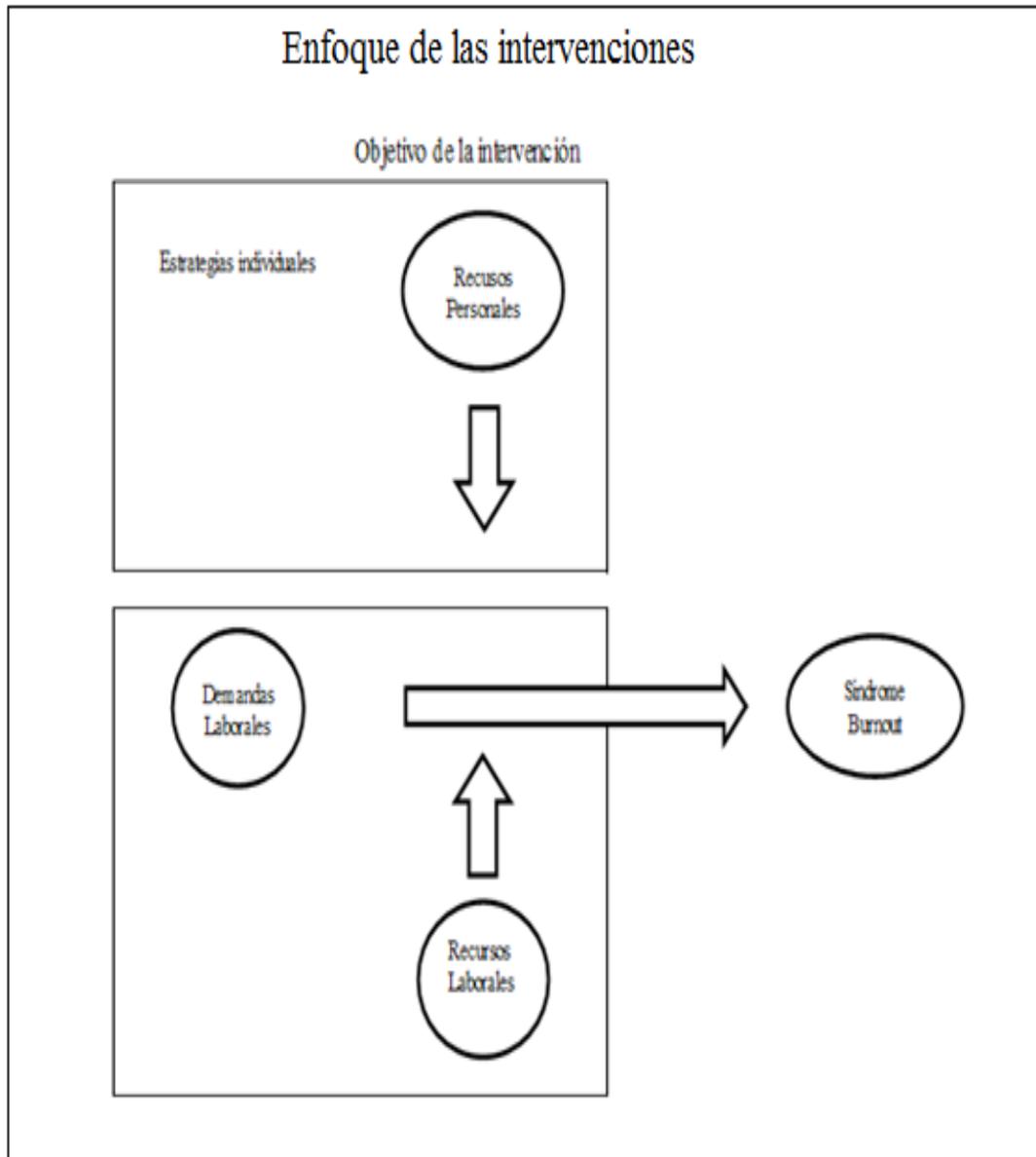


Figura 9. Enfoque de las intervenciones (Schaufeli, 1999, p. 63)

En la Figura 9, se muestra como el enfoque de la intervención puede centrarse en el empleado o en la organización.

Se asume que las demandas laborales conducen al *Burnout*, y que este proceso está influenciado por los recursos personales (como el estilo de afrontamiento activo) y laborales (como el apoyo social o la autonomía), que pueden paliar los efectos negativos de los estresores sobre el nivel de *Burnout*. Cuando el objetivo de la intervención (es decir, identificación, prevención primaria, prevención secundaria y tratamiento), se combina con el foco de atención de la intervención (es decir, individuo u organización), el resultado es una matriz como la que se muestra en la Figura, en ella, se presentan algunos ejemplos tanto de intervenciones individuales como de organizacionales.

Estrategias de intervención <i>Burnout</i>		
Objetivo/Foco	Estrategias individuales	Estrategias organizacionales
Diagnostico/Identificación	≈ Auto-diagnóstico	≈ Auditoria de salud psicosocial ≈ Comprobación de los niveles de <i>Burnout</i>
Prevención Primaria	≈ Gestión del Tiempo ≈ Entrenamiento de habilidades sociales	≈ Mejora del contenido del puesto ≈ Planificación temporal
Prevención Secundaria	≈ Grupos de apoyo ≈ Tutorización y consulta	≈ Programas de acogida a nuevos empleados ≈ Desarrollo organizacional
Prevención Terciaria/Tratamiento	≈ Orientación ≈ Tratamiento psicoterapéutico	≈ Institucionalización de servicios

Figura 10. Estrategias de intervención *Burnout* (Schaufeli, 1999, p. 67).

## 5.6 Intervenciones individuales

Las intervenciones individuales se centran en aumentar los recursos personales del trabajador, por ejemplo, aplicar estrategias para afrontar activamente los problemas, formación para tener seguridad en uno mismo (Schaufeli, 1999)

- Auto-diagnóstico: El hecho de reconocer que el problema existe supone el primer paso para afrontarlo. La idea es centrarse explícitamente en las señales y síntomas de angustia, para que la persona tome conciencia y reconozca que existe un problema. Puede realizarse de maneras distintas, por ejemplo, llevando un diario del estrés (una especie de registro personal diario de los síntomas y de los hechos que se relacionan con ellos). No sólo ofrece información sobre la frecuencia y el contexto de los síntomas concretos, también incluye pensamientos, sentimientos y maneras de afrontarlos.
- Gestión del tiempo: Los empleados con riesgo de padecer *Burnout* generalmente sienten que no tienen el tiempo suficiente para realizar su trabajo, por lo que han de luchar contra la presión temporal. Por ello, con esta estrategia se les entrena para utilizar su tiempo de forma efectiva, estableciendo plazos realistas para la consecución de sus tareas.
- Entrenamiento en habilidades sociales: En la mayoría de trabajos, las habilidades profesionales se consideran más importantes que las interpersonales, sin embargo, para los profesionales de los servicios humanos son cruciales, ya que además de trabajar con personas, han de realizar su trabajo en equipo. Una importante estrategia para reducir el *Burnout* es el entrenamiento en asertividad, donde se enseña cómo responder de forma sincera, atendiendo a lo que uno piensa y quiere. (Breso, Salanova, & Schaufeli, 2005).
- Grupos de mejora: Se trata de formar equipos que trabajen juntos de forma regular para que en ellos se intercambie información, se apoyen unos a otros emocionalmente y

resuelvan problemas laborales. Estos grupos tienen en común que proporcionan reconocimiento, confort, ayuda y compañerismo a cada uno de sus integrantes.

- **Tutorización y consulta:** Se refieren a aquellas situaciones en que se ofrece a los empleados ayuda experta por parte de un colega con más experiencia, un jefe o un supervisor, para solucionar problemas laborales. Su objetivo es dar apoyo al desarrollo profesional. La consulta concierne a un hecho más o menos aislado (por ejemplo, cómo tratar a un cliente concreto), mientras que la tutorización se refiere a una serie de acontecimientos (por ejemplo, cómo tratar con clientes agresivos).
- **Asesoramiento:** Se trata de una metodología activa que busca restaurar el control del empleado sobre su vida laboral, y le estimula a responsabilizarse de nuevo de su propia conducta. Esta técnica consta de tres fases: en la primera de ellas, el sujeto debe entender y aceptar el problema, concienciándose de que sólo puede resolverse con su propio esfuerzo y dedicación. En la segunda, se utilizan técnicas para describir y afrontar el problema (auto diagnóstico, gestión del tiempo, etc.). Y en la tercera y última, el sujeto se prepara para volver a su trabajo mediante una exposición sistemática. Este proceso está totalmente monitorizado por un profesional (médico, trabajador social, orientador, etc.).
- **Tratamiento psicoterapéutico:** Normalmente, con base en los principios de la terapia cognitivo-conductual, por lo que lo llevan a cabo profesionales altamente especializados (psiquiatras, psicólogos clínicos...), y se centra, sobre todo, en procedimientos de autocontrol. El tratamiento se estructura en cuatro fases diferenciadas:  
  
Reducción de los síntomas: Se tratan con técnicas cognitivo-conductuales como activación gradual para el agotamiento, sesiones sobre preocupaciones, condicionamiento

de los impulsos para la incapacidad de relajarse y control de estímulos para la irritabilidad.

Comprensión de la personalidad de uno mismo: Según la experiencia clínica, existen dos tipos de personalidad que presentan mayor vulnerabilidad a padecer *Burnout*: la narcisista y la obsesiva-compulsiva. En esta fase, el sujeto aprende a manejar su personalidad basándose en la experiencia anterior. Estos tipos de personalidad se corresponden respectivamente con los prototipos del trabajador seguro de sí mismo, dominante y sociable, y con el trabajador aplicado, diligente y preciso. Mediante técnicas como la evaluación cognitiva, los empleados aprenden a gestionar mejor aquellos rasgos de su personalidad que son problemáticos y que han provocado inconvenientes en el pasado.

- Afrontamiento del problema. Mediante el entrenamiento en habilidades dirigidas a reducir el estrés laboral, como por ejemplo a la hora de presidir una reunión o de hablar en público.
- Adelantarse al futuro. El programa psicoterapéutico finaliza con una discusión sobre el papel del trabajo en la vida del empleado. La mayoría de las personas que sufren *Burnout* ha volcado todas sus energías en el trabajo, a expensas de su vida privada. Por tanto, deben encontrar un equilibrio entre lo que es trabajo y lo que no, entre su vida pública y privada.

## **CAPÍTULO 6 PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD**

Existe una gran preocupación por el estrés laboral en los ámbitos de la investigación. En numerosos trabajos aparecen diversas técnicas y estrategias de afrontamiento. Esta propuesta se presenta en forma detallada las estrategias para afrontar el *Burnout*, en la presentación de un curso.

La propuesta surge debido a que existen diversas publicaciones sobre estrategias de intervención y afrontamiento del *Burnout*, estas suelen estar dispersas y poco desarrolladas, por lo que propongo elaborar una estrategia (Curso para prevenir y afrontar el *Burnout*) para ayudar a prevenir y afrontar el síndrome de *Burnout*, que pueda ser adaptada a cualquier institución u organización.

El curso consistirá en un conjunto de 10 sesiones grupales cuya duración será de dos horas por sesión, durante dos semanas, con un total de 20 horas. Los objetivos de este curso de prevención y afrontamiento del *Burnout* son prevenir o disminuir el síndrome en el personal de salud, sirviéndonos del contenido de las sesiones grupales para que adquieran diferentes conocimientos y habilidades que ayuden a este propósito. Las sesiones que se presentan a continuación se estructuran en base a los tres niveles mencionados en este trabajo: el individual, el grupal y el organizacional, por lo que esta propuesta abarcará estos tres niveles.

### **Estrategias de nivel individual.**

Sesión nº 1: El síndrome de *Burnout* en el personal de salud.

En esta sesión se analizará conceptualmente el síndrome de *Burnout*, explicando en qué consiste, sus características más generales, sus manifestaciones más evidentes y signos de alerta, sus síntomas y consecuencias y el porqué de este programa, mostrándoles la información de los elevados niveles de *Burnout* en el personal de salud. Con el conocimiento del síndrome estarán preparados para reconocer fuentes de estrés o síntomas de éste. También se explicará de forma breve en qué consistirán las diferentes sesiones y se responderá cualquier pregunta al respecto de lo comentado. Además realizarán el MBI, que es el inventario específico para detectar el *Burnout* en los trabajadores.

#### Sesión n° 2: Manejo eficaz del tiempo

El entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz tiene como objetivo que el personal de salud, aprendan a gestionar su tiempo de forma adecuada priorizando las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible, aumentando la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias y reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia. Para conseguir estos propósitos se darán estrategias como dejar siempre un tiempo para imprevistos, realizar planes diarios de tareas a cumplir, plantearse objetivos realistas, tener pequeños descansos en el trabajo para desconectar de este, tener tiempo libre para realizar alguna actividad placentera para cada uno, y evitar estímulos externos para que no hagan perder el tiempo.

#### Sesión n° 3: Relajación

El objetivo de las técnicas de relajación que realizaremos es reducir los niveles de tensión psicológica a través de la relajación física. Demostración de técnica de relajación, cuyo objetivo es relajarse en un espacio de tiempo muy limitado y en una situación natural. Por lo que esta

técnica será de mayor utilidad cuando tratamos de controlar los síntomas del síndrome de *Burnout* en un momento de estrés y ansiedad concretos.

#### Sesión nº 4: Solución de problemas

Con la técnica de solución de problemas se pretende ayudar a las personas en la toma de decisiones ante sus problemas habituales consistiendo en la identificación del problema, el análisis de alternativas posibles, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones sobre la solución más adecuada. Se realizará con problemas reales que los trabajadores pueden encontrar en el día a día en su puesto de trabajo.

#### Sesión nº 5: Ejercicio físico

El ejercicio físico es beneficioso para la salud en general y para el estrés en particular. El objetivo es explicar al personal que a través del ejercicio físico se puede obtener una mejor respuesta ante los estresores. En esta sesión se explicará el beneficio de realizar ejercicio físico en forma continua y regularmente, se indicarán los ejercicios físicos más beneficiosos contra el estrés y *Burnout*, que son los de tipo aeróbico, así como la manera de realizarlos, respondiendo dudas que puedan surgir sobre las actividades físicas indicadas.

### **Estrategias de nivel grupal**

#### Sesión nº 6: Pautas para mejorar el ambiente del centro.

El objetivo de esta sesión es que el personal de salud, aprendan a llevar mejor el trabajo en el centro. Para ello se darán estrategias para conseguir un ambiente de trabajo sano, describiendo el rol del personal con sus obligaciones y derechos, para conocerlo bien y eliminar el malestar y

estrés que provoca la ambigüedad sobre estos términos y se explicará la manera adecuada de llevar a cabo la carga lectiva y laboral de manera que no nos sobrepase dando ciertas pautas.

Sesión nº 7: Asertividad.

En esta sesión se abordará el tema de la asertividad explicando en qué consiste este término: la asertividad positiva y negativa y los comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. Se explicarán diversas técnicas de asertividad (como la del disco rayado) para por último realizar un *role-playing* de una situación que se puede dar en el colegio para aplicar lo aprendido en la sesión.

Sesión nº 8: La comunicación.

El objetivo de esta sesión es mejorar las habilidades de comunicación básicas para poder aplicarlas en situaciones interpersonales conflictivas que pueden presentarse en el centro de trabajo. Para ello se explicarán los componentes básicos del proceso de comunicación. Se trabajará la comunicación verbal y la no verbal, la postura, la distancia y sus tipos en una conversación, la mirada, la expresión facial, los gestos, el volumen y entonación del habla y la fluidez.

### **Estrategias a nivel organizacional**

Sesión nº 9: Estrategias dirigidas a la organización.

El objetivo de esta sesión es mostrar como desde la organización se pueden tomar ciertas medidas para la prevención y afrontamiento del síndrome de *Burnout* y que puedan ser aplicadas.

Para contribuir a la prevención y afrontamiento del *Burnout* desde la organización se debe informar sobre el síndrome de *Burnout* al personal de salud que forman parte del centro de manera que conozcan cómo prevenirlo y detectarlo y afrontarlo en caso de padecerlo, otro aspecto importante es aumentar la participación del personal de salud para fomentar redes de apoyo entre los compañeros, ocio y desarrollo personal y profesional.

La mejor manera de abordar estas estrategias es que desde la organización se realice una dirección participativa donde se escuchen las propuestas y demandas de parte del personal de salud.

Sesión nº 10: Recomendaciones.

En esta última sesión se indicará lo adecuado de seguir realizando las técnicas aprendidas a lo largo del programa, a la vez que se explicarán otras estrategias mostrando los beneficios que se conseguirán siguiéndolas, algunas de ellas son realizar actividades placenteras en el tiempo libre, el mantener unos correctos hábitos de sueño, alimentación. Después de esto se les pedirá que unos meses después realicen de nuevo el MBI.

A continuación se presentan las cartas descriptivas de cada una de estas sesiones y se anexan el cuestionario del MBI y los carteles de difusión como parte de la propuesta.

## CARTAS DESCRIPTIVAS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### Objetivos generales:

Proporcionar los conocimientos, estrategias y habilidades necesarias para afrontar y prevenir el síndrome de *Burnout*.

Al término del curso los participantes es serán capaces de:

- Reconocerá el impacto del *Burnout*, conocerán los criterios y contara con las herramientas para diseñar y realizar evaluaciones de los riesgos psicosociales y sus consecuencias con el fin de promover y diseñar condiciones psicosociales laborales adecuadas.
- Aprenderán criterios y herramientas para la promoción de condiciones psicosociales laborales adecuadas para prevenir el *Burnout*.
- Conocerán algunos criterios y herramientas para prevenir y manejar el estrés a nivel individual, grupal y organizacional.

### Objetivos específicos:

Poner en marcha las principales técnicas para el control, manejo y afrontamiento del síndrome de *Burnout*

Al término del curso los participantes serán capaces de:

- Conocer qué es el Síndrome de *Burnout*.
- Conocer los principales síntomas del síndrome.
- Identificar aquellas situaciones que actúan como desencadenantes del desgaste ocupacional.

### Metodología:

Utilizará la metodología de un curso.

Cada tema se desarrollará en sesiones de dos diarias durante dos semanas. En un total de 20 horas.

Fecha, horario y lugar del curso del 08 al 19 de junio de 2015. Horario de 10:00 h a 12:00 h. Salón de Formación del Hospital.

Se desarrollarán actividades tales como:

- Tormenta de ideas
- Ejercicios individuales
- Casos prácticos
- Actividades de grupo

**Público al que va dirigido:**

- Al personal de salud que tenga una antigüedad de menos de 4 años.

Psicólogos, Trabajo Social, Médico y Enfermería.

**Escenario**

- Salón de formación del Hospital.

**Instrumento**

- Cuestionario de (MBI Inventario de Burnout de Maslach)

Aspectos que evalúa son: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal.

**Limitaciones:**

- La propuesta está enfocada a prevenir el *Burnout* en el centro de trabajo.

**Sugerencias:**

- Informar oportunamente a todos los participantes.
- Mantener comunicación con los directivos de la institución.

<b>Datos Generales</b>		
Duración	Números de sesiones	Número de participantes
Dos semanas	20 Horas	30
Perfil de ingreso del participante		
	Trabajadores de salud.	
Requerimientos		
	Aula ventilada con sillas y mesas Equipo de cómputo Cañón / Pantalla Pizarrón Marcadores para pizarrón Los Que se señalen en cada actividad	
Propósito del curso		
	Conocerán como prevenir y afrontar el <i>Burnout</i> .	

Tema 1: El síndrome de <i>Burnout</i> en el personal de Salud			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentarse al grupo. Entregar a cada participante una etiqueta auto-adherible y solicitar que escriban su nombre o alguna forma por la cual les gusta ser llamados.. 2) Entregar un post-it y pedirles que escriban lo que esperan aprender con el curso. 3) Leer algunas aportaciones al grupo. 4) Posteriormente comente brevemente el porqué del curso, la manera de trabajo y establezca con el grupo las reglas de trabajo para la sesión.	-Realizar la presentación y la introducción del curso	-Etiquetas -Plumones -Post-it -Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	5) Introducción al curso. 6) Conceptos del Síndrome de <i>Burnout</i> . 7) Características Generales (síntomas) 8) -Aplicación de cuestionario MBI.	-Sensibilizar a los participantes en el porqué de un curso de esta naturaleza y en la responsabilidad que tienen para promover que es el <i>Burnout</i> .	-Presentación PPT	-Grupal

Tema 2: Manejo eficaz del tiempo			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1 -Explicación de temas teóricos con diapositivas y exposición oral.	- Los participantes aprenderán a administrar su tiempo y jerarquizar prioridades.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2 -Actividades y dinámicas de apoyo a la información.	-Sensibilizar a los participantes en el manejo del tiempo ya que este ayudara a la reducción del estrés.	-Hojas blancas y plumones	-Equipos

<b>Tema 3: Respiración y relajación</b>			<b>Tiempo: 120 minutos</b>	
<b>Tiempo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Interacción</b>
<b>45'</b>	1) Explicación de la técnica de respiración	- Los participantes aprenderán a utilizar la técnica en situaciones de estrés	- Presentación PPT	- Grupal
<b>20'</b>	<b>RECESO</b>			
<b>45'</b>	2) Realización de la técnica de respiración. 3) Técnica de relajación física	- Mediante la práctica los participantes utilizarán la técnica de respiración en situaciones de estrés.  - Mediante la técnica de relajación el objetivo es reducir los niveles de tensión psicológica a través de la relajación física, en situaciones de estrés.	- Instructor y participantes	- Equipos

Tema 4: Solución de problemas			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentación de la técnica de solución de problemas	Los participantes conocerán los pasos para solucionar un problema mediante la técnica.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45	2) Pasos para solucionar un problema 3) Lluvia de ideas	Con la técnica de solución de problemas se pretende ayudar a las personas en la toma de decisiones ante sus problemas habituales consistiendo en la identificación del problema, el análisis de alternativas posibles, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones sobre la solución más adecuada.	- Instructor y participantes - Pizarrón para lluvia de ideas	-Equipos

<b>Tema 5: Ejercicio físico</b>			<b>Tiempo: 120 minutos</b>	
<b>Tiempo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Interacción</b>
<b>45'</b>	1) Explicación de los beneficios del ejercicio físico	Los participantes conocerán los beneficios que conlleva la realización de rutinas de ejercicio físico.	-Presentación PPT	-Grupal
<b>20'</b>	<b>RECESO</b>			
<b>45'</b>	2) Realizar ejercicios, prácticos en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notarán el beneficio que proporciona el ejercicio y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	-Equipos

<b>Tema 6: Pautas para mejorar el ambiente del centro.</b>			<b>Tiempo: 120 minutos</b>	
<b>Tiempo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Interacción</b>
<b>45'</b>	1) Explicación de la estrategia para conseguir un ambiente de trabajo sano	El objetivo de esta sesión es que el personal de salud, aprendan a lograr un mejor ambiente de trabajo en el centro.	-Presentación PPT	-Grupal
<b>20'</b>	<b>RECESO</b>			
<b>45'</b>	2) Dinámicas, prácticos en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notaran el beneficio que proporciona el ejercicio y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	-Equipos

Tema 7: Asertividad			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Términos de asertividad positiva y negativa	Los participantes conocerán los conceptos básicos de la asertividad aplicados al proceso de comunicación, con el objeto de mejorar los canales de comunicación en el ambiente laboral.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Comportamiento asertivo, pasivo, agresivo. 3) Técnica del disco rayado 4) Banco de niebla	Los participantes conocerán diversas técnicas de asertividad  El participante aprenderá a repetir el mismo argumento una y otra vez de forma paciente y tranquila sin entrar en discusiones.  El participante identificará si puede estar de acuerdo en parte o de acuerdo en el principio	- Presentación PPT - Instructor y participantes	-Grupal

<b>Tema 8: Comunicación</b>			<b>Tiempo: 120 minutos</b>	
<b>Tiempo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Interacción</b>
<b>35'</b>	1) Explicación de los componentes básicos del proceso de comunicación. 2) Comunicación verbal y no verbal	Los participantes aprenderán a mejorar las habilidades de comunicación básicas para poder aplicarlas en situaciones interpersonales conflictivas que pueden presentarse en el centro de trabajo.	-Presentación PPT	-Grupal
<b>10'</b>	<b>RECESO</b>			
<b>25'</b>	3) Dinámicas de Juegos de sigue al líder, y pantomimas 4) Dinámica del teléfono descompuesto	El objetivo del curso de comunicación efectiva es que, a través de su participación activa, los participantes se sensibilicen al desarrollo de actitudes de apertura, flexibilidad y asertividad en su comunicación interna y externa.	- Instructor y participantes	-Grupal

Tema 9: Estrategias dirigidas a la organización			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentación de medidas preventivas a nivel organizacional	Los participantes conocerán la medidas preventivas que se están tomando dentro de la organización sobre el síndrome de <i>Burnout</i>	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Propuestas de medidas preventivas por parte de la organización y dinámicas en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notaran el beneficio que y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	-Equipos

Tema 10: Recomendaciones			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Practicar y dar continuidad a lo aprendido en el curso. 2) Programar fecha para aplicar nuevamente el MBI.	Los participantes cuentan con los conocimientos y las herramientas para afrontar el <i>Burnout</i>	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	3) Dinámicas prácticas y sencillas para que se realicen en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notaran el beneficio que proporciona las medidas de prevención, y los beneficios que este otorga..	- Instructor y participantes	-Equipos

## MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. **Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.** Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

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

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

**AE:** Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

### MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME BURNOUT.

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización 5,10,11,15,22
- Realización 4,7,9,12,17,18,19,21
- Personal

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

<u>Subescala de agotamiento emocional:</u> Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	Puntuación máxima 54.
<u>Subescala de despersonalización:</u> valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	Puntuación máxima 30.
<u>Subescala de realización personal:</u> Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.	Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

## Carteles de difusión

**01**  
Identifica las señales  
cansancio, fatiga, falta de sueño, ansiedad, etc...

**02**  
Ejercitate  
realiza actividades como nadar, correr, caminar etc.

**03**  
Dieta balanceada  
evita la comida chatarra, refrescos, café, alcohol...

**04**  
Convivencia  
convivencia familiar, amigos, compañeros de trabajo...

**05**  
Consulta a un profesional

**5 RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR EL SINDROME DEL QUEMADO (BURNOUT)**

**SINDROME DE BURNOUT**

**SINTOMAS**

**DESPERSONALIZACIÓN**

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL**

**BAJA REALIZACIÓN PERSONAL**

**COMO PREVENIR EL SINDROME DE BURNOUT**

**¿CÓMO REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT?**

COMER SALUDABLEMENTE

DORMIR ENTRE 7 Y 8 HORAS DIARIAS

UTILIZAR TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, COMO LA RESPIRACIÓN PROFUNDA

MANTENER COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA Y AMISTADES

REALIZAR ACTIVIDADES DENTRO DE LA ORGANIZACION PARA SOCIALIZAR

BUSCAR AYUDA

## Conclusiones

En las Instituciones de Salud existen niveles de estrés laboral en los trabajadores principalmente del ámbito asistencial que tienen una antigüedad de uno a cuatro años. En este periodo crítico los trabajadores tienen un deterioro físico y emocional, pero también su personalidad principalmente de Tipo A se relaciona con impaciencia, esfuerzo de logro y su locus de control e influye en su actividad vinculada con su relación interpersonal en situaciones confrontadas con sufrimiento, atención, dolor y riesgo prolongado, a lo cual hay que añadir contextos laborales de alta exigencia y competitividad. A nivel interpersonal, la relación laboral desfavorable entre trabajadores constituye un elemento crucial en el progreso de un cuadro patológico que es la alta competencia y la atmósfera negativa que supone lleva al sujeto a una vulnerabilidad y estados de aislamiento y conflicto en su ambiente personal o familiar. Estos niveles son un factor de riesgo, lo cuales se han convertido en un problema de salud pública con pérdidas económicas.

El estrés laboral puede ser un factor de colapso para las instituciones de salud. A nivel organizacional son numerosas las variables asociadas al *Burnout* entre las cuales se encuentran: clima laboral, el grado de ejecución y autonomía en el trabajo, la ambigüedad de rol, negativa dinámica de trabajo, número de horas de trabajo, el tipo de contrato, bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, falta de comunicación entre el equipo de trabajo, condiciones laborales sobre las que se desenvuelve el personal etc.

Este problema no distingue el puesto que desempeña el trabajador, se dan en todos los niveles desde puestos operativos, medios y ejecutivos. Aunque el burnout no es un fenómeno nuevo, comenzó a identificarse a mediados de la década de los 70 en los Estados Unidos, para el caso de México el Burnout o síndrome de estar quemado es de estudio reciente.

El SDO presenta tres características: a) fatiga crónica causada por trabajar en exceso o por pensar todo el tiempo en el trabajo, b) despersonalización con la gente con que se convive y c) insatisfacción de logro, sentimiento de frustración y desencanto hacia la empresa por sentir que no se les retribuye lo que merece. Sólo reduciendo sus horas de trabajo, durmiendo bien, comiendo de manera sana y explorando sus problemas emocionales, es como se comienzan a superar los problemas físicos que se producen con el SDO y a recuperar su funcionalidad laboral y social.

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles cómo afrontar aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, pacientes, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente y por último, y no por ello menos importante, contamos con estrategias de intervención para tratarlo.

## Referencias

- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model.State of the art. *Journal of Managerial Psychology* (22), 309-328.
- Bakker, A., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior* (62), 341-356.
- Berridge, J, CL Cooper. (1997). *Employee Assistance Programs and Workplace Counselling*. Chichester, Nueva York: wiley
- Borg, M.G y Falzon,J.M. (1989). Stress and job satisfaction among primary school teachers in Malta. *Educational Review* , 41,271-279.
- Brenner, S. (1982). Work,healt,and well-being for Swedish elementary school teacher. *Stress Reseach Reports*, n°158 .
- Breso, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. (2005). ¿Cómo medir el burnout en el trabajo? *Nota técnica de prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo*.
- Brewen, T., Metsch, L., & Zenilman, J. (2002). Use of a public sexually transmitted disease clinic by now HIV positive adults: decreased self-report risk behavior and increased disease incidence. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* , 29(3),289-94.
- Burke, R. (1992). Occupational stress, psychological burnout and anxiety. *Anxiety Stress, and Coping* , 5 (1) 3-6.

- Capel, S. (1987). The incidence of an influences on stress an bournout in secondary school teacher. *Brithish Journal of Educational Psycholgy* , 57,279-288.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of epidemiology* .
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am Journal Epidemiol* (104), 107-123.
- Chakranvorty, B. (1989). Mental health among school teachers. (M. C. Walker, Ed.) *Open University Press* , pp. 69-82.
- Cohen, M., French, A., Benning, L., & Kovecs, A. (2002). Causes of death among women whithuman immunodeficiency virus infectin in the era of combination antiretroviral therapy. *Amerucan Journal of Medicine* (113), 91-98.
- Cooper, C. (1996). *Handbook of Stress, Medicine and Health*.
- Cooper, C., & Cartwright, S. (1996). *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits*. Dublin: Fundacion Europea.
- Cooper, C., & Cartwrith, S. (1994). *Mental Health and Stress in the Workplace: A Guide to Employers*. Londres: HSMO.
- Cooper, C., & Payne, R. (1988). *Causes, Coping, Consequences of Stress at Work*.
- Cooper, C., & RS, B. (1992). Predictive validity of the strain componet of the occupational stress indicator. *Stress Medicine* (8), 57-60.

- Cox, T., Baldursson, E., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Work & Stress* (Vol. 14). Occupational Health Psychology.
- Cruz Marín, C., & Vargas Fernández, L. (2001). *Estrés entenderlo es manejarlo*. México: Alfa Omega.
- De Heus, P., & Diekstra, R. (1999). Do teachers burn out more easily? A comparison of teacher with other social professions on work stress and burnout symptoms.
- Demerouti, E., & Bakker, A. (2007). The Job demands-resources model. State of the art. *Journal of Managerial Psychology* (22), 309-328.
- Demerouti, E., Bakker, A., De Jonge, J., Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. (27), 279-286.
- Dolan, S. L., Garcia, S., & Diez, P. . (2005). *Autoestima, estrés y trabajo*. México: McGraw Hill.
- Einsiede, I. A., & Tully, H. (1980). Methodological considerations in studying. *Paper presented at the meeting of the American* .
- Esteve, J. (1994). *El malestar docente* (3a ed. Rev. ed.). Barcelona: Paidós.
- Eysenck, H. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in behavior research and therapy* (16), 167-215.
- Feldman, L. (1995). Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples.

- Folkman, S. e. (1993). Stress, control, coping and depressive mood in human. *Journal of Nervous Mental Disease* (181), 409-416.
- Freudenberger, H. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs* , 18,(3) 247-251.
- Fuste, E., & Ruiz, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés percibido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés* , 6,169-189.
- Garcés, E., Teruel, F., & García- Montalvo, C. (1993). *Burnout en deportistas y entrenadores*. Granada: Universidad de Murcia.
- Gard, T. (1999). The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV+ individuals. *Tesis doctoral* .
- Gillespie, D. (1980). Correlates form active and pasives Burnout, types of Burnout. *Journal of social service Research* , 4(2)1-16.
- Gil-Monte, P. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios de diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* , 101-102.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemars por el trabajo. *Anales de psicología* , (15) 261-268.
- Ginsburg, S.G. (1974). The problem of the burned out executive. *Personnel Journal* , 598-600.

Golembiewski, R., & Muzenrider, R. (1989). Phases of burnout: *Development in concepts and applications* .

Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, M. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants. Critical issues un OD research and praxis. *Journal of Applied Bejavioral Science* , 19(4) 461-481.

Guía sobre el estrés ocupacional, Comisión ejecutiva confederal UGT. (2006), 17-18.

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources a new attempt at conceptualizing stress. *AmPsychol* , 513-524.

Hobfoll, S. (2001). Conservation of resources theory: application to stress and managemente in the workplace. New York: Handbook of organizational behavior.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment. *Journal Psychosomat Res* (11), 213-218.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Pyschosomatic Research* , pp. 213-218.

INSL. (2005). *Grupo de trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo*.

Instituto, Nacional Salud. (2007). Estrés.

Karasek, R. (1979). "Job demands, job desicion latitude and metal strain. Implications for job redesing". *Adminstrative Sciencie Quarterly* (24), 285-308.

- Kasarek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work stress, productivity and reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Kenneth, W., & Judith, G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology* (17), 407-424.
- Kleiber, D., & Enzman, D. (1990). Burnout: 15 years of research. *An international bibliography*. Göttinger: Hogrefe.
- Knight-Wegenstein, A. (1973). Die arbeitszeit der Lehrer in der Bundesrepublik Deutschland.
- Kohnen, R., & Barh, A. (1990). Burnout bei Grund-und-Hauptschullehrern-ein gesundheitliches. *Lehrerjournal, Grundschulmagazin*, 10, 154-158.
- Kubler, R. E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. New York: Grijalbo.
- Kyriacou, C. (1980). Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions. *Cambridge Journal of Education*, 10, 154-158.
- Lazarus y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. Nueva York.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. In M. Roca. Barcelona.
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist. *Computer in Human Behaviour* (23), 825-841.
- Mansilla, F. (2011, Enero). Observatorio permanente de riesgo psicosociales. Guía sobre el estrés ocupacional.

- Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV 2001). *IV edición revisada*. Barcelona.
- Marulanda Ruiz, I. C. (2007). *Estrés Laboral enemigo silencioso de la salud mental y satisfacción con la vida*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologists Press*.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* , 2, 99-113.
- Maslach, C., & Pines, A. (1979). *Experiencing social psychology: Readings and projects*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Mingote Adán, J. C., & Pérez García, S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid, España: Diaz de Santos.
- Montalbán, F., Durán, M., & Bravo, M. (2000). El discurso mediático sobre el síndrome de burnout. *Revista de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* , 2(16)103-115.
- OIT. (1986). Psychosocial Factors at Work Recognition and control. *Occupational Safety and Health Series* (56).
- Olza, I. (1999). Estudio de la satisfacción laboral y síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de un hospital general. Zaragoza.
- OMS. (2006, octubre). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos* (suplemento básico de la 45 ), 1-18. Retrieved from [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

- Pastor et al. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad.
- Pastor, M., Marin, J. R., & Lopez Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad [Versión electronica]. *Psicothema* , 5, 349-372.
- Peiró. (2006). Metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL. *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales* , 105-130.
- Peiró, J. (1999b,2000). El modelo AMIGO: Marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las. *Papeles del Psicólogo* , 3-15.
- Peiró, J., & Martinez, T. (2008). *Organizational Development and Change*. In N. Chmiel (Ed) *An Introduction to Work and Organisational Psychology* (2 ed.).
- Perlan, B., & Hartman, E. (1982). Burnout: summary and future research, *Human relations*. 4 (35), 283-305.
- Pines, A., & Aronson, E. (1981). Burnout.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout From tedium to personal growth.
- Prado, F. U. (2010, Septiembre 7). Con posible síndrome de desgaste ocupacional, 40% de mexicanos. *La Jornada* , p. 31.
- Psiquiatría, A. A. (2001). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (IV Edición revisada ed.). Barcelona: Masson.
- Quick, J. C. (1999a). Occupational Health Psychology: . *Health Psychology* , 18, 82-88.

- Quick, J. C. (1999b). Occupational Health Psychology: The convergence of the health and Clinical Psychology with public Health and Preventive Medicine. *Professional Psychology, Research and Practice* , 30, 123-128.
- Raymond, J. S., Wood, D., & Patrick, W. (1990). Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist* , 45, 1146-1158.
- Roberto, R. (2001). *Para superar el estrés*. Barcelona, España: De Cecchi.
- Roberts, C. (1986). Psychoable, or a valuable concept. *British Journal of Hospital Medicine* , 36, 194-197.
- Rodríguez, P.J., Esteve, Z.R. & López, M.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema* (3), 339-345.
- Rodríguez, J., Pastor, M., & López, S. (1993). Afontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* (5), 349-372.
- Salanova, Donovan. (2005). *Autoestima, estrés y trabajo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Salanova, M. (2009). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Sintesis.
- Salanova, M., Peiro, J., & Schaufeli, W. (2000). Self-efficacy Specificity and Burnout among Information Technology Worker: And extension of the job Demands-Control Model. *European Journal of Work and Organizational Psychology* .
- Salanova, M., Schaufeli, W., Xanthopoulou, D., & Bakker, A. (2009). The gain spiral of resources and work eng. (A. Bakker , & M. Leiter, Eds.) *Psychology Press* .

Schaufeli, W. (1999). Stress in Health Professionals: Psychological Organizational Causes and Interventions. 17-32.

Schaufeli. (2005). Intervenciones sobre el síndrome del burnout. *Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales"* , 61-75.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: multisample study. *Journal of organizational Behavior* , pp. 293-315.

Schaufeli, W., & Salanova, M. (2005). *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. Retrieved 5 1, 2015, from Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo: <http://www.insht.es/>

Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., & Jackson, S. (1996). Maslach Burnout Inventory general survey. *Test Manual, Consulting Psychologists Press* .

Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies* , 3,71-92.

Stevan, H. (1989). Conservation of resources a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* , 513-524.

Seligman, M., & Maier, S. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of experimental Psychology: General* (105), 3-46.

Selye, H. (1954). Stress. *Científico médica* .

- Shaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multisample study. (25), 293-315.
- Shturman, S. S. (2005). El poder del estrés. 13.
- Siegrits, J. (1996). "Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work". *Journal of Cross-Cultural Psychology* (1), 27-43.
- Stephen, W., & Cooper, L. (2004). Manejo del estrés en el trabajo,. *Manual moderno* .
- Stora Jean, B. (1992). El estrés. *Presses Universitaires de France* .
- Swanson, NG, AG Becker (1997). Occupational stress and women's health. Psychosocial and Behavioral factors in Women's health care: Washington DC: APA Press
- Temm, C. (1994). StreB im Lehrberuf. Eine österreichweite studie 1993. *Wien:GOD* .
- Tomashevskaja, L. (1978). Influence of the working environment and scope of work on the.
- Tovar, J., Arrivillaga, M., Varela, D., & Holguín, M. (2006). Variables psicológicas en mujeres : Un estudio correlacional. 659-667. Colombia.
- Travers, C., & Cooper, C. (1997). *El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente*. Barcelona: Paidós.
- Uribe, J.F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste: un instrumento de Burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26 (1), 7-21.  
Recuperado de: [http://69.167.133.98/~cincelce/Revistas/gratuita/Rev\\_26\\_N1\\_cap1.pdf](http://69.167.133.98/~cincelce/Revistas/gratuita/Rev_26_N1_cap1.pdf)
- Uribe, P. J. (2008). *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. México.

Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Clarendon Press .

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine* (18) , 203-209.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. *Desgaste psíquico en el trabajo* . Madrid.