



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y SUS
REPERCUSIONES EN EL DESEMPEÑO LABORAL: LA
FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

DARLA MONSERRAT DELGADO COLIN

Directora: Mtra. María de los Ángeles Campos Huichán

Dictaminadores: Mtra. Patricia Suárez Castillo

Lic. Yasmín de Jesús Arriaga Abad



Los Reyes Iztacala, Edo de México,

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Dios:

Por sus bendiciones y por regalarme a tres ángeles que donde quiera que estén los llevo siempre en mis pensamientos.

A mis papás:

Por brindarme una familia amorosa e incondicional, donde aprendí a ser libre, responsable y feliz sin importar lo que pase. Gracias por sus consejos, por su confianza, apoyo y respeto. Los amo con todo mi corazón.

A mis amigos y amigas:

Por todas sus enseñanzas, por los momentos compartidos y por ser los hermanos y hermanas que el amor mutuo y la vida me dieron. Los quiero.

A Mirsha:

Por ser mi compañero, mi amigo, mi contrincante, mi maestro y mi aprendiz. Pero sobretodo gracias por contagiarme tu gran alegría, amor, ternura y bondad. Te amo.

“Deja de pensar en la vida y resuélvete a vivirla”. Paulo Coelho

“Ama hasta convertirte en lo amado, es más, hasta convertirte en el amor”. Facundo Cabral

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1. Las organizaciones.....	9
1.1 Definición.....	9
1.2 Estructura.....	11
1.3 El comportamiento organizacional.....	16
1.3.1 Roles.....	17
1.3.2 Cultura organizacional.....	18
1.3.3 Clima organizacional.....	20
Capítulo 2. Factores que interfieren en el desempeño laboral.....	23
2.1 Desmotivación y Absentismo.....	23
2.2 Estrés laboral.....	26
2.3 Fatiga.....	27
2.3.1 Tipos de fatiga.....	28
Capítulo 3. Síndrome de fatiga crónica (SFC) en las organizaciones.....	30
3.1 Características del síndrome de fatiga crónica.....	30
3.2 Población en riesgo.....	32
3.3 Hipótesis acerca del origen del SFC.....	32
3.4 Diagnóstico del SFC.....	33
3.5 Diferenciación entre el SFC y el burn-out	35

3.6 Consecuencias del SFC en el desempeño laboral.....	36
3.7 Tratamiento del SFC.....	36
3.7.1 Psicoterapia: Enfoque cognitivo-conductual.....	38
3.7.1.1 Relajación progresiva.....	40
3.7.1.2 Entrenamiento autógeno o autogénico de Schulzt.....	40
3.7.1.3 Entrenamiento en inoculación al estrés.....	41
3.7.1.4 Reestructuración cognitiva.....	41
Propuesta de trabajo.....	44
Conclusiones.....	56
Bibliografía.....	59
Anexos.....	65

RESUMEN

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) está conformado por síntomas complejos que pueden afectar la calidad de vida de las personas que lo padecen si no se diagnostica adecuada y oportunamente, ya que produce, depresión, insomnio, irritabilidad, decremento en la atención entre otros y que fácilmente pueden ser confundidos con las características de otras enfermedades. Para un diagnóstico acertado se hace necesario un trabajo multidisciplinario, ya que suele ser muy confuso y en muchas ocasiones es el resultado de descartar otros padecimientos tales como la fibromialgia.

Uno de los escenarios donde se reflejan con mayor frecuencia los efectos negativos del SFC, es el trabajo, debido a que disminuye el rendimiento, se es proclive a los accidentes, y puede incurrirse en absentismo, por mencionarse algunas consecuencias. Sin embargo estas limitantes pueden ser atenuadas si la organización posee roles bien definidos y reglamentos claros y adaptables a las características y necesidades de sus trabajadores, de tal forma que se encuentre preparada para contingencias que no pueden ser reguladas tales como la salud.

La propuesta de trabajo tiene como objetivo proporcionar una alternativa para la identificación del SFC y mejorar así las condiciones de trabajo y vida del trabajador que lo padezca a partir de dos niveles: laboral (masivo) y clínico (individual).

Se enfatizan las habilidades del psicólogo para intervenir eficazmente en el SFC y contribuir a su rehabilitación, a partir de las técnicas más comunes utilizadas en la Terapia Cognitivo-Conductual y de la comprensión de los elementos y procesos que hacen existir a una organización. El presente trabajo tuvo como objetivo describir las diferencias entre la fatiga común y el síndrome de fatiga crónica, sus repercusiones en el desempeño de la persona en el

marco del proceso organizacional, y cuál es la labor del psicólogo en este nuevo reto multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

La psicología, como sea que la consideremos a partir de cada una de las perspectivas teóricas, se encuentra presente en cada área del desarrollo humano; laboral, educativo, clínico, ambiental, del deporte, forense etc. Cabe señalar que entre ellas no son excluyentes, en otras palabras, una sola área puede requerir que se apliquen conocimientos de diversos campos de la psicología. Un caso muy frecuente se da en el escenario laboral, donde al incluir personas en situaciones estresantes, se presentan problemáticas tan complejas que no suelen arreglarse con tan sólo un cambio en el clima organizacional, sino que requieren una intervención clínica individual.

En los últimos años se han investigado aquellas situaciones que interfieren en el desempeño del trabajador, y han surgido términos como el burn-out, el mobbing y el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC); en las primeras dos interfieren elementos del ambiente organizacional tales como: la relación laboral, la satisfacción que le provee la actividad a la que se dedica, la monotonía en su ejecución, la remuneración económica, la distancia que recorre de su hogar al trabajo etc. Sin embargo, estos términos no bastaron para denominar y abarcar todos los problemas a los que se enfrenta el trabajador, por lo cual aparecieron algunos autores que relacionaron problemáticas de naturaleza médica que no habían sido consideradas en esos posibles factores. Uno de ellos fue Mansilla (2003) quien elaboró la hipótesis de la cadena de estrés en las organizaciones y considera un nuevo factor: el Síndrome de Fatiga Crónica que según las líneas de investigación que se han abierto para intentar explicar su etiología, sugieren aspectos físicos (propios del paciente) y ambientales. En este modelo se considera que la persistencia del estrés laboral es acumulativa y puede atravesar tres estadios:

1. Mobbing o Síndrome de Burn-out o Estrés Laboral.

2. Fatiga Laboral: De la que puede recuperarse con descanso o cambio de trabajo.
3. Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) de la que no se recupera ni con tiempo de descanso ni con cambio de trabajo.

La hipótesis acerca del surgimiento del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) abre la polémica acerca de su incidencia en las organizaciones. Sin embargo a pesar de ser un padecimiento que afecta la calidad de vida de la persona, poco se ha indagado sobre los procesos que lo preceden, y sobre cómo enfrentarlo cuando se diagnostica, tanto en el aspecto médico como en el psicológico, para disminuir su impacto negativo en el rendimiento laboral.

En cuanto al aspecto psicológico, existen varias aproximaciones a través de las cuales trata de resolverse, siendo una de las más comunes la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ya que sus técnicas pueden ser adaptadas para aminorar la depresión, la ansiedad y el estrés que acompañan a este síndrome. Comúnmente la TCC ayuda a la persona a aceptar y afrontar los cambios que tendrá que asumir para no comprometer su estabilidad física como es el caso de trabajos extenuantes.

Se hace necesario retomar la literatura existente acerca del SFC, para disminuir la probabilidad de cometer un error al realizar el diagnóstico tanto clínico como laboral. El psicólogo debe poseer competencias que le permitan enfrentar estas problemáticas relacionadas a lo biológico, ya que al tratarse de un ser humano, tendrán que considerarse las implicaciones físicas y mentales para poder ofrecer una atención profesional de calidad. Por esta razón el objetivo del presente trabajo será describir las diferencias entre la fatiga común y el síndrome de fatiga crónica, sus repercusiones en el desempeño de la

persona en el marco del proceso organizacional, y cuál es la labor del psicólogo en este nuevo reto multidisciplinario.

Esta tesina está conformada por 3 capítulos que incluyen los elementos principales vinculados al SFC; las características de las organizaciones (capítulo 1), el papel del individuo para que ésta pueda funcionar así como las consecuencias de no lograrlo (Capítulo 2) y finalmente, los rasgos del SFC y su relación con las disfuncionalidades de la persona tanto en su vida cotidiana como en la laboral (Capítulo 3). En éste se hará énfasis en la intervención del psicólogo, para disminuir las consecuencias cognitivo-conductuales y sociales incapacitantes y así permitir que la persona diagnosticada con SFC incremente sus posibilidades de reincorporación a sus actividades. A continuación se describirán las características del escenario organizacional y su dinámica.

CAPÍTULO 1.

LAS ORGANIZACIONES

1.1 Definición

Las organizaciones son definidas como entidades sociales que se dirigen a metas particulares, poseen estructuras y sistemas coordinados y además se relacionan con un ambiente externo (Daft, 2005). Por su parte Gibson, Ivancevich, y Donnelly (2008), las consideran como entidades que permiten lograr objetivos que no podrían ser alcanzados individualmente.

A través de la disposición de sus recursos humanos y materiales, las organizaciones alcanzan un objetivo delimitado por funciones, formas de comunicarse y normas. Estas normas se derivan de los valores y sistemas de creencias que a su vez son generados a partir de los ideales que persigue la empresa y que influyen en el proceder de sus integrantes, quienes en la mayoría de las ocasiones terminan apropiándoselos (Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden y Plinio, 2002).

Otros autores refieren a la organización como un sistema, ésta es la llamada teoría moderna- donde cada uno de los elementos que la componen posee una relación dependiente entre sí. En esta línea, Muchinsky (2002) propone que son cinco las partes que integran al sistema: a) Individuos; b) Organización formal; que provee la estructura, ya que incluye los puestos laborales; c) Pequeños grupos, esta forma de agrupación permite que el individuo se adapte mejor al área organizacional; d) Estatus y rol, este elemento determina la conducta para cada integrante del sistema, dependiendo

de su lugar en él (director, obrero, gerente etc.) y e) Medio físico, el ambiente físico externo y tecnología de la organización.

La organización produce servicios o productos a partir de los recursos que extrae de su entorno, y esto sólo es posible cuando son entidades formales y sociales que, por su naturaleza, deben ser definidas dinámicamente; por esta razón, Laudon y Laudon (2004) nos ofrecen una descripción más: “Trata de un conjunto de derechos, privilegios, obligaciones y responsabilidades, que con el tiempo llegan a un equilibrio delicado a través de los conflictos y resolución de los mismos” (pág.76).

Como se observa en los párrafos anteriores, existen diversas visiones a partir de las cuales se define lo que se considera una organización, sin embargo se encuentra una idea compartida: la organización busca alcanzar un objetivo particular y para que esto pueda materializarse se hace necesario cumplir con diversos arreglos ambientales y sociales que regulen la conducta de los individuos.

De forma más particular, la organización puede clasificarse, como lo describen Hellriegel, Jackson y Solum (2009), a partir del tipo de relación que la administración organizacional posea con su entorno o sistema, que puede ser abierto o cerrado; el primero, consiste en atender las necesidades o nuevas exigencias sociales, así como mantener un nivel alto de competitividad con otras organizaciones cuyos productos o servicios sean similares. Por su parte, un sistema cerrado se limita a una forma de producción estandarizada. Estos autores de igual forma establecen una jerarquía sobre los factores externos que impactan en la organización, sea de sistema abierto o cerrado:

- Entorno general o macroentorno
- Sistema económico
- Sistema político

- Demografía (Edad, raza y nivel de estudios de la población)
- Ecosistema (Condiciones para su aprovechamiento)
- Fuerzas culturales (Valores que rigen la conducta de los mandos medios y altos)
- Fuerzas político- legales (Sindicatos, leyes y gobierno)
- Fuerzas tecnológicas (Aquel proceso a través del cual se transforman los insumos en productos así como la capacidad de reestructuración)
- Entorno competitivo

La esquematización anterior ofrece una visión general de los elementos económicos, políticos y sociales que rigen a la organización y que pueden ser aprovechados, en un momento inicial, como una guía para definir los objetivos, alcances, necesidades tecnológicas y de recursos humanos para el éxito laboral o en caso de una organización ya establecida, ser un apoyo para el análisis de su estructura (la cual será descrita en el apartado siguiente), la detección de necesidades y factores que determinen el curso del ámbito laboral.

1.2 Estructura

La estructura es aquella parte de la organización que la provee de funcionalidad, como lo mencionan Robbins y Coulter (2005), es la “distribución formal de los empleos dentro de la organización”, ya que aquí se designa el lugar que cada individuo tendrá que ocupar para que los objetivos puedan cumplirse, por lo que de la estructura depende que se faciliten o entorpezcan los procesos de la organización.

La estructura será más compleja dependiendo del tamaño de la organización, asimismo las funciones que se confieran a cada persona que la integra, dependerán idealmente, de su experiencia y habilidad para realizar el trabajo. La representación de la estructura se hace a través del organigrama, que es una figura donde se establecen los puestos de la organización. El organigrama no sólo muestra una jerarquía, sino las funciones y relaciones de coordinación entre las actividades que se deben llevar a cabo, la comunicación interpersonal, así como la distribución y direccionalidad de la autoridad.

La capacidad de las organizaciones de estructurarse y reestructurarse permite que el desempeño laboral se incremente, ya que esta flexibilidad las prepara para adaptarse a condiciones adversas o novedosas, tanto internas como externas (Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden y Plinio, 2002).

Pero ¿Cómo se elabora una estructura organizacional?, Cummings (1997, cit. en Soto, 2002) considera que ésta es el resultado de cinco factores de la organización: entorno, tamaño de la empresa, tecnología, estrategia organizacional y las operaciones globalizadas. Responder a esto sólo es posible al especificar las funciones de cada persona y cómo realizarlas, porque de esta manera se da el sustento para explotar las competencias actuales y desarrollar otras. Además, para que una estructura se considere como tal, deben tomarse en cuenta los controles organizacionales, que son aquellas claves que dirigen la estrategia y regulan los errores, sugiriendo cómo corregirlos.

Específicamente, la estructura organizacional se constituye de formas diversas, para describirlas se hace necesario nombrar sus características. La estructura o diseño organizacional puede ser mecánica u orgánica; y debido a las propiedades intrínsecas de éstas, son mutuamente excluyentes. En la primera, sobresalen la rigidez en sus reglas, el control y formas de hacer muy particulares, es mayoritariamente centralizada, ya que se enaltece la comunicación vertical; es decir, aquella que se da de los elementos más altos

en el organigrama hacia los de menor rango. Vélez (2009) retoma a Max Weber para la delimitación de la estructura burocrática o rígida, surgida durante el capitalismo, haciendo énfasis en que las siguientes características no tienen que presentarse simultáneamente en una sola organización:

- a) Posee continuidad.
- b) Está dirigida a través de normas bien definidas.
- c) Las actividades son deberes oficiales.
- d) Existen áreas jurisdiccionales que delimitan los deberes para los jefes y subordinados.
- e) Posee arreglos para la concreción de objetivos determinados.
- f) La jerarquía está muy definida.
- g) La jerarquización permite que el subordinado pueda apelar a una decisión del superior.
- h) Las reglas y normas se encuentran por escrito.
- i) Se constituye de oficinas, es decir de un conjunto de funcionarios y recursos materiales.
- j) Separación de los funcionarios, instrumentos y administración.
- k) Separación de la actividad y la vida privada del funcionario.
- l) En las actividades oficiales debe haber neutralidad afectiva, evitando así la diseminación.
- m) Existe una carrera administrativa que implica normas para la selección, reclutamiento, promoción y transferencia de los funcionarios.
- n) Sueldo de acuerdo con el nivel, no hay pagos externos.

En la actualidad esta estructura prevalecen, sin embargo al encontrarse en una época con avances tecnológicos incesantes, se presentan diversos inconvenientes de incompatibilidad al ser una estructura de reglas inflexibles, por esta razón, como lo mencionan Hellriegel, Jackson y Slocum (2006), gerentes de empresas transnacionales consideran que un régimen burocrático comúnmente lleva a la ineficiencia, por lo que se recomienda que las estructuras se adapten a las necesidades del mercado y a las características de sus trabajadores.

La estructura orgánica se caracteriza por ser flexible y descentralizada y se enfoca a la comunicación horizontal y la coordinación entre las personas. Guerra (2002) agrega otro tipo de estructura: la matricial, que consiste en que un elemento tenga que reportarse a más de un superior a la vez, esto es debido a que la autoridad se da de forma vertical y horizontal. La desventaja principal de este tipo de diseño es que puede crear confusión acerca de qué actividades o responsabilidades específicas corresponden a cada superior.

Además de que un diseño sea rígido (burocrático), orgánico o matricial, se dice que es formal, cuando se consideran todos los acontecimientos que pueden ocurrir en un momento determinado a la hora de realizar las actividades organizacionales, por su parte, la estructura informal tiene que ver con las interacciones entre el personal que no están contempladas en la estructura formal, pero que la proveen de flexibilidad y permiten que las actividades se lleven a cabo (DuBrin, 2003). Las organizaciones con este tipo de estructura cambian constantemente de lo centralizado a lo descentralizado, ya que difícilmente podrían mantener la autoridad desde una postura tan rígida o completamente dirigida desde los subordinados. Esa plasticidad les permite afrontar cambios y exigencias fortuitas. Estos conceptos de centralización, descentralización y la adaptación, son señalados por el Inter-American Development Bank (2006) (Cit. En Soto, 2002), como factores determinantes del éxito o prevalencia de la organización.

De igual forma, Mantilla y Cante (2005) comentan algunos pasos básicos para elaborar la estructura organizacional los cuales fueron desarrollados inicialmente por Committee of Sponsoring Organizations Of The Threadway Commission (COSO):

1. Definir dónde recaerá la autoridad: En los mandos altos, medios o subordinados o si será compartida.
2. Describir las funciones para cada autoridad.
3. Elaborar políticas de comportamiento y valores para todo el personal.
4. Determinar las actividades para cada elemento del organigrama.

Este modelo se ha considerado un estándar internacional, ya que al incluir lineamientos de control interno, genera una mejor comprensión del funcionamiento del sistema organizacional, tanto de sus procesos como de cada elemento que lo compone.

1.3 El comportamiento Organizacional

Para que una organización se considere como tal no es suficiente tener un grupo de personas, ya que como lo escribe Amorós (2007) se hace necesario entender, describir, controlar y predecir, cómo se conducirán esas personas en las actividades que realicen. Estas funciones recaen en el gerente, quien debe planear, encaminar, y supervisar el trabajo de los subordinados; para poder cumplir los objetivos de la organización, auxiliándose de varios componentes que se describen a continuación.

1.3.1 Roles

Los roles son aquellos papeles que la persona desempeña en su vida diaria, como el de madre/padre, hijo/hija, profesionista etc. Cada uno de estos roles posee expectativas propias que dirigen el actuar del individuo.

Scheinson (2009) explica que, al ser parte de un espacio laboral, cada persona posee un status, del cual se deriva un rol que modera la conducta para mantener al primero. El status puede ser a nivel general o individual, es decir, puede hablarse de un status propio de la empresa (Expectativas del público al que se dirige, tiempo de su creación, etc.) o el que se le asigna a cada individuo (ejecutivo o subordinado). Como se ha escrito anteriormente, la organización es dinámica, por lo que frecuentemente demanda que sus integrantes, cubran varios status y en consecuencia, un sinnúmero de roles que en ocasiones son tan diversos que pueden interferir entre sí, ya que comúnmente uno reclama más tiempo y esfuerzo que otros. Esto lo describen Katz y Kahn (1966) (cit. En: Briggs, 2006) más extensamente e inclusive hacen la siguiente clasificación:

- a) Conflicto de roles: Se deriva de la falta de normas para realizar el trabajo, ya que lo que interesa es llevarlo a cabo sin importar el cómo.
- b) Conflicto interno de roles: Se da cuando el papel a desempeñar posee expectativas diferentes de personas distintas, y no se especifica lo que se debe hacer.
- c) Conflicto entre roles: Es cuando dos roles son incompatibles, es decir, uno impide el desempeño del otro.
- d) Conflicto de roles personales: Aquí, lo que interfiere son los valores o creencias de la persona para cumplir con lo que se espera de ella.
- e) Ambigüedad de roles: Puede tener varias causas; que la persona no entienda su función, que entienda lo que se espera de ella pero que

- f) no sepa cómo hacerlo y que las expectativas sobre el trabajo a realizar, no coincidan entre el individuo y los demás.
- g) Sobrecarga de los roles: Es el resultado de exigencias laborales mayores en cualidad o cantidad que percibe la persona. La sobrecarga cualitativa es aquella donde no se poseen o no se creen poseer las habilidades suficientes para desempeñar la tarea, mientras que la sobrecarga cuantitativa, es cuando se le asigna al dueño del rol más carga de trabajo de la que puede realizar en un tiempo designado.
- h) Insuficiencia de roles: Al contrario de los anteriores, las exigencias no aprovechan las habilidades del poseedor del rol.

Estos conflictos de roles son una de las causas más importantes del estrés laboral que será descrito más adelante.

Mintzberg (1973 cit. en Robbins y Coulter, 2005), por su parte, elaboró una clasificación para los roles de ejecutivo que podían ser interpersonales, de procesamiento de la información y de toma de decisiones que son la condensación de todas aquellos procedimientos que deben llevar a cabo los gerentes para que el comportamiento organizacional pueda cumplir con sus objetivos.

1.3.2 Cultura organizacional

Como se ha mencionado inicialmente, para que una organización pueda desempeñarse adecuadamente, requiere de varios elementos enlazados entre sí que regulen el comportamiento de sus integrantes; normas, valores y creencias compartidas que suelen considerarse como cultura. En la organización se implementa como un sistema para crear una identidad laboral y como un medio para que las personas sepan cómo convivir con los demás, desarrollando así un compromiso y responsabilidad hacia el trabajo. Cuando

este conjunto de normas lleva a cumplir metas, es decir alcanzar el éxito, entonces surge propiamente la cultura organizacional (Daft, 2005).

Como toda cultura, la cultura de las organizaciones está representada por elementos materiales y no materiales, en los primeros se pueden incluir artefactos y toda aquella tecnología que se comparte en el espacio laboral, mientras que lo no material se refiere a todo comportamiento regido por normas y objetivos concretos (Gámez, 2007).

Robbins (2004) explica que la cultura organizacional puede tener varios niveles, ya que aquellos conocimientos que son asumidos por la mayoría de los miembros de la organización son propios de la cultura organizacional dominante, esta provee de una característica distintiva. Sin embargo cuando tenemos una organización extensa, donde las personas se encuentran en subgrupos separados espacialmente, surgen las llamadas subculturas, donde esos subgrupos comparten sólo ciertas reglas de la cultura dominante. La presencia de subculturas, indica una falla en la institucionalización de la cultura, ya que cuando se logra que ésta sea fuerte, produce un apego mayor en las personas evitando así la rotación del personal.

Gámez (2007) menciona que las primeras investigaciones sobre la influencia de la cultura organizacional y la productividad, provienen del ámbito de la administración en la década de los 80's, tratando de dar respuesta al cambio económico y social tan acelerado que se vivía entonces. Hábilmente, los conocimientos recabados se utilizaron como una variable de control y predictibilidad del comportamiento de los individuos a lo interno de las empresas debido a que crean un sentido de lealtad y pertenencia. Por esto, hace hincapié en que el término "cultura" se encuentra mal utilizado ya que éste por definición se refiere a todo aquello que se encuentra en constante cambio y que es creada desde las personas, cosa que no sucede en la organización, ya que como se refiere en los párrafos anteriores, la cultura organizacional, al ser un método de control, debe imponerse (Guerrero, 2002).

1.3.3 Clima organizacional

El clima organizacional es referido por el IICA (Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, 2004) como la moral del grupo, ya que se relaciona con la satisfacción del individuo en la organización, la aceptación de éste en el grupo y que la persona y el grupo compartan objetivos.

Los componentes del clima laboral pueden clasificarse en los seis siguientes grupos que identificó originalmente Del Pulgar (1999):

- a) Componentes individuales: Tales como la motivación, personalidad, aprendizaje, calidad de vida, etc.
- b) Componentes inter e intragrupal: Roles, estatus, normas de grupo, etc.
- c) Componentes jerárquicos: Estilo de mando, poder organizativo, etc.
- d) Componentes organizativos: Estructura, jerarquía, etc.
- e) Componentes funcionales: Capacitación, remuneración, evaluación del rendimiento, etc.
- f) Componentes de la tarea: Cantidad, novedad y calidad.

Según su autor, al considerar estos componentes para implementar un plan de control interno, se fomentan la creatividad, la motivación y la productividad, que se ven precedidas por la “satisfacción” percibida por el trabajador que funciona como la unidad de análisis de la efectividad del clima laboral.

Más recientemente Fuster (2007) realizó una retrospectiva acerca del surgimiento del concepto de clima organizacional, y condensa sus elementos en tan sólo dos grandes grupos cuyos nombres son de origen anglosajón; el primero, es *Atmosphere*, refiriéndose al entorno social donde se desarrolla el individuo; el segundo es *environment*, que engloba el entorno físico donde se

lleva a cabo la labor. Esta diferenciación permite evitar que el clima se torne problemático, ya que se atienden las necesidades de forma eficaz y oportuna.

El clima organizacional provee las condiciones necesarias para que los procesos se faciliten y esto depende, para Rodríguez y Cordero (2002), de cinco factores que son tanto de la organización como propios de la persona: La motivación del individuo, la toma de decisiones, la comunicación, el estilo de liderazgo y las estrategias de motivación. Asimismo esta perspectiva global que el trabajador aprecia de su entorno, puede ser evaluada a partir de tres dimensiones:

- a) Oportunidad de desarrollo: La persona percibe el trabajo como un reto, que al ser alcanzado puede incrementar de complejidad.
- b) Reconocimiento: Aquí se toman en cuenta los reforzamientos o castigos que se aplican en función del resultado obtenido en una tarea determinada.
- c) Contenido del trabajo: Implica la importancia del trabajo a realizar, por lo que se determinará si es interesante o monótono.

Un ambiente desafiante y remunerado, proyecta un clima de productividad y satisfacción psicológica en aquellos individuos que poseen las habilidades, recursos y/o conocimientos para realizar las tareas que se les han asignado.

Martínez (2003) hace una diferenciación entre dos tipos de clima, el primero al cual nombra como autoritario, se caracteriza de dos formas, una, por enaltecer la comunicación vertical, es decir sólo se toman en cuenta las decisiones tomadas por los miembros de la jerarquía más alta en el organigrama, por lo que se actúa a partir de consignas específicas e incuestionables y otra, por ser del tipo paternalista, donde las decisiones siguen tomándose como en la primera pero con algunas sugerencias provenientes de los niveles inferiores, lo cual genera una sensación de condescendencia.

Mientras tanto, el clima de tipo participativo -en sus dos modalidades- se basa en la comunicación bidireccional entre los superiores y los subordinados y está determinado por objetivos a cumplir, pero con la diferencia de que en el clasificado como consultivo, la persona es responsable de su propio desempeño; mientras que en el modelo de participación de grupo, el éxito o fracaso se comparte con las personas de más alto rango en la estructura.

Los componentes mencionados en este capítulo delimitan a una organización como tal y permiten su funcionalidad, sin embargo existen agentes tanto externos como internos que entorpecen o imposibilitan cumplir los objetivos organizacionales y que deben ser identificados oportunamente para evitar su persistencia, éstos serán precisados en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 2.

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL DESEMPEÑO LABORAL

2.1 Desmotivación y absentismo laboral.

El absentismo laboral depende sólo del comportamiento del individuo, considerando que es la ausencia de la persona en el área de trabajo, por lo cual no incluye el cese de actividades por averías o falta de algún recurso material. Actualmente se agrega el concepto de presentismo o absentismo psíquico para englobar aquellas ocasiones donde el individuo se encuentra físicamente, pero sin desempeñar ninguna actividad productiva (Llaneza, 2007).

Son diversos los motivos por los cuales Molinera (2006) asegura que el absentismo laboral está directamente relacionado con la motivación, esta se define como aquello que impulsa al individuo a realizar una actividad. La motivación puede verse afectada por diversos factores que Steers y Rhodes (1984) (cit. En Boada, De Diego, Agulló y Mañas, 2005) dividieron en ocho categorías:

- 1) Actitudes en el trabajo. Se menciona que estas actitudes están determinadas por tres componentes: comportamental, cognoscitivo y afectivo. El primero se refiere a aquella intención de conducirse de una forma determinada hacia algo o alguien dentro del espacio laboral. En el rubro cognoscitivo se agrupan todas aquellas creencias y opiniones

que una persona posee, mientras que en el área efectiva se incluyen los sentimientos o emociones de la actitud.

La actitud que se tenga acerca de un acontecimiento, influirá en la satisfacción personal, lo que incrementará o disminuirá la motivación de asistir o realizar el trabajo.

2) Factores económicos y mercado.- Aquí se engloba el contexto en el cual la persona se encuentra inmersa, que puede facilitarle o impedirle la asistencia a trabajar.

3) Factores organizacionales.- Incluyen las políticas para el control del absentismo, el diseño del perfil de empleo, las técnicas de reclutamiento y selección, así como las expectativas sobre el desempeño laboral.

4) Factores del medio laboral.- Factores como el clima laboral, determinarán el grado de compromiso e identificación del individuo con las reglas y normas de la organización. Un clima negativo propiciará el absentismo.

5) Satisfacción laboral.- Al desempeñar una actividad se ponen en juego las expectativas de la organización y los intereses y aptitudes personales; si éstas no coinciden, entonces el desempeño o la asistencia en el espacio laboral pueden verse afectados.

6) Factores personales.- Esta categoría incluye las enfermedades, maternidad, problemas emocionales y familiares, así como las habilidades, creencias y oportunidades que facilitan o impiden el desarrollo del individuo en la organización.

7) Factores externos.- Referentes a la inflación, las condiciones legales, económicas y sociales actuales, es decir a todo el macro y

micro entorno en el cual se encuentra sumergida la organización (Estebán, Mandariaga, Narros, Olarte, Reinares y Saco, 2008).

8) Cambio organizacional.- Tiene que ver con todas aquellas evoluciones en la organización dadas a partir de diversas necesidades.

Todas las categorías de absentismo mencionadas anteriormente pueden agruparse a su vez en cinco: Causas temporales, maternidad, causas legales, causas psicológicas-sociales y voluntarias. Dentro de los factores de riesgo que posibilitan las causas psicosociales, Llaneza (2007) menciona un modelo donde se incluyen: la tarea, con su contenido y ritmo de trabajo; el tiempo laboral, es decir la jornada laboral, los turnos y las pausas; y la organización, que incluye la comunicación, la participación y la cultura. Estos factores se encuentran en función del tipo de actividad económica al que pertenezcan, ya que no son comunes a todas.

Finalmente Baguer (2005) ofrece una lista más concisa acerca de las causas por las cuales el absentismo se presenta:

- 1) La edad promedio de los trabajadores es muy alta.
- 2) Enfermedades o accidentes.
- 3) Permisos retribuidos.
- 4) Incongruencia entre las capacidades y las actividades a realizar.
- 5) Falta de motivación.

Estos factores deberán cuantificarse a lo largo de tres años, aunado a un estudio del clima laboral, para poder diagnosticar el absentismo.

2.2 Estrés laboral

El estrés es una respuesta física, comportamental y cognitiva ante un estímulo que se percibe como amenazante. Autores como Cortés (2007), lo refieren como:

“El resultado de un desequilibrio sustancial entre las demandas del entorno y la capacidad de respuesta del individuo para afrontarlas bajo condiciones en las que el fallo de estas respuestas pueden tener importantes consecuencias” (pág. 598)

Además, nos refieren como factor determinante para que se presente el estrés, que el individuo perciba las exigencias (estresores) tan superiores a su capacidad de afrontamiento, que se conviertan en una amenaza para su estabilidad. Dentro de la organización, los estresores pueden ser condiciones del ambiente (como la temperatura o iluminación, etc.), del trabajo (distribución de éste, carga laboral, roles, etc.) o características propias del trabajador. (enfermedades, actividades extra laborales, motivación, etc.)

Todas las condiciones anteriores desencadenan una respuesta de alerta que prepara y motiva al individuo para que continúe su actividad, esta respuesta se manifiesta en tres dimensiones: Conductual, fisiológica y psicológica pudiendo, en cualquiera de las anteriores, producir efectos que merman la calidad de vida de la persona o la autoeficacia percibida. La respuesta somática incluye el aumento de la actividad fisiológica observada, como la sudoración de las manos y frecuencia cardiaca; la respuesta conductual, es el cambio de la actividad ante la presencia del agente estresor, es decir ¿Qué hago para interrumpir el estímulo amenazante? Como: correr, huir, no asistir al trabajo, no hacer las tareas; lo que desencadenará un síntoma al interior de la organización como baja productividad, mayor absentismo, desmotivación y rotación de personal (Robbins, 2004). La

respuesta psicológica, para Borobia, Mercader y De la Puebla (2007) consiste en la afectación del funcionamiento cognitivo y la presencia de emociones negativas, que menoscaban las capacidades del individuo haciéndolo sentir incapaz de realizar la tarea asignada, ya que sólo percibe los aspectos más difíciles o preocupantes de ésta.

El nivel de estrés en el área laboral depende de las características de las actividades a desempeñar o del lugar de trabajo y conflictos entre los roles que denominaremos agentes estresores. Aquellas actividades que de forma intrínseca demandan tener a cargo a personas o toma de decisiones, producen mayores consecuencias estresantes en las personas al igual que aquellos lugares donde las condiciones físicas y sociales son desagradables o poco seguras. Esta percepción de las exigencias laborales así como la capacidad de afrontarlas depende de los recursos que facilitan o impiden el cumplimiento de la actividad, así como el apoyo social que tenga el individuo (Cortés, 2007)

Acosta (2008), además lo relaciona con otras consecuencias como son: ataques de pánico, agorafobia y altos costos para la empresa.

A lo interno de la empresa pueden realizarse acciones preventivas o de intervención para el estrés laboral tales como: Capacitación, oportunidad de crecimiento, reconocimiento del esfuerzo, definir los roles a desempeñar y mejorar la comunicación. A nivel individual se sugiere mantener una actitud positiva y motivante, tener una vida sana, así como mejorar las relaciones interpersonales. (Bohlander y Snell, 2008).

2.3 Fatiga

La fatiga que popularmente es referida como un mecanismo fisiológico que demanda al organismo la necesidad imperiosa de descanso, es una sensación de agotamiento, de “falta de fuerzas” que merma o impide la

ejecución de actividades mentales y físicas, y que se caracteriza por desaparecer cuando se suspende el esfuerzo realizado. Mansilla (2004) asevera que en caso de continuar con la misma intensidad de esfuerzo, pueden presentarse diversas consecuencias, que pueden ser orgánicas, psicopatológicas y psicosomáticas, entre otras.

Dentro de la organización, la fatiga es el resultado de las interacciones dentro del entorno organizacional y de la intensidad de las tareas que se imponen. Se caracteriza por una carga mental y fisiológica que disminuye la capacidad de respuesta ante estímulos del ambiente laboral. (González, Moreno y Garrosa, 2005)

La fatiga laboral es un fenómeno que interfiere en el desempeño de los objetivos organizacionales. Este problema comúnmente disminuye o desaparece con el descanso pero, cuando esto ya no es suficiente, entonces se dice que es crónica; impactando así directamente en la calidad de vida de la persona que la padece.

2.3.2 Tipos de fatiga

Bills (1934, cit. En: González, Moreno y Garrosa, 2005) distingue tres formas de fatiga:

- a) Fatiga fisiológica: La capacidad física disminuye
- b) Fatiga objetiva: La persona es incapaz de realizar ciertas actividades.
- c) Fatiga subjetiva: No existe impedimento físico pero sólo se percibe un sentimiento de cansancio.

El tipo de fatiga dependerá de la naturaleza de la tarea que se realiza, la carga puede ser física o mental. En la primera carga, intervienen varios grupos

musculares que se contraen y relajan constantemente, mientras que la carga mental, se refiere al resultado de una exposición prolongada a estímulos muy intensos o muy bajos. Por su parte, la fatiga laboral se clasifica en función de la parte del organismo implicada: fatiga muscular, fatiga intelectual, fatiga nerviosa, fatiga psicológica y fatiga sensorial. La fatiga primera implica la imposibilidad de mantener el esfuerzo muscular. Mientras que en las demás es más difícil apreciar dichas implicaciones, y se caracterizan por irritabilidad, ansiedad y cefalea.

Cuando la fatiga persiste aún con el cese de la actividad, entonces se considera anormal, y se clasifica dependiendo del tiempo que ha prevalecido. La fatiga prolongada es aquella que dura más de un mes, mientras que se denomina crónica a aquella que va más allá de seis meses (García y Cuscó, 2006).

Ante el ritmo actual de vida, las jornadas laborales extenuantes y un medio ambiente más aversivo, la calidad de vida y la motivación de las personas han disminuido, a consecuencia de esto, es frecuente considerar a la fatiga como algo común y que se presenta como parte inherente de las actividades que realizamos, sin embargo, la atención oportuna ante cualquier signo de la fatiga, que se manifieste recurrentemente, puede evitar problemas de salud más graves o en otros casos, permite que se diagnostique a la persona con SFC y entonces pueda ser canalizada de forma pertinente. Debido a los síntomas tan limitantes y al poco conocimiento popular acerca de la existencia del SFC, el próximo capítulo estará destinado a describir sus particularidades, así como las principales intervenciones que se han empleado para contrarrestarlo.

CAPÍTULO 3

EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Ya establecida la función que poseen, tanto la organización como el individuo, se vislumbra la importancia de que cada componente funcione adecuadamente, sin embargo, en los últimos años se han presentado problemáticas de naturaleza fisiológica que requieren mayor atención, ya que no solo se resuelven con cambios en el ambiente laboral, simple descanso o ignorar los síntomas que se presenten. La desinformación puede provocar un diagnóstico incorrecto y que por lo tanto fomente que el desempeño laboral, así como la salud del individuo se mantenga en decremento.

En este capítulo se expondrán las generalidades del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), su diagnóstico, diferenciación de otros padecimientos y tratamiento médico y psicológico desde la perspectiva cognitivo conductual.

3.1 Características del Síndrome de Fatiga Crónica

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) no posee una definición unánime, ya que su diagnóstico en sí mismo no es fácil y por muchos años se efectuó a través de exclusión de enfermedades. Debido a que los síntomas varían de persona a persona, Gartner (2007) menciona que a pesar de tratarse de un problema físico, también posee componentes psicológicos.

Una de las enfermedades que son comúnmente confundidas con el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), es la Fibromialgia, por lo que el Instituto Ferran de Reumatología (2008) hace hincapié en que son dos enfermedades diferentes pero con una forma de presentación y síntomas aparentemente similares, por lo que para evitar equivocaciones es necesario el diagnóstico diferencial entre ambas, por ejemplo; una de las características más

específicas del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es el impacto cognitivo que sufren los enfermos y que, por definición debe afectarles en más de un 50% en el rendimiento habitual, situación que marca la principal diferencia con la Fibromialgia, además de la intensa fatigabilidad posterior al esfuerzo y la presencia de signos inespecíficos que se describirán más adelante.

Como una definición tentativa ya elaborada desde 1994, Alegre, Cuscó, Fernández, García, García, Llach, Poca y Rojas (2004) proponen que para que una persona pueda considerar que padece SFC, debe cumplir con los siguientes síntomas:

1. Padeecer una fatiga crónica grave, y que no esté asociada con enfermedades ya conocidas que la provoquen.

2. Presentar en la actualidad cuatro o más de los siguientes síntomas: deterioro sustancial de la memoria o la concentración a corto plazo, faringitis o amigdalitis, nódulos linfáticos palpables y dolorosos, odinofagia (dolor o ardor al tragar), mialgias (dolores musculares), artralgias (dolor de las articulaciones) múltiples sin hinchazón o eritema, cefaleas de una clase e intensidad no sufrida anteriormente, alteración del sueño y malestar que persiste veinticuatro horas después de un esfuerzo.

Estos autores hacen hincapié en que los síntomas antes mencionados deben haberse presentado recurrentemente durante más de seis meses y antes de la fatiga. Esto coincide con la definición de los CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Atlanta, acerca de que el SFC se presenta como un cansancio crónico que no desaparece con descanso y que no es resultado de un esfuerzo.

Con la finalidad de puntualizar que la fatiga debilitante asociada al SFC puede empeorar con la actividad física o intelectual u obligar al paciente a disminuir su actividad física hasta en un 50%, Arruti, Avellaneda, Barbado, De la Cruz, Díaz, Gutiérrez, Izquierdo, Palacín, Pérez, Ramón & Rivera (2008) mencionan que en algunos pacientes, se han encontrado otros síntomas como dolor abdominal, intolerancia al alcohol, flatulencia, dolor pectoral, tos crónica, diarrea, mareo, sequedad en los ojos y boca, dolor de oído, arritmia cardíaca, dolor en la mandíbula, rigidez matinal, náuseas, sudor nocturno, ahogo, sensación de hormigueo u otras alteraciones de sensibilidad y pérdida de peso.

3.2 Población en riesgo

Las investigaciones realizadas hasta ahora por médicos y psicólogos tanto en España como en Estados Unidos de América tales como de Rodés, Piqué y Trilla (2007), indican una prevalencia mayor en mujeres. De igual forma recientemente Jason, Fennell y Taylor (2006) realizaron un estudio encaminado al diagnóstico del SFC en pacientes pediátricos, lo que puede considerarse una respuesta ante el incremento de casos en edades muy tempranas.

3.3 Hipótesis sobre el origen del SFC

El SFC es considerado un trastorno ideopático, ya que su etiología es aún desconocida. Mendel, Bennett y Dolin (2006) realiza una reseña sobre los diversos factores asociados a su aparición, donde se mencionan el virus del herpes (6, 7 y 8), el enterovirus, la mononucleosis crónica y el parvovirus, entre otros. Sin embargo, los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC) de Atlanta han encontrado que la enfermedad puede explicarse desde alteraciones inmunológicas, neuroendócrinas e infecciones hasta estrés oxidativo postraumático, y que además puede desaparecer sin tratamiento. En países como Estados Unidos de América, suele llamarse Síndrome de Fatiga

Crónica y Disfunción Inmunitaria, ya que se ha relacionado con trastornos del Sistema Nervioso Central o del Sistema Inmune, pero debido a que no se ha encontrado una prueba tangible acerca de esto, sólo se refiere al padecimiento como SFC.

Ya las investigaciones mencionadas por Wainwright (1994) parecían indicar que el fundamento etiológico estaba relacionado con alteraciones del sueño; debido a que en el SFC se han encontrado trastornos periódicos de la motilidad, apneas, narcolepsia y somnolencia diurna.

Más recientemente Barlow y Durand (2006), recuperan algunas tesis que anteriormente trataban de dar explicación a dicho síndrome, tal como el virus de Epstein-Barr o la exposición a las toxinas. En esta misma línea, fue publicado por las agencias de la Jornada Morelos (2009) un estudio llevado a cabo en el Whittemore Peterson Institute (Nevada), donde han propuesto que el retrovirus denominado XMRV podría ser la causa del síndrome de fatiga crónica.

3.4 Diagnóstico del SFC

El diagnóstico del SFC es aún complicado, ya que se necesitan indagar todas las áreas donde se desarrolle el individuo y que han sido afectadas por un cambio conductual y anímico que apunte a una fatiga poco común. Arruti y Avellaneda, Barbado, De la Cruz, Díaz, Gutiérrez, Izquierdo, Palacín, Pérez, Ramón y Rivera. (2008), proponen un diagnóstico por exclusión, es decir, se descartan otras enfermedades conocidas desencadenantes de la fatiga y que además se ajuste al cuadro sintomatológico propuesto por los CDC y coincidente con lo propuesto por Fernández, Cuscó, García, Vilchez, Alegre y García (2004) Esto se realiza a partir de 4 fases:

1. Anamnesis: Elaborar una historia clínica completa y minuciosa, centrando la atención en las características de la fatiga, es decir, horarios, intensidad, factores antecedentes y la forma en la cual afecta la actividad del paciente. También se deben incluir antecedentes personales, especialmente de trastornos psicológicos; investigar si existen factores precipitantes no infecciosos.
2. Exploración física: Evaluar el sistema músculo-esquelético, el neurológico, el cardiorrespiratorio, el endócrino, el inmune y el gastrointestinal.
3. Exámenes complementarios: Estas pruebas se realizan para descartar otras enfermedades que provocan ciertos síntomas del enfermo. Se incluyen estudios neurológicos y neuropsicológicos.
4. Verificar si los síntomas coinciden con los criterios de SFC

Investigaciones como las de Fukuda (1994) y Reeves (2003) (cit. en Rodés, Piqué & Trilla, 2007), han servido como base para identificar las características que distinguen al SFC de otros padecimientos, y esto a su vez permitió utilizar baterías de pruebas psicológicas para medir depresión, fatiga, trastornos de personalidad, habilidades sociales y trastornos del sueño tanto en niños como en adultos.

Más recientemente, la Universidad de Paul en Chicago, USA. Implementó un instrumento que cuenta con 36 reactivos críticos, que contienen de 3 a 4 indicadores de respuestas. Asimismo, cuenta con 60 reactivos adicionales que permiten conocer la comorbilidad de otros síntomas Friedberg y Jason (2001) (Cit. En Taylor, 2005).

3.5 Diferenciación entre el SFC y el burn-out

Freudenberg (1974) (cit. En: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2008) ofreció una descripción inicial sobre el burn-out, considerándolo: “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador” (p.p. 9). Posteriormente, Pérez (2000) agregaría a esta definición el término “sobrecarga emocional”, y lo equipararía al estrés laboral, ya que es un mecanismo que tiene la finalidad de adaptar al individuo a las demandas del espacio laboral, puede derivarse de una exigencia alta en roles y actividades.

Otros autores rechazan la definición anterior argumentando que el estrés siempre posee una connotación positiva, debido a que motiva a la persona para que alcance sus objetivos; mientras que el burn-out siempre se percibe de forma aversiva, lo que afecta negativamente en el desempeño y calidad del trabajo realizado.

En el burn-out se han identificado tres fases evolutivas que culminan en considerar aversivo al estrés laboral, a partir de distintas actitudes y conductas relacionadas con lo profesional. La primera se da cuando hay una inconsistencia entre las demandas laborales y la capacidad de desarrollarlas; la segunda es cuando se produce un estado de tensión psicofisiológica y en la última fase se evidencian los cambios conductuales (Cherniss, 1980, cit. en Perea 2004).

El burn-out es identificado comúnmente en personas jóvenes que poseen poca preparación profesional o expectativas laborales que no se cumplen al egresar de la universidad y cuyos espacios laborales donde se desarrollan, tienen las siguientes características: condiciones laborales negativas como jornadas muy largas, ambiente antihigiénico u hostil, estructura

rígida, actividades de naturaleza estresante y relaciones laborales disfuncionales (SECPAL 2008).

3.6 Consecuencias del SFC en el desempeño laboral

En general, mantener un ritmo de trabajo constante por un tiempo muy pronunciado conlleva una pérdida de reservas nutricionales que desencadenan un cansancio extremo que se manifiesta a diferentes niveles, sin embargo este deterioro se presenta de forma paulatina, por lo que es de suma importancia atender a cualquier cambio en la capacidad tanto física como intelectual para realizar las actividades cotidianas. Existen profesiones donde es más notorio este cambio, por ejemplo Rodríguez, Medina y Gutiérrez (2008) muestran el caso de los pilotos aéreos quienes constantemente son monitoreados para conocer su estado físico y emocional, además se establecen controles de sueño para tratar de disminuir el estrés y la fatiga tanto aguda como crónica y así evitar accidentes o lentitud en las maniobras.

Lo anterior es generalizable a cada actividad que se tenga que realizar de forma rutinaria, esta condición produce una disminución de concentración que, aunada a las características propias del SFC, posibilitan que esa actividad no sea ejecutada correctamente o que se ponga en peligro la integridad física de la persona, además la desmotivación y el ausente control de sí mismo provoca el aumento de la ansiedad evitando poderse comportar en función a las exigencias que se presenten (González, Mateo y González, 2006).

3.7 Tratamiento del SFC

Al no poseer una etiología clara, se proponen diversos métodos para contrarrestar los efectos del SFC. En los medicamentos se incluyen antidepresivos, agentes ansiolíticos, antiinflamatorios no esteroides, antibióticos, tratamiento antialérgico, así como tratamientos antihipotensivos

(BMJ group, 2006). En esta fase se busca incrementar la capacidad funcional de la persona, así como la calidad de vida, ya que anteriormente se recomendaba el reposo; sin embargo, se ha demostrado que esto refuerza el comportamiento de la enfermedad y puede causar el síndrome miofascial.

Al tratarse de una enfermedad compleja, se hace necesario combinar diversas modalidades: terapia física, alternativas farmacológicas y terapias psicológicas.

Al diagnosticarse el SFC, el paciente debe cambiar su estilo de vida, de tal forma que la fatiga no llegue a incapacitarlo, para esto la University of Michigan (2009) hace recomendaciones, entre las que se encuentran:

- Seguir el tratamiento recomendado por su profesional médico.
- Descansar siguiendo las recomendaciones de su profesional médico. Tratar de no quedarse en la cama más tiempo de lo necesario, ya que demasiado reposo puede debilitar los músculos, la resistencia de los huesos o causar vahídos al levantarse y caminar.
- Seguir una rutina de ejercicios supervisada.
- Darse baños tibios, duchas, bañarse en la tina, cubrirse con una manta eléctrica a nivel bajo por 20 a 30 minutos, o usar una bolsa de agua caliente cubierta con una toalla.
- En caso de enrojecimiento o inflamación, tratar de colocar una bolsa de hielo en la zona donde siente dolor, durante 20 minutos, de 1 a 4 veces por día.
- No fumar
- Llevar una dieta balanceada libre de grasas

- Aprender, a través de la terapia psicológica, a controlar su ritmo de vida para evitar la fatiga.
- Participar en actividades recreativas por lo menos una o dos veces por semana.
- Afiliarse a un grupo de ayuda SFC, ya que puede ser muy útil compartir experiencias con otras personas que tengan problemas similares.

Por la complejidad de los síntomas, se ha recurrido a terapias alternativas entre las que la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica (s.f) mencionan:

- Osteopatía
- Aromaterapia
- Homeopatía
- Masaje
- Reflexología
- Acupuntura
- Productos de herbolaria
- Terapia nutricional

3.7.1 Psicoterapia: Enfoque cognitivo-conductual

Poco se ha investigado sobre las afectaciones psicológicas, ya que casi toda la literatura acerca del SFC es de naturaleza médica; sin embargo se ha identificado que con frecuencia se presenta depresión, irritabilidad, ansiedad y ataques de pánico en los pacientes, por lo cual se han desarrollado planes de intervención psicológica para disminuir dichas consecuencias. De ahí la importancia del presente trabajo, al indagar sobre las aportaciones que la psicología ha hecho para incrementar la calidad de vida de las personas con

padecimientos físicos, en este caso se extrapolarán al SFC. A partir de los años 70's se comienza a utilizar el término medicina conductual, para describir una rama médica que incluye técnicas y sustentos científicos para la prevención, diagnóstico, intervención y rehabilitación de pacientes con padecimientos biológicos. En la medicina conductual se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para tratar problemas como el dolor, en concreto, la investigación de Okifuji y Ackerlind (2007) retoman estudios donde se han utilizado técnicas diversas para aminorar la percepción del dolor, para desarrollar habilidades de afrontamiento para el nuevo estilo de vida que debe adoptar el paciente a partir de sus limitaciones, control de estrés y para ayudar al paciente a la adherencia terapéutica. Los resultados muestran gran eficacia debido a que estas intervenciones se centran en la motivación del paciente y eso promueve un cambio y sostén de la conducta permanente.

Gálvez (2009) hace algo similar y retoma la evidencia científica que respalda a la TCC pero desde una visión de la medicina naturista que es un auxiliar en el tratamiento multidisciplinario. Concluye que se trata de una técnica confiable y no agresiva, que promueve el éxito terapéutico de forma mas sencilla que en otras psicoterapias.

Estas técnicas poseen flexibilidad lo que permite adaptarlas a las necesidades del paciente con SFC como auxiliar en la atención de los estragos del estrés sobre la fatiga. La terapia cognitiva entrena al paciente para que identifique cómo algunos tipos de pensamientos pueden originar o incrementar los síntomas de la enfermedad, dando como resultado, la distorsión acerca de lo que en realidad provoca la ansiedad, la depresión o el enfado. Así, el paciente logra reducir o controlar sus ataques de rabia, ira, estrés, depresión u otras reacciones inadaptativas. El entrenamiento para lograr dichos resultados se lleva a cabo a partir de diferentes técnicas de modificación de la conducta que serán desglosados en los siguientes párrafos.

3.7.1.1 Relajación progresiva

Esta técnica, inicialmente desarrollada por el fisioterapeuta Jacobson (1929) y posteriormente adaptado por Wolpe (1958) y Bernstein y Given (1984), parte del supuesto de que la relajación muscular “obliga” a que el sistema nervioso consiga ese mismo estado. Durante su aplicación, se le pide al paciente que tense y relaje alternadamente 16 grupos musculares, que se van reduciendo en número conforme se domine su práctica, hasta poder relajarse sin necesidad de la tensión-distensión (Payne, 2005). En la adaptación de Bernstein y Given, se considera trascendental que la contracción inicial sea muy intensa ya que sólo así se da una relajación profunda posterior.

La relajación progresiva, al combinarse con técnicas de imaginación ha demostrado efectos positivos como auxiliar en la disminución de la ansiedad y el aumento de la tolerancia al dolor como lo describen Wrisberg y Anshel (1989) en un estudio realizado con deportistas (Cit. en Cox, 2009).

3.7.1.2 Entrenamiento autógeno o autogénico de Schulz

Como lo menciona Sassano (2003) este ejercicio pretende crear en el paciente un estado hipnótico, es decir disminuye la actividad voluntaria, para esto es necesario que el espacio donde se realice esté aislado de ruido, con una temperatura moderada y con poca luz, además debe pedírsele al paciente que se coloque en una posición cómoda.

El entrenamiento se lleva a cabo a través de distintos ejercicios: pesadez, calor, regulación cardíaca, regulación respiratoria, control de órganos abdominales y estado de plenitud psíquica. Para cada estado se repiten frases alusivas por ejemplo: “Mis manos están pesadas” y “Mi cabeza está fría” y pueden intercalarse con imágenes que sugieran la sensación. Es una técnica que requiere de constancia para poder percibir su efectividad.

3.7.1.3 Entrenamiento en inoculación al estrés

Surge a finales de los años 60's con Meichenbaum, quien comienza a incluir procesos cognitivos en la terapia de la conducta. Este entrenamiento se lleva a cabo en tres fases: 1) Reconceptualización, 2) Adquisición y ensayo de habilidades y 3) Aplicación y consolidación.

Reconceptualización.- Se trata de una evaluación de la problemática del paciente a través de hipótesis. Aquí debe establecerse una relación terapeuta-paciente que permita el proceso de cambio.

Se indaga mediante entrevistas, el impacto que produce en el paciente haber sido diagnosticado con SFC y cómo influye en su alto grado de estrés. Se describen los patrones de conducta, la frecuencia y qué estímulos lo aumentan o disminuyen, y su magnitud, es decir, qué tanto responde la persona a ellos. De igual forma se evalúan las expectativas de cambio del paciente a partir de los resultados de previas intervenciones psicológicas, si es las hubo.

Adquisición y ensayo de habilidades.- Se entrenan los componentes básicos de afrontamiento, donde se incluyen generalmente, relajación progresiva, solución de problemas, asertividad y autocontrol.

Aplicación y consolidación.- Se ponen a prueba las habilidades de la fase 2, así como estrategias para evitar recaídas (Caballo, 2008).

3.7.1.4 Reestructuración cognitiva

Se Dentro de esta técnica se pueden incluir dos grandes estilos: La terapia racional emotiva conductual (TREC) de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Beck. Ambas consideran que el origen de los trastornos psicológicos se encuentra en la disfuncionalidad de los pensamientos del

paciente, de tal forma que al modificarlos por otros más realistas permiten un cambio positivo en la conducta.

En el caso de la TREC, Ellis utiliza el modelo ABC para modificar los pensamientos irracionales siendo A; el evento activador, B; la creencia disfuncional y c; la consecuencia emocional y conductual. Se debe hacer hincapié en que bajo este supuesto, no es A lo que provoca la C, sino las creencias que interpretan al evento activador; de esta forma, al identificar esas creencias irracionales como las describe Ellis (2000) “tendientes a provocar la propia infelicidad a través de absolutismos” (p. 22), podrán ser modificadas por otras más funcionales para que sus consecuencias sean más manejables. Los absolutismos mencionados se agruparon en 11 categorías que van desde las autoimposiciones hasta consideraciones del mundo que, al no cumplirse, resultan catastróficas e insoportables; dando así una sensación de desamparo, ansiedad e infelicidad. Esta terapia puede ser utilizada para debatir las ideas acerca del padecimiento de SFC para disminuir la ansiedad y el sentimiento de victimización que impide que el paciente continúe con sus actividades, así como para aceptar las limitantes que este síndrome provoca sin ser necesariamente desastrosas o terribles; a esto le denominó Ellis pensamientos negativos saludables (Caro, 2006).

Por su parte, Beck desarrolló una teoría donde explica que los seres humanos al interactuar con el ambiente procesan información, y que se organizan en una representación mental con componentes de experiencias anteriores llamados esquemas. Estos esquemas guían pensamientos, sentimientos, y conductas por lo que si los esquemas son rígidos provocan perspectivas del ambiente desaptativas.

La esencia de esta terapia es que el paciente debe comprobar o refutar a partir de la realidad sus hipótesis acerca de sí mismo y del mundo que provocan su estado depresivo, para esto se hace necesario que se identifiquen los pensamientos automáticos antes del episodio de disforia.

En el SFC, la terapia psicológica -junto con el ejercicio físico gradual- ha mostrado ser el tratamiento que produce los mejores resultados, además de que no se han descrito efectos secundarios negativos para la primera. Sin embargo, deben considerarse varios aspectos antes de iniciar cualquier tipo de terapia, como analizar las quejas y evaluar el patrón de actividad, para diseñar la mejor intervención para la persona con SFC (Jason, Fennell y Taylor, 2003).

Las técnicas mencionadas anteriormente son ejemplos de la flexibilidad de la TCC para contrarrestar las consecuencias psicológicas del SFC. Su utilización dependerá de las características de la persona, tales como su edad y de aspectos de salud, tales como dolor intenso o problemas cardíacos, ya que en este caso por ejemplo, no es recomendable el entrenamiento autógeno.

La TCC posee ventajas frente a otras terapias, André y Sánchez (2007) aseveran que se “autoproducen” cambios biológicos que son perdurables y no requieren de procedimientos invasivos. Como se ha propuesto en al inicio del capítulo, si además de los procedimientos cognitivos-conductuales se administran fármacos por parte del médico para atender los síntomas físicos, se han mostrado resultados favorables en la recuperación o mejora de los pacientes con SFC.

PROPUESTA DE TRABAJO

1. Presentación.
2. Definición de objetivos.
3. Comunicación interna: Informando sobre el SFC.
4. Canalización y rehabilitación del paciente con SFC: Intervención cognitivo- conductual.

1. Presentación

Actualmente la inserción del psicólogo en la organización es muy común, ya que se busca el óptimo desempeño de los recursos humanos como resultado de la cooperación con otros profesionales, esto abarca desde la selección y reclutamiento de personal hasta la capacitación del mismo.

En condiciones ideales, el área laboral debe ser apta para llevar a cabo cada actividad que se requiera, esto permite conocer la dinámica organizacional, y detectar oportunamente, cualquier anomalía en el desempeño de los trabajadores, cuando éste ha sido constante y eficaz. Una manera de mantenerse en este status es la comunicación interna, siempre y cuando sea bidireccional, debido a que agiliza el diagnóstico de las problemáticas que obstaculizan el éxito de los objetivos laborales. Es una estrategia económica y masiva que como lo dice Costa (1999) debe incluir características de la cultura e identidad de la organización.

En función de esto, se ofrece una alternativa para atender al SFC, que en el mejor de los casos tendrá una atención directa con el psicólogo de la empresa, sin embargo esto no es muy frecuente, por lo cual se debe canalizar con un terapeuta externo para que la persona reciba el tratamiento adecuado y pueda entonces retomar, de la mejor forma posible, sus responsabilidades laborales.

2. Definición de objetivos

Una de las funciones más importantes del psicólogo laboral es mejorar las relaciones a lo interno de la empresa, por lo cual se debe procurar prestar especial atención a aquellas conductas que a pesar de no ser fomentadas por problemas propios de la actividad de la persona, impactan negativamente en su realización. En el caso de esta propuesta se tendrían que descartar problemas

personales, deficiencias de las propias tareas o dificultades en las relaciones laborales.

Objetivo general

Proporcionar un plan de trabajo alternativo para la identificación del SFC y mejorar así las condiciones de trabajo y vida del trabajador que lo padezca.

Objetivos particulares

- 1) Identificar un probable caso de SFC dentro de la organización
- 2) Desarrollar una intervención psicológica individual
3. Comunicación interna: Informando sobre el SFC

3 Comunicación interna: Canalización y rehabilitación del paciente con SFC

Esta comunicación será a dos niveles, para lo cual se necesita:

- 1) Realizar un documento a manera de boletín, periódico mural, tríptico o plática informativa acerca de las características del SFC. Esta actividad servirá como primer filtro para determinar, a través de un cuadro de síntomas, quién o quiénes probablemente padezcan SFC.
- 2) Crear un comité donde se atiendan a los trabajadores que crean padecer SFC, este puede funcionar para varias problemáticas por

3) ejemplo burn-out, conflictos interpersonales, estrés, etc. Este comité tendrá las siguientes actividades:

A) Realizar una entrevista semi-estructurada donde se exploren las características principales de este síndrome. Deben descartarse problemas personales y laborales durante esta etapa.

B) Si en la entrevista se identifican más del 50% de los síntomas, entonces la persona será atendida por un médico que diagnostique la causa de estos síntomas.

C) En caso de dictaminarse que la persona efectivamente padece SFC, entonces se canalizará para un tratamiento integral, médico y psicológico. Una sugerencia de intervención psicológica es presentada a continuación.

4. Canalización y rehabilitación del paciente con SFC: Intervención cognitivo-conductual.

En esta parte se engloban 3 problemáticas que comúnmente se presentan tras el diagnóstico del SFC:

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Estrés

Estas conductas objetivo serán modificadas a partir de 3 técnicas:

1. Reestructuración cognitiva: Ofrece alternativas de interpretación acerca del nuevo estilo de vida que debe asumirse al padecer SFC, al facilitar la

2. aceptación de ésto se modifican conductas que pueden empeorar el estado fisiológico de la persona.
3. Entrenamiento autógeno: Esta técnica permite que el paciente consiga la relajación a través de órdenes verbales o autoinstrucciones y promueve del desarrollo de la atención.
4. Inoculación al estrés: Provee al usuario de un repertorio cognitivo para afrontar situaciones que provoquen una reacción excesiva de ansiedad o estrés ante acontecimientos novedosos como citas médicas, condiciones de trabajo adecuadas al nuevo estilo de vida, aumento de los síntomas del SFC, etc.

En las próximas páginas se describe la intervención a través de 5 fases:

1. Evaluación
2. Información sobre el SFC
3. Reestructuración cognitiva
4. Relajación
5. Habilidades de afrontamiento

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica O Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades Del terapeuta	Tareas
Fase 2	Informar sobre el SFC y sus implicaciones cognitivas	Sesión psicoeducativa	Cuando el usuario resuelva sus dudas acerca de el SFC y pueda elaborar una idea general de su estado actual en relación con lo expuesto por el terapeuta.	Explicar las generalidades de la enfermedad. Responder a las dudas del paciente	

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica O Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades Del terapeuta	Tareas
Eje 1	<p>Se establecerá la forma de trabajo, tales como el horario, el costo del servicio y generalidades de éste.</p> <p>Indagar sobre la queja del paciente</p>	<p>Entrevista conductual, en el formato citado por Bravo (2008) (ver anexo 1)</p> <p>Se ha de utilizar el cuadro del modelo de evaluación cognitivo-conductual, con sus correspondientes categorías de análisis. (Ver anexo 2)</p> <p>Realizar análisis funcional</p>	<p>Cuando las categorías estén completas y se tenga la información para realizar el análisis funcional y se determine cuáles son las contingencias y pensamientos que sostienen la conducta problema. En este caso debe estar relacionada a las consecuencias cognitivas del diagnóstico del SFC como depresión, ansiedad, estrés, etc.</p>	<p>Dirigir la entrevista.</p> <p>Indagar sobre los factores que desencadenan la conducta objetivo.</p>	<p>Auto-registros (de pensamientos disfuncionales, estados emocionales, estados fisiológicos etc.)</p>

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica o Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades del Terapeuta Tareas
Ejemplo 3	<p>El paciente analizará las ventajas y desventajas de mantener los pensamientos irracionales.</p> <p>Mantendrá nuevas actitudes y creencias racionales.</p>	<p>Tarjetas con frases racionales</p> <p>Se iniciará especificando en papel las creencias irracionales que son constantes en el discurso del paciente, posteriormente tendrá que escribir dos frases racionales alternativas a cada una de las creencias expuestas anteriormente.</p>	<p>Cuando se muestren en autoinformes cambios favorables en las creencias irracionales.</p>	<p>Orientar al paciente para que identifique las creencias irracionales, así como el papel que juegan estos en sus problemas emocionales y conductuales.</p>

Objetivo(s) Particular(es)	Técnica O Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades del terapeuta	Tareas
Fase 3	Defendiendo la idea irracional Se tomarán las ideas irracionales más frecuentes referidos a distintas situaciones y se invertirán los papeles, por lo que M tendrá que refutar ese pensamiento en la otra persona.	Cuando se muestren en autoinformes cambios favorables en las creencias irracionales.	Elaborar un ensayo conductual donde sean recurrentes las creencias irracionales presentes en el discurso del usuario.	Registro donde se pongan en práctica las D (ideas racionales) adquiridas durante la sesión y las probables E (consecuencias) a experimentar. Análisis de las ventajas y desventajas de mantener esos pensamientos y creencias

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica o Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades del terapeuta	Tareas
Fase 3		Defendiendo la idea irracional Se tomarán las ideas irracionales más frecuentes referidos a distintas situaciones y se invertirán los papeles, por lo que M tendrá que refutar ese pensamiento en la otra persona.	Cuando se muestren en autoinformes cambios favorables en las creencias irracionales.	Elaborar un ensayo conductual donde sean recurrentes las creencias irracionales presentes en el discurso del usuario.	Registro donde se pongan en práctica las D (ideas racionales) adquiridas durante la sesión y las probables E (consecuencias) a experimentar. Análisis de las ventajas y desventajas de mantener esos pensamientos y creencias

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica O Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades del terapeuta	Tareas
Fase 4	Entrenar al paciente en relajación.	Entrenamiento autogénico de Schultz	El paciente debe dominar cada una de las etapas de la relajación para poder ir con la siguiente, por esta razón de aquí en adelante se destinarán 15 min de la sesión para realizar el ejercicio o explicar el siguiente en caso de dominio.	Guiar al paciente en las diversas categorías de la relajación. Verificar su efectividad.	Realizar un ejercicio diario. Registro posterior a la realización del ejercicio La duración de cada ejercicio es de 15 min.

	Objetivo(s) Particular(es)	Técnica O Procedimiento	Criterio de cambio	Actividades de terapeuta	Tareas
Fase 5	Dotar al paciente de habilidades para afrontar el estrés	Inoculación al estrés 1. Realizar una lista de situaciones estresantes y jerarquizarla según su nivel de importancia. 2. Redactar pensamientos de afrontamiento para cada situación 3. Aplicar los pensamientos a través de imaginación y posteriormente en una situación real.	Disminución del estrés percibido en cada una de las actividades escritas en la jerarquía.	Orientar al usuario en técnicas de imaginación y posteriormente aplicar las habilidades adquiridas en situaciones reales.	Realizar prácticas <i>in situ</i> donde se aplique lo entrenado durante la sesión

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue describir el síndrome de fatiga crónica, sus repercusiones en el desempeño de la persona en el marco del proceso organizacional, y cuál es la labor del psicólogo en este nuevo reto multidisciplinario.

La psicología laboral en uno de sus tantos quehaceres, se encarga del análisis de la dinámica de la organización a nivel del factor humano, por lo cual es preciso conocer no solamente sus características, sino también los factores que pueden impedir que se lleven a cabo los objetivos organizacionales y que en ocasiones no se resuelven con arreglos con un alcance masivo. Comúnmente aparecen problemáticas que obligan a que la intervención sea de índole individual, tal es el caso del SFC, cuyas características producen en el paciente cansancio extremo y fatiga mental que obstaculizan su concentración y por ende la realización de sus labores.

El quehacer del psicólogo en este asunto es conjugar dos de las áreas en las que puede desarrollarse, en este caso la laboral y la clínica, para implementar una intervención individual que obtenga resultados en lo grupal, es decir, que la persona con SFC pueda ser diagnosticada como tal, de forma rápida y correcta, para incorporarla lo antes posible a su trabajo de forma más funcional y poder aminorar las consecuencias organizacionales que acarrea su bajo desempeño.

En la TCC se puede encontrar un auxiliar con resultados permanentes y sobretodo con un “espectro amplio”, ya que sus técnicas son adaptables a las necesidades del caso y son generalizables a otras esferas de desarrollo del paciente. Uno de los múltiples usos de esta terapia es que permite al paciente adquirir las habilidades necesarias para afrontar y adaptarse a los cambios necesarios para elevar su calidad de vida a pesar de padecer SFC. Estos

cambios son posibles a partir de un trabajo personal que incluye una nueva filosofía de vida más flexible y realista.

En una situación utópica, al trabajador con SFC podría ofrecérsele un puesto con requerimientos inferiores en cuanto a atención o carga de trabajo, sin embargo en la realidad es difícil encontrar esta flexibilidad, ante esto, el paciente debe definir y afrontar sus limitantes, para evitar poner en riesgo su salud. Una opción es generar alternativas de empleo donde las condiciones no rebasen sus capacidades actuales.

Una opción novedosa que puede ofrecer un apoyo extra para confrontar esta enfermedad es ver o inclusive participar en foros y páginas virtuales donde se compartan experiencias, tanto de expertos en la materia como de personas diagnosticadas con SFC.

En forma primordial, el tratamiento del SFC debe ser una cuestión multidisciplinaria, ofreciéndole al paciente una intervención completa, de esta forma pueden controlarse los síntomas más incapacitantes y probabilizan que su calidad de vida mejore.

La empresa debe fomentar en los trabajadores un hábito de prevención a través de la autovigilancia, ya que la información, aunada a la comunicación interna permite la identificación y atención de anomalías que de no atenderse a tiempo pueden impactar negativamente en los objetivos de la organización, ritmo de trabajo y muy probablemente en su economía.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, J. (2008). *Gestión del estrés: Cómo entenderlo, cómo controlarlo y cómo sacarle provecho*. Barcelona, España: Bresca
- Agencias (9 de octubre de 2009). *Retrovirus podría ser la causa de fatiga crónica*. *La jornada Morelos*. Recuperado el 14 de agosto del 2011 de: <http://www.lajornadamorelos.com/noticias/6-nacional/79962-retrovirus-podria-ser-la-causa-de-fatiga-cronica>
- Alegre, M., Cuscó, A., Fernández, J., García, F., García, A., Llach, R., Poca, V. & Rojas, C. (2004). *Síndrome de fatiga crónica*. Barcelona: CatSalut
Recuperado el 15 de agosto de 2011 de:
http://www.institutferran.org/documentos/GuiaSFC_cast.pdf
- Amorós, E. (2007). *Comportamiento organizacional: En Busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas*. Perú: USAT. Recuperado el 25 de julio del 2011: <http://www.eumed.net/libros/2007a/231/>
- André, C & Sánchez, A. (2007). *Psicología del miedo: Temores, angustias y fobias*. :Barcelona, España: Kairós.
- Arruti, M., Avellaneda, A., Barbado, F., De la Cruz, J., Díaz-Delgado, R., Gutiérrez, E., Izquierdo, M., Palacín, C., Pérez, A., Ramón, J., & Rivera, J. (2008). *Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso*. Madrid: Editorial médica A.W.W.E. Recuperado el 24 de junio de 2011: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/fatiga.pdf>
- Baguer, A. (2005). *Alerta: Descubre de una manera sencilla y práctica los problemas graves de tu empresa, sus vías de agua*. España: Díaz- Santos
- Barlow, D. & Durand, M. (2006). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. México: Thomson

- BMJ Group (2006). *Síndrome de fatiga crónica*. Publishing Group Limited
Recuperado el 13 de enero de 2011 de:
<http://group.bmj.com/group/subscriptions-and-sales/institutional-support-services/institutional-promotional-materials/chronic%20fatigue%20spanish.pdf>
- Boada, J., De Diego, R., Agulló, E. & Mañas, M. (2005). *El absentismo laboral como consecuencia de variables organizacionales*. *Psicothema*. 17(2).
Recuperado el 25 de junio de 2011 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72717205.pdf>
- Bohlander, G. & Snell, C. (2008). *Administración de Recursos Humanos*. México: Cengage Learning
- Borobia, C., Mercader, J. & De la puebla, A. (2007). *Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral*. Madrid, España: Ley
- Bravo, C. (2008). *Entrevista conductual*. Edo. Méx, México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (Inédito)
- Briggs, A. (2006). *Middle management in FE: The essential FE toolkit series*. New York, EE.UU.: Continuum
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Madrid, España: Siglo XXI
- Caro, I. (2006). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Paidós
- Cortés, J. (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales*. Madrid, España: Tébar
- Costa, J. (1999). *La comunicación en acción: Informe sobre la nueva cultura de gestión*. España: Paidós

- Cox, R. (2009). *Psicología del Deporte*. España: Médica Panamericana S.A.
- Daft, R. (2005). *Teoría y diseño organizacional*. México: Thomson Learning
- Del Pulgar, L. (1999). *Comunicación de empresa en entornos turbulentos*. España: ESIC
- DuBrin, A. (2003). *Fundamentos de comportamiento organizacional*. México: Thomson
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz: Terapia Racional Emotiva Conductual para superar la ansiedad*. España: Paidós
- Estebán, A., Mandariaga, J., Narros, J., Olarte, C., Reinares, E. & Saco, M. (2008). *Principios de Marketing*. España: ESIC Editorial.
- Fernández, J., Cuscó, A., García, F., Vilchez, J., Alegre, M., & García, A. (2004). *Aproximación al Síndrome de Fatiga Crónica. Asociación Catalana de Afectados de Síndrome De Fatiga Crónica / Encefalomiелitis Miálgica*. Recuperado el 22 de abril del 2011 de:
http://www.institutferran.org/documentos/aprox_sfc.pdf
- Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica (s.f). *Todo sobre el SFC*. Recuperado el 21 de agosto del 2010 en:
<http://www.fundacionfatiga.org>
- Fuster, F. (2007). *Retos laborales del nuevo milenio*. España: LULU
- Gámez, R (2007). *Comunicación y cultura organizacional en empresas japonesas*. Recuperado el 22 de agosto del 2010:
<http://www.eumed.net/libros/2007a/221/index.htm>
- Galvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina naturista 3:1* p.p 10-16 Recuperado el 26 de enero del 2012 en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2867904

- García, F. & Cuscó, A. (2006). *Abriendo caminos*. Barcelona, España: Taranna
- Gartner, C. (2007). *Síndrome de fatiga crónica*. Recuperado el 10 de enero del 2011: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/cfs_esp.html
- Gibson, L., Ivancevich, J., & Donnelly, J. (2008). *Las organizaciones: Comportamiento, estructura y procesos*. México: McGrawHill
- González, P., Mateo, D. & González, A. (2006). *Manual para el técnico en prevención de riesgos laborales*. España: Fundación Confemetal
- González, J., Moreno, B. & Garrosa, E. (2005). *Carga mental y Fatiga laboral*. México: Pirámide.
- Guerrero, P. (2002). *La cultura: Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Ecuador: Abya-Yala
- Hellriegel, D., Jackson, S. & Slocum, J. (2009). *Administración: Un enfoque basado en competencias*. México: Cengage learning.
- IICA. (2004) *La organización de la empresa asociativa*. Venezuela: IICA.
- Instituto Ferran de Reumatología (2008). *Síndrome de Fatiga crónica Encefalopatía Miálgica*. Recuperado el 5 de octubre del 2011 de: http://www.institutferran.org/fatiga_cronica.htm
- Jason, L., Fennell, P. & Taylor, R. (2003). *Handbook of Chronic Fatigue Syndrome*. EE.UU.: John Wiley & Sons
- Laudon, K. & Laudon J. (2004). *Sistemas de información gerencial*. México: Pearson Education
- Llaneza, F. (2007). *Ergonomía y psicología aplicada: Manual para la formación del especialista*. Valladolid, España: Lex nova

- Lusthaus, C., Adrien, M., Anderson, G., Carden, F. & Plinio, G. (2002). *Evaluación organizacional: Marco para mejorar el desempeño*. Washington, EE.UU.: IDB
- Mansilla, F. (2004). *El Síndrome de Fatiga Crónica: Del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 68. Recuperado el 4 de mayo del 2010 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000200003&script=sci_arttext
- Mantilla, S. & Cante, S. (2005). *Auditoría del control interno*. Bolivia: Ecoe
- Martínez, M. (2003). *La gestión empresarial: Equilibrando objetivos y valores*. Madrid, España: Díaz-Santos
- Mendel, G., Bennett, J. y Dolin, R. (2006). *Enfermedades infecciosas: Principios y práctica*. España: Elsevier
- Molinera, J. (2006). *Absentismo laboral. Causas, control y análisis, nuevas formas y técnicas para su reducción*. España: Confemetal.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo: Una introducción a la psicología organizacional*. México: Thomson Learning.
- Okifuji, A. & Ackerlind, S. (2007). Métodos de medicina conductual para el tratamiento del dolor. *Clínicas médicas de Norteamérica*. 91(1) pág. 45-55
Recuperado el 2 de febrero del 2012 de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/509/509v91n01a13122422pdf001.pdf>
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación: Guía práctica*. España: Paidotribo.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*. España: Díaz-Santos

- Pérez, M. (2000). *Cuando el estrés laboral se llama Burnout (Quemarse en el trabajo): Causas y estrategias de afrontamiento*. Barcelona, España: Universidad libros
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. México: Pearson.
- Robbins, S. & Coulter, M. (2005). *Administración*. México: Prentice-Hall
- Rodés, J., Piqué, J. & Trilla, A. (2007). *Libro de la salud del hospital clínic de Barcelona y la fundación BBVA*. Barcelona, España: Nerea. Recuperado el 29 de enero del 2012 de:
<http://books.google.com.mx/books?id=SsMyl7M0nZYC&pg=PA13&dq=rod%C3%A9s,+pique+y+trilla+libro&hl=es&sa=X&ei=OOwpT8nEB6TU2AWC2ZjLAg&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q=rod%C3%A9s%2C%20pique%20y%20trilla%20libro&f=false>
- Rodríguez, J. & Cordero, L. (2002). *Gestión de la tecnología*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 23 de enero del 2012 de:
<http://books.google.com.mx/books?id=fmrN7a4asgMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Rodríguez, A., Medina, J. & Gutiérrez, C. (2008). *Prevalencia del síndrome metabólico en pilotos de líneas aéreas españolas de diferentes grupos de edad: Estudio 2007*. *Avances en diabetes: Argentina* 24 (4) 327-332
- Soto, E. (2001). *Comportamiento organizacional: El impacto en las emociones*. Madrid: Thomson Paraninfo
- Sassano, M. (2003). *Cuerpo, tiempo y espacio: Principios básicos de psicomotricidad*. Buenos Aires, Argentina: Stadium
- Scheinsohn, D. (2009). *Comunicación estratégica*. Buenos Aires: Gránica

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2008) *Guía de prevención de burnout para los profesionales de cuidados paliativos*. Madrid, España: Arán

Taylor (2002). *Understanding Chronic Fatigue Syndrome*. EUA: APA

University of Michigan (2009). *Síndrome de fatiga crónica*. Recuperado el 13 de febrero del 2011 de:
http://www.med.umich.edu/1libr/aha/aha_chronfat_spa.htm

Vélez, A. (2009). *Los clásicos de la gerencia*. Bolivia: Universidad el Rosario

Wainwright, E. (1994). *Actualización sobre el síndrome de fatiga crónica*. ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 12 (3)
Recuperado el 2 de febrero del 2012 de:
http://www.alcmeon.com.ar/3/12/a12_04.html

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista conductual (Bravo, 2008)

Presentación

RECEPCIÓN	INTRODUCCIÓN	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO
<p>Saludo al paciente: Abrir la puerta, sonreír y saludar de mano.</p> <p>Presentación:</p> <p>Nombre completo del terapeuta.</p> <p>Verificar identidad del paciente.</p> <p>Empleo de palabras sencillas</p> <p>Establecimiento de rapport.</p> <p>Comentarios intrascendentes, sobre tiempo de espera o algún aspecto que el terapeuta observe del usuario, también se puede establecer durante la obtención de los datos demográficos</p>	<p>Orientación teórica del terapeuta, también se denomina ENCUADRE, se refiere a explicar, de manera general, los supuestos teóricos de la terapia,</p> <p>“En la psicología existen muchas formas de trabajo como el psicoanálisis, que es el que más se observa en televisión, donde se muestra un consultorio con un diván en el cual se recuesta el paciente y el terapeuta toma notas sobre lo que el primero le dice. Como puede ver, aquí no hay diván, y la forma de trabajo va a ser distinta, ya que la manera de trabajar está basada en una psicología que considera que las cosas que hacemos son aprendidas, y por tanto, es posible remplazarlas con aprendizajes nuevos, ¿qué piensa al respecto?”</p>	<p>Aclaración de la forma de trabajo</p> <p>Individual o en grupo</p> <p>Existencia de uno o dos terapeutas</p> <p>Supervisión ocasional dentro de la sesión por la UNAM</p> <p>Servicios que brinda la CUSI</p> <p>Costo del servicio: Cuota de recuperación. Entrega de recibos al terapeuta</p> <p>Solicitar autorización para el empleo de instrumentos y/o herramientas: Tomar notas.</p> <p>Grabación en audio y/o video.</p>

Cuerpo de la entrevista

NIVELACIÓN DE EXPECTATIVAS	DATOS DEMOGRÁFICOS	REMISIÓN
<p>Expectativas del terapeuta: Puntualidad y asistencia. Calidad del trabajo. Confidencialidad. Veracidad de la información</p> <p>Expectativas del paciente: Preguntar sobre la forma en que le gustaría o no que fuera el servicio</p> <p>Contrato: Importancia de la veracidad de la información y garantía de la confidencialidad. Acuerdos de la relación terapeuta-paciente</p> <p>Importancia y compromiso de las posibles tareas a cumplir</p>	<p>Personales: Nombre. Edad. Domicilio. Teléfono. Edo. Civil. Ocupación</p> <p>Familiares: Integrantes. Edades. Edo. Civil. Ocupación</p> <p>Generales: Amistades. Lugar y actividades</p> <p>Disposición de tiempo libre.</p> <p>Educación sexual: fuentes, tipo y percepción al respecto</p> <p>Práctica de alguna religión. Grado de superstición</p>	<p>Cómo se enteró del servicio</p>

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	TRASCENDENCIA DEL PROBLEMA E INTENTOS DE SOLUCIÓN	METAS
<p>Sondeo inicial</p> <p>Motivo de la visita: Conducta motora, Conducta cognoscitiva y Conducta fisiológica</p> <p>Historia (antecedentes que el paciente relacione con su problema).</p> <p>Estímulos externos (facilitan la presentación del problema) : ¿dónde, cuándo, cómo, con quién?</p> <p>Estímulos internos:</p> <p>Fisiológicos; señales para identificar que ya se acerca el evento problema</p> <p>Cognoscitivos: lo que piensa antes de la ocurrencia de la conducta</p> <p>Características del organismo.</p> <p>Biológicas: enfermedades relacionadas con el problema</p> <p>Recursos y competencias: habilidades o virtudes del paciente que le puedan ayudar a resolver el problema</p> <p>Cognoscitivas: valores y creencias</p> <p>Efectos y/o contingencias:</p> <p>Cómo se termina el evento (efectos individuales y de otros)</p>	<p>Generalización del comportamiento de interés (cómo se ha visto afectada su vida personal y/o cómo afecta a otros)</p> <p>Gravedad del comportamiento de interés (qué tan grave considera el paciente su problema)</p> <p>Intentos anteriores de solución: Personales, Profesionales, No profesionales.</p>	<p>¿Qué es lo que pretende lograr y/u obtener el paciente al asistir a terapia?</p> <p>¿Cómo se visualiza el paciente al término de la terapia?</p>

<p>Situaciones que incrementan la conducta</p> <p>Qué es lo que piensa al término del evento</p> <p>Consecuencias: A corto y largo plazo</p>		
--	--	--

Cierre

FINAL DE LA SESIÓN	ACUERDOS E INTRODUCCIÓN A LA PRÓXIMA SESIÓN
<p>Resumen de la información obtenida</p> <p>Aclaración de otras cuestiones relacionadas a la sesión</p>	<p>Planteamiento de tareas a realizar para la próxima sesión</p> <p>Propuesta de la fecha y hora de la siguiente sesión</p> <p>Cerrar la entrevista en un momento positivo con palabras de despedida</p>

Anexo 2 Modelo de análisis cognitivo conductual

Paciente: Edad:			Sesión de Evaluación Fecha:
E (historia)	O (organismo)	R (respuesta)	C (consecuencia)
<p>C.I. 1 Eventos antecedentes de la conducta</p> <p>Situaciones estímulo externas</p> <p>Dónde: Cuándo: Con quién: A qué hora:</p> <p>Situaciones estímulo internas</p> <p>Reacciones físicas o pensamientos antecedentes al episodio.</p>	<p>Enfermedades relacionadas a C.I</p> <p>Habilidades:</p> <p>Características que posee el individuo para afrontar su padecimiento</p>	<p>C.I. 1</p> <p>Motor:</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Fisiológico:</p>	<p>¿Qué pasa después de C.I?</p> <p>Corto Plazo</p> <p>Largo plazo</p>