

Síndrome de *burnout*: Un problema moderno

The burnout syndrome: a modern problem

ISSN 2071-8748

E-ISSN 2218-3345



BY NC SA

URI: <http://hdl.handle.net/11298/1181>

DOI: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>

Javier Lovo
jvrlovo@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4887-7640

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de postgrados
Sección Medicina Familiar
Programa UES-ISSS

Recibido: 19 de mayo de 2020
Aceptado: 12 de octubre de 2020

Resumen

El concepto de *estrés* desarrollado por la biología ha tenido una poderosa influencia en los campos de la psicología y medicina. Existen múltiples estresores, que mantienen al organismo en un estado de hiperactivación, para dos reacciones: luchar o huir. Uno de los estresores más comunes, de manera crónica, es el medio laboral. Cuando los mecanismos de adaptación son superados, se presentan distintas alteraciones, una de ellas es el llamado *síndrome de burnout*. Está compuesto por: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Lo que genera, una constelación de síntomas, con múltiples consecuencias en la calidad de vida de las personas. En este artículo, abordamos, la definición del síndrome, su epidemiología, fisiopatología, factores de riesgo, las manifestaciones clínicas y diagnóstico. Describimos, por último, pautas de prevención y tratamiento.

Palabras clave

Síndrome de *burnout*. Estrés en el trabajo. Enfermedades ocupacionales. Adaptación (Psicología). Adaptación (fisiología). Fisiología del trabajo.

Abstract

The concept given to stress by the field of biology has had a powerful influence in psychology and medicine. There is a wide variety of stressors which keep the organism in a state of overexcitement due to the fight or flight response. The work environment is one of the most common known sources of chronic stressors. The burnout syndrome is one of many alterations that appear as a consequence of exceeding our adaptation mechanisms. This disorder is characterized by emotional distress, depersonalization and a decreased feeling for personal fulfillment. This altogether triggers a group of symptoms that carry multiple consequences in the quality of life of those who suffer from it. This article addresses this syndrome's definition, its risk factors, epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations and diagnosis. Finally, it includes a description for its prevention and treatment.

Keywords

Burnout syndrome. Stress at work. Occupational diseases. Adaptation (Psychology). Adaptation (physiology). Work physiology.

Introducción

Uno de los conceptos desarrollados por la Biología, que más influencia ha ejercido en el área de la Psicología y Medicina, ha sido el de *estrés*. La comprensión de los mecanismos subyacentes, que pueden llevar a un individuo a superar sus capacidades de adaptación, ha sido un tema central en la moderna investigación psicológica. Aunque las llamadas *enfermedades por adaptación* han perdido el enfoque que originalmente se les había asignado, el concepto de *estrés*, como el modelo de quiebre ante tensiones sostenidas en el tiempo, con la consecuente presentación de alteraciones orgánicas en el individuo, sigue teniendo un rol central para la comprensión de muchos trastornos.

Este concepto novedoso, se desarrolla a partir de los trabajos fisiológicos pioneros de Selye (1960), que identifica el estrés como la suma de repuestas fisiológicas, principalmente hormonales, inducida como reacción a estresores. Es la activación del eje hipotálamo-hipófisis-cortico-suprarrenal, que genera la elevación de la producción de corticoides y la activación subsiguiente del eje simpático-médulo-suprarrenal. Es lo que Selye describe como desencadenante del estrés, generándose toda esta repuesta ante estímulos inespecíficos. Cuando esta activación es sostenida en el tiempo, se presenta el síndrome general de adaptación, con todos los cambios y alteraciones funcionales, que pueden progresar a daños morfológicos en el individuo (Sandín, 2003). Estas repuestas inespecíficas generadas ante la inadaptación es lo que se conoce como *estrés*. Se debe reconocer que, ante estresores, el organismo despliega una serie de medidas adaptativas que tratan de compensar las alteraciones a las que el organismo se ve sometido, pero estas medidas pueden tener tal magnitud que sean capaces de generar más daño, comparado al causado por el estresor.

Cannon (1932) introdujo el concepto novedoso de *homeostasis*, que es fundamental para comprender las repuestas del organismo ante los estresores. El principio básico de la homeostasis establece la repuesta de los seres vivos para reestablecer el equilibrio de su medio interno, una vez que este ha sufrido algún tipo

de alteración. Es decir, a una acción de cambio en el organismo le sigue una reacción para intentar recobrar el punto inicial. Por ejemplo, si alguien sufre de calor, el organismo genera una repuesta de sudoración, hiperventilación y la necesidad de moverse del sitio caluroso hacia otro con temperatura más baja, logrando de esta manera alcanzar el equilibrio perdido. Lo mismo ocurre cuando se sufre una herida, conllevando a pérdidas sanguíneas abundantes, que amenaza el equilibrio interno. Ante esto, el organismo despliega mecanismos locales, tales como la vasoconstricción, y sistémicos, como la activación plaquetaria, con la consiguiente resolución de la amenaza, regresando al equilibrio.

En un trabajo previo, Cannon (1929) había estudiado las repuestas defensivas de lucha o huida. Estas repuestas se generan en el organismo como un mecanismo de homeostasis, involucrando principalmente efectos del sistema nervioso autónomo y neuroendocrino. Los cambios ante las demandas ambientales, se reflejan en procesos metabólicos dirigidos a suministrar al organismo la energía necesaria para llevar a cabo comportamientos adaptativos, como es el caso de huir o luchar (Vila et al., 2009). El organismo es sabio para usar mecanismos que le conduzcan al equilibrio, pero la sabiduría del organismo es una sabiduría a corto plazo (Dubos, 1969). El hombre, puede perfectamente adaptarse a condiciones insalubres o adversas sin perder el equilibrio de su medio interno, por un periodo breve de tiempo; pero si se prolonga, el cuerpo, en su afán de mantener la homeostasis general, sacrifica la estabilidad de sus partes, hasta que esa misma inestabilidad que se ha acumulado destruye todo el sistema.

El ser humano moderno se enfrenta a condiciones prolongadas de activación ante la lucha o huida, como es el caso del estrés generado por las condiciones laborales. Es en este contexto, que se ha descrito el llamado síndrome de *burnout*, que consiste en un trastorno adaptativo crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento a las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de las personas (Gutiérrez Aceves et al., 2006). Este conjunto de manifestaciones

clínicas ante un estresor crónico, como lo es el medio laboral, es el objeto de este trabajo.

Historia

La primera mención del término la encontramos en el trabajo de Graham Green, quien en una publicación de 1961 titulada “*A burnout case*” narra la historia de un arquitecto, atormentado por la repetición que le impone su profesión, por lo que decide, como última salida, dejar la vida que lleva y marcharse a la selva africana en busca de paz (Quiceno y Alpi, 2007).

Freudenberger (1974) retoma el término en sus escritos, la clínica en la que laboraba recibía continuamente voluntarios. Observó que, después de un año de trabajo repetitivo comenzaban a manifestar pérdida de la energía, con síntomas de agotamiento; que conducía al desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión. Seguían asistiendo a la clínica y haciendo su trabajo, pero sin ningún tipo de motivación, haciendo sufrir el trato con los pacientes, ya que por lo regular los voluntarios se mostraban agresivos y apáticos hacia ellos. Hizo uso del término de *burnout* para referirse al desgaste ocasionado por demandas crónicas y excesivas de un trabajo.

En estos primeros años, el concepto de *burnout* no despertó mayor interés en la comunidad científica, hasta que Maslach (1982) publica sus trabajos, definiendo las bases que conforman el síndrome. Describió que este: involucra cansancio personal, despersonalización y baja realización personal, que sigue a la presentación de estrés laboral por un tiempo prolongado. La influencia de sus trabajos fue tal que, hasta el día de hoy, los principios que ella cimentó siguen siendo aceptados por la comunidad científica. Christina Maslach, junto al psicólogo Michael P. Leiter, desarrolló un instrumento novedoso para medir el síndrome de *burnout*, que desde su publicación y hasta el día de hoy continúa siendo uno de los test más aplicados en el área (Maslach y Jackson, 1981) (Maslach y Jackson, 1986).

Desde la aparición del concepto, en los últimos 30 años el avance en el tema ha sido vertiginoso,

desarrollándose en todo el mundo centenares de estudios sobre esta patología sociolaboral, que describen más de 100 signos y síntomas asociados con ella (Quiceno y Vinaccia, 2007). Sin embargo, pese a la gran cantidad de publicaciones científicas que han explorado la presentación del síndrome en las más variadas profesiones, siguen persistiendo aspectos que no están del todo claros.

Definición

La definición clásica de *burnout* fue formulada por Maslach (1993), quien lo considera un síndrome psicológico, de agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal, que puede ocurrir en individuos normales. Esto implica que, cuando decimos que un profesional está “quemado”, debe reflejar el hecho de que una situación (laboral, familiar o social) le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción de manera adaptiva. Es el final de un proceso continuado de tensión y estrés (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991). Así, la presentación de *burnout* es la secuencia predecible de la persistencia de un estresor dentro del ámbito laboral, seguido por un periodo de mal ajuste a los cambios que se harían necesarios para mantener la homeostasis psicológica del individuo.

Existe un estado de estrés, con hiperactivación del sistema simpático sin resolución, que a la larga sobrepasa la capacidad de la contención fisiológica de la persona, y se manifiesta por la triada de agotamiento, despersonalización y sensación de no realización. Posteriormente viene la aparición de síntomas graduales, que solo reflejan el estrés que no fue resuelto.

Gil Monte y Peiró (1997), lo definieron como una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, los cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales, todo esto como consecuencia del estrés crónico. Otros autores como Schaufeli y Enzmann (1998), lo han definido como un estado mental relacionado con el trabajo, negativo, persistente, que se presenta en individuos normales, y

que se manifiesta por un sentimiento de incompetencia, malestar, desmotivación y disfuncionalidad laboral. Podemos notar que en estas definiciones siempre está implícito el modelo triaxial, que ha sido duramente criticado por el traslape de la sintomatología descrita como propia del síndrome, con cuadros de depresión (Bianchi, Schonfeld y Laurent, 2015).

Recientemente, el modelo triaxial clásico ha sido estudiado ampliamente; considerado que el agotamiento emocional, pieza central de la definición original, está asociado más consistentemente con síntomas depresivos que con los otros dos ejes del *burnout* (Bianchi, Schonfeld y Laurent, 2015), estos autores concluyeron, que las definiciones que incluye este término deben ser modificadas para dar lugar a la incorporación de estos síntomas individuales dentro de la definición de depresión clínica. La discusión aún continúa abierta.

Epidemiología

El síndrome de *burnout* ha sido estudiado prácticamente en todas las profesiones. El porcentaje de personas que han sido identificadas por presentar la sintomatología clásica depende del tipo de profesión de que se trate, de las demandas que se ejercen en el trabajo, de la percepción que tienen los trabajadores sobre su propia realización personal, entre otras variables que ejercen influencia. El personal de salud, es de las profesiones más estudiadas, particularmente los profesionales médicos y de enfermería (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014).

Rodríguez et al. (2018) realizaron un metaanálisis sobre la prevalencia de *burnout* entre médicos residentes de varias especialidades, que incluyó 26 estudios que cumplían las características necesarias para ser incorporados. Encontraron un 35,7 % de prevalencia. Otro estudio realizado entre los estudiantes de Medicina, residentes y médicos practicantes reportó una prevalencia superior al 50 % en esta población (Rothenberger, 2017). Pero esto no es solo en el área médica. Entre la población de enfermería, un metaanálisis reportó una prevalencia

de 51,98 %, habiéndose incluido 21 estudios (Ying Ying et al., 2018).

Un estudio sobre *burnout* en profesores peruanos reportó una prevalencia de un nivel moderado de hasta 93,7 % moderado y 6,3 % severo entre la población masculina, encontrándose en la población femenina un 91,5 % moderado y 7,5 % severo (Arias Gallegos y Jiménez Barrios, 2013). En conductores de transporte público de la ciudad de Arequipa, en Perú, se reportó una prevalencia de 54,3 % (Arias Gallegos, Mendoza del Solar, y Masías Salinas, 2013). En policías, hasta un 53 % de la presentación grave del síndrome ha sido reportada (Arias Gallegos, y Jiménez Barrios, 2012). En la población alemana, se ha descrito la prevalencia de *burnout* a lo largo de toda la vida en un 4,2 % (Maske, Riedel-Heller, Seiffert, Jacobi y Hapke, 2016), lo cual demuestra la gran cantidad de variables que influyen en la presencia del síndrome. No pretendemos revisar las estadísticas de los miles de estudios que se han realizado sobre el tema. Nuestra intención solo es demostrar que el síndrome, como tal, siempre está presente en algunas poblaciones con un valor alarmantemente alto, por la naturaleza demandante de sus actividades. En otros estudios de población general, que incluyen todo tipo de trabajadores con los más diversos puntos de vista sobre satisfacción laboral, la prevalencia general se reportó más baja, pero siempre se encontró.

Fisiopatología del síndrome

La clave para comprender la fisiopatología del *burnout*, reside en el concepto de *estrés*. Se asocia siempre el término con un efecto negativo, cuando no siempre es así. El estrés como tal es una respuesta adaptativa que prepara al individuo, para una reacción de huida o lucha, que le protege y favorece la conservación de la especie. Cuando el individuo sometido a una situación de sobredemanda logra adaptarse, se le conoce como *eustrés*; y estas repuestas eficaces y controladas en el individuo son necesarias para su adaptación al entorno, cuyas demandas son variables.

Los estilos de vida actuales generan múltiples estresores que se prolongan en el tiempo. Los aspectos

laborales son uno de los estresores más comunes. La experiencia subjetiva de la persistencia en el tiempo de sobredemandas laborales, favorece el desarrollo de estrés agudo que luego se torna crónico (Kopp, Skrabski, Székely, Stauder y Williams, 2007).

La información percibida sobre el estresor es compilada por el tálamo, luego se activa el córtex prefrontal (capacidad de decidir, memoria a corto plazo y atención) junto con el sistema límbico (que realiza las comparaciones entre la nueva situación y experiencias previas del individuo). Finalmente, llega la respuesta general de organismo, poniendo en acción a la amígdala y al hipocampo, con la subsecuente activación del complejo hipotálamo-hipófisis, que da inicio a la repuesta hormonal ante la situación de estrés (Hsu et al., 2001).

El síndrome general de adaptación ante el estrés, se ha dividido en tres fases: 1. *La alerta*: Como repuesta al estresor, las glándulas suprarrenales se ven estimuladas por el hipotálamo para que secreten adrenalina. El fin de esto es producir la energía necesaria ante una repuesta inmediata (se aumenta el estado de vigilancia, la frecuencia cardiaca y se produce una vasoconstricción con el objetivo de desplazar los nutrientes a los órganos más esenciales ante la repuesta). 2. *La defensa*: Solo se activa si la repuesta estresante se prolonga en el tiempo. El cortisol es la hormona que será secretada por las suprarrenales. Este se encarga de mantener los niveles de glucosa en sangre constantes, de manera que no falten nutrientes a órganos esenciales como el cerebro, el corazón y los músculos. De esta forma, la adrenalina aporta inmediatamente la energía que se requiere y el cortisol se asegura de que las reservas no sufran disminución. Si la situación no se resuelve en estas dos fases, se presenta la fase 3. *el agotamiento* con las subsecuentes alteraciones hormonales crónicas, que se manifiesta con síntomas psicológicos y físicos; el organismo se desborda en su propia repuesta, las hormonas secretadas comienzan a mostrar menos eficacia y tienden a acumularse en el torrente sanguíneo, generando a su vez una secuencia de eventos negativos (Duval, González y Rabia, 2010).

Cada una de estas fases, ante la persistencia del estresor laboral, irá generando una serie de signos y síntomas, tanto somáticos como psicológicos, que será la parte visible de la reacción general de que el organismo está sufriendo.

Factores de riesgo

Estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral; trabajo por turnos, atención a usuarios problemáticos; contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte; falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de papeles; falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones y rápidos cambios tecnológicos se han identificado como factores de riesgo (Gil Monte, 2001).

Se ha desarrollado una taxonomía de factores de riesgo para el síndrome de *burnout* (Gil Monte y Peiró, 1997), que incluye cuatro niveles, agrupando todos los aspectos posibles. Estos son: factores individuales, relaciones interpersonales, nivel organizacional y entorno social.

Como un primer agente de riesgo, se han relacionado las actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, adicionalmente, los horarios de trabajo excesivos, los altos niveles de exigencia, las falsas expectativas, los bajos niveles de desafío y el exceso de estandarización (Álvarez, 2011). Por su parte, Castañeda Aguilera y García de Alba (2010) describieron como principales factores de riesgo, en una población de 240 médicos que se sometieron al estudio, los siguientes aspectos: ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad institucional y contratación de base.

López Palomar, García Cueva y Pando Moreno (2014) identificaron como factores de riesgo los siguientes: condiciones del lugar de trabajo, carga del trabajo, contenido y característica de las tareas, exigencias laborales, papel laboral y desarrollo de la carrera, interacción social y aspectos organizacionales y remuneración del rendimiento. Otros autores han

identificado una serie de factores de riesgo para *burnout*, interconectados con distintos aspectos de la actividad laboral. Estos son los relacionados con la tarea (la carga mental, la autonomía, el descanso, la motivación, las demandas, la ambigüedad y la comunicación) (Martín Daza y Pérez Bilbao, 1997); los relacionados con la organización la participación, la formación y el crecimiento personal); y los factores relacionados con las relaciones interpersonales y el trabajo (relaciones satisfactorias, pertenencia y dirección (Puchol et al., 2003). Los factores de riesgo son multivariados y van a comprender desde aspectos personales, sociales, organizacionales y laborales hasta culturales. Con el surgimiento de nuevas modalidades de trabajo, se hace importante reconocerlos para trabajar en su prevención.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Se han descrito tres componentes como parte del síndrome: agotamiento emocional (pérdida de energía, desgaste, fatiga), despersonalización o deshumanización (cinismo, actitudes negativas e insensibilidad) y baja realización personal (Gutiérrez Aceves, Celis López, Moreno Jiménez, Farías Serratos y Suárez Campos, 2006). Sus manifestaciones pueden ir desde formas leves: cansancio, dificultad para levantarse y quejas vagas; moderadas: suspicacia, aislamiento y negativismo; graves: ausentismo, aversión, abuso de estupefacientes y repuesta enlentecida; y sus formas extremas: suicidio, colapso, aparición de cuadros psiquiátricos y aislamiento completo (Saborío Morales y Hidalgo Murillo, 2015).

Aunque los signos y síntomas del *burnout* son muy complejos, ya que se han descrito en la mayoría de profesiones, en líneas generales se han encontrado las siguientes manifestaciones:

Psiquiátricas: Deterioro silente de la persona, depresión y ansiedad crónicas, alteraciones del carácter, suicidios, disfunción familiar y presencia de adicciones (Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros Estrada, 2012). Otros autores lo han descrito más detalladamente por categorías. Así, entre los síntomas emocionales encontramos los siguientes: agotamiento emocional, hostilidad, odio e irritabilidad,

dificultad para la expresión y control de emociones, aburrimiento, impaciencia, ansiedad, desorientación y síntomas depresivos (Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007).

Cognitivas: Pérdida de significado y de valores, desorientación cognitiva, desaparición de expectativas, modificación del autoconcepto, pérdida de la creatividad, cinismo, distracción y criticismo aumentado (Carlin y Garcés de los Fayos Ruíz, 2010). En el ámbito conductual se ha descrito: ausentismo, dejar de lado las responsabilidades, autosabotaje, desvalorización, desorganización, sobre implicación, la no toma de decisiones y el abuso de alcohol, tabaco, café y drogas (Caballero Domínguez, Hederich y Palacio Sañudo, 2010).

Somáticas: Jaquecas, palpitaciones, hipertensión, diarrea, insomnio, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, alteraciones menstruales, fatiga crónica, lumbalgias, cervicalgias y alergias (Savio, 2008).

Entre las consecuencias sociales, se han mencionado evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, aislamiento y evitación profesional (Pérez, 2010).

En el ambiente laboral, se ha encontrado detrimento en la capacidad de trabajo y en la calidad de servicio prestada a los clientes, aumento de la hostilidad en las interacciones y deficiencias en la comunicación (Illera, 2006).

Estos síntomas, que hemos referido, son algunas de las manifestaciones que la literatura mundial ha revelado. Lo que queda claro es que las alteraciones que conlleva la presentación del síndrome de *burnout* afectan a todos los sistemas orgánicos, en detrimento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En cuanto al diagnóstico del síndrome, existe una serie de instrumentos desarrollados en estos últimos años. Sin embargo, el que continúa siendo más utilizado es el *Maslach Burnout Inventory*, que en su forma original consta de 22 ítems, divididos en tres escalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal [8 ítems] (Carrillo-Esper, Gómez

y Espinoza de los Monteros, 2012). Otras pruebas disponibles son los siguientes: Cuestionario Breve de *Burnout*, El *Burnout Measure*, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el Inventario de *Burnout* de Psicólogos, Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería, Cuestionario de *Burnout* para el Profesorado rev., *Holland burnout Assessment Survey*, *Teacher Burnout Questionnaire* y *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007).

Se han desarrollado otros instrumentos más recientes como: *Copenhagen Burnout Inventory*, *Oldenburg Burnout Inventory* y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Moreno Jiménez, Gálvez Herrero, Garrosa Hernández, y Mingote Adá, 2006).

Prevención y tratamiento

Se han propuesto medidas de apoyo en las siguientes áreas: emocional (relacionada con las muestras de efecto, confianza y preocupación por las personas que laboran); instrumental (los adecuados recursos materiales para realizar el trabajo y los necesarios incentivos económicos); informativa (que le permita a los trabajadores tener el conocimiento sobre el síndrome y la manera de contrarrestarlo); evaluativa [que sería una forma de retroalimentación en el profesional sobre sus propias actividades y la manera de optimizarlas] (Thomá, Ayala, Sphan y Storti, 2016).

López-Elizalde (2004), formuló los siguientes puntos clave para la prevención de *burnout* en personal de salud: 1. Desarrollar un proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana, 2. Formación, 3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo 4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes, 5. Limitar la agenda laboral, 6. Tiempo adecuado para cada paciente, 7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar, 8. Formación continua dentro de la jornada laboral, 9. Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos y 10. Diálogo efectivo con las autoridades.

El síndrome de *burnout* es un problema complejo y difícil de abordar. Algunas intervenciones han sido individualizadas, centrándose en la persona con medidas de afrontamiento, de gestión de tiempo y modificación de los estilos de vida (Olmedo y Santed, 1999). Esta visión, ha centrado su enfoque en el individuo, sosteniendo que la persona sufre el síndrome por aspectos de su propia personalidad, carácter o conducta. Esta ha inducido a que las estrategias utilizadas en este modelo se focalicen en cambios individuales. Este modelo ha sido el predominante en el manejo del síndrome, donde ha prevalecido la promoción de estrategias de afrontamiento ante las crisis. Otros autores, sin embargo, han desarrollado un enfoque social en el que consideran que la causa del *burnout* reside en la interacción entre las personas y con los sistemas laborales existentes (Leiter y Maslach, 2000), lo que, para su prevención, conllevaría cambios en la organización del trabajo y en la relación entre las personas, es decir, debería ser más estructural, que solo funcional.

Reconocer y eliminar los estresores, mejorar la calidad de vida y el funcionamiento organizacional, junto con promover estrategias de afrontamientos, han sido actividades efectivas. Se debe fortalecer las habilidades sociales y el apoyo social que los trabajadores reciben (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003). Las intervenciones individuales son las más implementadas, porque en la práctica su aplicación es sencilla. La parte más difícil del conglomerado de acciones requeridas, recae en el clima organizacional, así como en la estructura misma de los lugares de trabajo, cuyos modelos por lo general son rígidos y muy difícilmente se abren al cambio, aunque sea necesario. En este sentido, se sugieren intervenciones organizacionales, tales como estructuras más horizontales, jerarquía descentralizada y con mayor grado de independencia, promociones internas justas, flexibilidad horaria, apoyo a la formación y fortalecimiento de las relaciones interpersonales (Castro, 2005).

Moss (1989) recomendaba algunas intervenciones personales: explorar oportunidades para aprender y crecer en el trabajo, establecer objetivos personales y

metas profesionales alcanzables, practicar una gestión eficaz del tiempo de trabajo, dividir el tiempo personal y laboral en espacios manejables y hacer un inventario personal de todos los recursos positivos con los que se cuenta para la realización del trabajo.

Paine (1982) sugirió un modelo de manejo del *burnout* basado en los pasos siguientes: 1. Identificar la presencia del síndrome, 2. Su prevención mediante estrategias de afrontamiento y facilitar toda la información del problema a los trabajadores, 3. Realizar actividades de mediación para reducir la evolución del síndrome o invertir el avance negativo que haya presentado y 4. Aplicar un tratamiento a los trabajadores que han sido diagnosticados con el síndrome. Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia.

Queda claro que las intervenciones para la prevención del síndrome de *burnout* involucran actividades de promoción de la salud y de bienestar psicológico en la población. El trabajo es una necesidad para la subsistencia, pero las condiciones para realizar las labores que se requieran deben ser óptimas, el clima organizacional debe ser amigable, los sistemas de promoción deben ser justos, las retribuciones económicas deben cubrir las necesidades primarias en la vida de los trabajadores. Se deben realizar ajustes en las organizaciones de modo que el síndrome de *burnout* no se presente o se presente en una baja proporción; se debe ser capaz de detectar en el trabajador la presencia de su sintomatología, de darle el soporte social que se requiera y de enviarle a recibir la atención médica o psicológica necesaria para resolver la problemática. Se debe tener claro que trabajadores sanos aseguran una mayor productividad que aquellos aquejados por el síndrome de *burnout*, por lo que su manejo y prevención es y será una prioridad para la salud laboral.

Conclusión

El síndrome de *burnout* presenta una alta prevalencia entre todas las poblaciones laborales que se han estudiado, pese a ello sigue sin prevenirse ni tratarse adecuadamente. No se ha tomado conciencia real de

los costos que la presencia del síndrome representa en la calidad de vida de las personas y más aún en la producción de las organizaciones, que sin duda incide directamente en la generación de plusvalía. Se hace, por tanto, fundamental y prioritario el comprenderlo, reconocer sus manifestaciones clínicas y las consecuencias que es capaz de generar. También se vuelve piedra angular el establecimiento de medidas para prevenirlo y el desarrollo e implementación de técnicas eficaces y efectivas cuando ya está presente. La necesidad de un manejo adecuado del síndrome de *burnout*, trasciende lo meramente individual, para convertirse en una de las necesidades más grandes de la sociedad. La productividad y la economía general, se sustentan en la productividad de la población laboral, que se ve seriamente afectada y reducida cuando no se reconoce el *burnout*; ocurre de igual manera cuando se ignora su presencia y no se maneja de una forma efectiva.

Referencias

- Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de *burnout* o el desgaste profesional. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de *burnout*: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4. Recuperado de https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- Arias Gallegos, W. L. y Jiménez Barrios, N. A. (2012). *Estrés crónico en el trabajo: estudios del síndrome de burnout en Arequipa*. Arequipa, Perú: Universidad Católica San Pablo.
- Arias Gallegos, W. L. y Jimenez Barrios, N. A. (2013). Síndrome de *burnout* en docentes de educación básica regular de Arequipa. *Educación*, 22(42), 53-76. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/5291/5288>
- Arias Gallegos, W. L., Mendoza del Solar, L. y Masías Salinas, M. A. (2013). Síndrome de *burnout*

- en conductores de transporte público de la ciudad de Arequipa. *Revista peruana de psicología y trabajo social*, 2(2), 111-122. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275346165_SINDROME_DE_BURNOUT_EN_CONDUCTORES_DE_TRANSPORTE_PUBLICO_DE_LA_CIUADAD_DE_AREQUIPA
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Is *burnout* separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 1005-1011. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25527209/>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the *burnout* syndrome a distinct illness? *Frontiers Public Health*, 3, 158. doi: doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158
- Caballero Domínguez, C. C., Hederich, C. y Palacio Sañudo, J. E. (2010). El *burnout* académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(1), 131-146. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2004-15415-000>
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W Norton & Co.
- Carlin, M. y Garcés de los Fayos Ruíz, E. J. (2010). El síndrome de *burnout*: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K. y Espinoza de los Monteros Estrada, I. (2012). Síndrome de *burnout* en la práctica médica. *Medicina interna de México*, 28(6), 579-584. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Castañeda Aguilera, E. y García de Alba, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(1), 67-84. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615449006.pdf>
- Castro, R. (2005). Síndrome de *burnout* o desgaste profesional: Breve referencia a sus manifestaciones en profesores universitarios. *Anuario*, 28. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc28/28-6.pdf>
- Dubos, R. (1969). *Hombre, medicina y ambiente*. Venezuela: Monte Ávila.
- Duval, F., González, F. y Raba, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272010000500006#:~:text=Cl%C3%A1sicamente%20el%20estr%C3%A9s%20se%20define,eje%20hipotal%C3%A1mico%20pituitario%20adrenal.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165. doi: doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gascón, S., Olmedo, M. y Ciccotelli, H. (2003). La prevención del *burnout* en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 55-66. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3942/3797>
- Gil Monte, P. R. (julio, 2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *burnout*): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*, 3(5), 1-5. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion
- Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (January, 1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sindrome_de_quemarse

- Gutiérrez Aceves, G. A., Celis López, M. Á. C., Moreno Jiménez, S., Farías Serratos, F. y Suárez Campos, J. de J. (2006). Síndrome de *burnout*. *Archivos de neurociencias*, 11(4), 305-309. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Hsu, D. T., Lombardo, K. A., Bakshi, V. P., Balachandran et al (2001). *Acute stress-induced increases in thalamic CRH mRNA are blocked by repeated stress exposure*. *Brain research*, 915(1), 18-24. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006899301028074>
- Illera, D. (2006). Síndrome de *burnout*, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. *Revista de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 8(3), 21-29. Recuperado de <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/916/705>
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (abril, 2014). Síndrome de *burnout* en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010
- Kopp, M. S., Skrabski, Á., Székely, A., Stauder, A. y Williams, R. (2007). *Chronic stress and social changes: socioeconomic determination of chronic stress*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113(1), 325-338. doi: doi.org/10.1196/annals.1391.006
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (2000). *Preventing burnout and building engagement*. San Francisco, United States of America: Jossey-Bass.
- López Palomar, M. D. R., García Cueva, S. A. y Pando Moreno, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y *burnout* en población económicamente activa de Lima, Perú. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 164-169. doi: [dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300007](https://doi.org/10.4067/S0718-24492014000300007)
- López-Elizalde, C. (2004). Síndrome de *burnout*. *Revista mexicana de anestesiología*, 27(1), 131-133. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041ac.pdf>
- Martín Daza, F. y Pérez Bilbao, J. (s.f.). *Factores Psicosociales: Metodología de evaluación* [versión de Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de https://pri-sectoreducativo.saludlaboral.org/documentos/documentacion/bibliografia/ntp_443.pdf
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de *burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de comunicaciones Vivat Academia*, (112), 1342-80. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
- Maske, U. E., Riedel-Heller, S. G., Seiffert, I., Jacobi, F., & Hapke, U. (2016). Prevalence and comorbidity of self-reported diagnosis of *burnout* syndrome in the general population-results of the german health interview and examination survey for adults (DEGS1). *Psychiatrische Praxis*, 43(1). Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26200429/>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New York, United States of America: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: A multidimensional perspective*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout* (pp. 19-32). Washington, DC, United States of America: Taylor and Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory* (2ª ed.). Palo Alto, CA, United States of America: Consulting Psychologists Press.
- Moreno Jiménez, B., Gálvez Herrer, M., Garrosa Hernandez, E. y Mingote Adá, J. C. (december, 2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*, 38(10), 544-549. doi: doi.org/10.1157/13095925
- Moss, V. A. (november, 1989). *Burnout. Symptoms, causes, prevention*. *AORN journal*, 50(5), 1071-2. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/journal/aorn-journal/vol/50/issue/5>
- Olmedo, M. y Santed, M. A. (1999). *El estrés laboral*. Madrid, España: Klinik.
- Paine, W. S. (1982): *Overview: Burnout stress syndromes and the 1980s: job stress and burnout: research*

- theory and intervention perspectives*. Beverly Hills, CA, United States of America: Sage.
- Puchol, A. S., Martín del Río, B., Rodríguez de Limia Ramírez, K., Benavides, Gil, G. y Martínez Zaragoza, F. A. (2013). Factores de riesgo psicosocial laboral y *burnout* en función de la categoría profesional. *Revista de psicología de la salud*, 1(1), 74-93. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611612>
- Quiceno, J. M. y Vinaccia Alpi, S. B. (2007). *Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>
- Rodríguez, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., y Gonçalves, A. K. (november, 2018). *Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE*, 13(11). doi: doi.org/10.1371/journal.pone.0206840
- Rothenberger, D. A. (june, 2017). *Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action*. 60(6), 567-576. Recuperado de https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2017/06000/Physician_Burnout_and_Well_Being__A_Systematic.5.aspx
- Saborío Morales, L. y Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de *Burnout*. *Medicina legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
- Sandín, B. (enero, 2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International journal of clinical and health psychology*, 3(1), 141-157. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
- Savio, S.A. (2008). El síndrome del Burn out: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*, 1(8), 121-38. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578052>
- Schaufeli, W. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, England: Taylor & Francis.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires, Argentina: Compañía General Fabril Editora.
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S. y Stortti, M. A. (enero, 2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 153(1), 18-21. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.pdf
- Vila, J., Guerra, P., Muñoz, M. A., Perakakis, P., Delgado, L. C., Figueroa, M. y Mohamed, S. (2009). La dinámica del miedo: la cascada defensiva. *Escritos de psicología (Internet)*, 3(1), 37-42. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300005
- Ying-Ying, Z., Wen-Li, H., Wen, Q., Chong-Fang, Z., Cui, K. & Ying-Lei, W. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and *burnout* in nursing: A meta-analysis. *Journal of nursing management*, 26(7), 810-819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>