



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD
OCUPACIONAL, SEGURIDAD E HIGIENE**

**“Síndrome de quemarse por el trabajo en un
hospital de tercer nivel de la Ciudad de México”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
EN SALUD OCUPACIONAL, SEGURIDAD E HIGIENE**

PRESENTA:

VICENTE LOZADA BALDERRAMA

DIRECTOR DE TESIS

DR. en C. FRANCISCO FERNANDO GARCÍA CÓRDOBA



MÉXICO, D.F. JULIO DE 2010

ÍNDICE.

TEMA	Pág.
AGRADECIMIENTOS.	iv
ÍNDICE GENERAL.	v
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.	viii
GLOSARIO.	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.	2
1. ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT).	5
1.1. El abordaje de la salud mental por la salud ocupacional.	5
1.2. La necesidad de estudiar el SQT.	6
1.3. Estudio del SQT en los profesionales de la salud.	6
1.4. El SQT en hospital de referencia.	17
2. MARCO TEÓRICO.	25
2.1 MARCO CONCEPTUAL DEL SQT.	25
2.1.1 Definición del estrés.	26
2.1.2 Definición del SQT.	28
2.1.3 Diferencias y similitudes entre el estrés y el SQT.	30
2.2 ETIOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA DEL SQT.	33
2.2.1 Variables epidemiológicas del SQT.	33

TEMA	Pág.
2.2.2 Signos y síntomas del SQT.	40
2.2.3 Consecuencias del SQT.	48
2.3 DIAGNÓSTICO DEL SQT	55
2.3.1 Medición del SQT.	55
2.3.2 Tipos de instrumentos para medir el SQT.	58
2.4 INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SQT.	76
2.4.1 Intervención del SQT.	76
2.4.2 Prevención del SQT.	83
3. MÉTODO.	88
3.1 Planteamiento del problema.	88
3.2 Objetivo principal.	88
3.3 Objetivos secundarios.	88
3.4 Propósito.	88
3.5 Justificación.	89
3.6 Tipo de estudio.	90
3.7 Universo y tamaño de la muestra.	90
3.8 Variables estudiadas.	90
3.9 Criterios de selección.	92
3.10 Descripción del procedimiento.	93
3.11 Recursos y materiales empleados.	93
3.12 Plan de análisis estadístico.	94

TEMA	Pág.
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	95
5. CONCLUSIONES	102
6. RECOMENDACIONES	102
7. FUENTES DE INFORMACIÓN	103
ANEXOS.	110
Anexo A. Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.	110

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

TABLAS	Pág.
Tabla 1. Principales pruebas generales y específicas para medir el SQT	60
Tabla 2. Maslach Burnout Inventory: subescalas, número de ítems y clasificación según la puntuación obtenida	69
Tabla 3. Estudio del SQT utilizando el CESQT-PS.	77
Tabla 4. Distribución de la población estudiada.	91
Tabla 5. Variables sociodemográficas y laborales de los grupos estudiados.	97
Tabla 6. Síndrome de quemarse por el trabajo por subescalas en el personal encuestado.	98
Tabla 7. Correlación de Pearson entre las subescalas del CESQT-PS y las variables sociodemográficas laborales.	99

FIGURAS	Pág.
Figura 1. Principales diferencias entre el estrés y el Burnout.	32
Figura 2. Modelo que integra el síndrome de quemarse por el trabajo dentro del proceso de estrés laboral.	42
Figura 3. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo según P. R. Gil-Monte (2003).	46
Figura 4. Consecuencias del SQT.	53
Figura 5. Modelo de medida del Burnout.	57
Figura 6. Modelo teórico del SQT a través del CESQT.	74

GLOSARIO.

- **Culpa.** Desarrollo de sentimientos de culpa debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los clientes de la organización.
- **Desgaste psíquico.** Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
- **Estrés:** Respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, es decir, la respuesta global a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona.
- **Estrés laboral:** Proceso en el cual las condiciones del entorno exceden o sobrepasan la capacidad de adaptación de las personas, ocasionando cambios psicológicos y biológicos que puedan afectar la salud.
- **Ilusión por el trabajo.** Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal.
- **Indolencia.** Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

- **Salud Ocupacional:** Es una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes, y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo.
- **Síndrome de quemarse por el trabajo:** Es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa

LISTA DE ABREVIATURAS.

- **CESQT:** Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.
- **CESQT-PE:** Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo, versión para profesionales de la educación.
- **CESQT-PS:** Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo, versión para profesionales de la salud
- **CIE:** Clave internacional de enfermedades.
- **MBI:** Maslach Burnout Inventory.
- **MBI-HSS:** Maslach Burnout Inventory Human Services Survey.
- **MBI-ES:** Maslach Burnout Inventory Human Educators Survey.
- **MBI-GS:** Maslach Burnout Inventory General Survey.
- **HR:** Hospital de referencia.
- **IRQ.** Índice de Riesgo de Quejas.
- **OIT:** Organización internacional del trabajo.
- **OMS:** Organización mundial de la salud.
- **UTIA:** Unidad de terapia intensiva de adultos.
- **SQT:** Síndrome de quemarse por el trabajo.

RESUMEN.

El **objetivo** fue conocer cuál es el grupo de trabajadores de la salud más susceptible a presentar síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en un hospital de tercer nivel de atención médica (HTNAM) de la Ciudad de México. **Procedimiento:** Estudio transversal, de campo, observacional y descriptivo; desarrollado en un HTNAM, la población fue integrada por muestras representativas de médicos (26%, n=82), enfermeras (26%, n=83), técnicos auxiliares de diagnóstico médico (26%, n=82), trabajadoras sociales (9%, n=30) y personal de limpieza (13%, n=40), a los cuales se les aplicó 317 encuestas utilizando el “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*” (CESQT). **Resultados:** La edad promedio fue de 32.29 años (D.S. ± 5.9); La prevalencia del SQT en la población general fue del 6.30% (n=20), destacando el grupo enfermeras con el porcentaje más alto (14.4%, n=12), seguido de las trabajadoras sociales, quienes a su vez presentaron 2 casos de SQT grave, se observó que la subescala de la culpa tiene correlación significativa entre el desgaste psíquico ($r=0.59$; $p < 0.01$) y la indolencia ($r=0.51$; $p < 0.01$). **Conclusiones:** El grupo más susceptible que presentó SQT fueron las enfermeras. La subescala de la culpa mantiene relación significativa con el desgaste psíquico y la indolencia. El tiempo en la profesión tiene correlación significativa con la edad y el tiempo en el puesto de trabajo y alta correlación significativa con el tiempo en la organización.

Palabras clave: SQT, CESQT, trabajo, quemarse y psíquico.

ABSTRACT

The aim was to determine which group of health workers most susceptible Burnout, work (QTS) in a tertiary hospital care (HTNAM) of Mexico City. Procedure: Cross, field, observational and descriptive in a HTNAM developed, the population was composed of representative samples of physicians (26%, n = 82), nurses (26%, n = 83), technical aids for medical diagnosis (26%, n = 82), social workers (9%, n = 30) and cleaners (13%, n = 40), which surveys 317 were applied using the "*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*" (CESQT). Results: The mean age was 32.29 years (SD +5.9); The prevalence of burnout in the general population was 6.30% (n = 20), highlighting the nurses group with the highest percentage (14.4%, n = 12), followed by social workers, who in turn presented 2 cases of severe burnout, there was the guilt subscale has significant correlation between psychological exhaustion ($r = 0.59$, $p < 0.01$) and indolence ($r = 0.51$; $p < 0.01$). Conclusions: The group most susceptible to burnout were presented nurses. The subscale of guilt remains significantly related to psychological exhaustion and indolence. The time in the profession has significant correlation with age and time on the job and highly correlated significantly with time in the organization.

Keywords: burnout, CESQT, work, and mental burn

“El fuego inicial de entusiasmo, dedicación y compromiso con el éxito se ha quemado (burned out), dejando detrás las brasas humeantes del agotamiento, cinismo e ineficacia.” (Maslach, 2009, p. 37).

INTRODUCCIÓN.

Según referencias emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el estrés ocupa un lugar importante en la causas inmediatas a los accidentes y la aparición de enfermedades laborales; además de que en los últimos años el estrés laboral está siendo ya considerado como una enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores, Varela, Salinero, Solano, Lemus, y de las Heras (2001). Por ello enfrentar y prevenir los problemas de salud que afectan a los trabajadores del área médica se ha convertido en un desafío ineludible dentro de las complejas transformaciones que influyen sobre la asistencia sanitaria actual. Los profesionales de la salud, no escapan a esta consideración, ya que están expuestos a tareas que demandan una cantidad importante de estrés, que condiciona la aparición de diferentes padecimientos. La especial dificultad es que ni los afectados ni su entorno reconocen estos trastornos como enfermedad, o lo hacen demasiado tarde; dentro de este tipo de padecimiento juega un papel importante el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), también llamado *Burnout* o de desgaste profesional.

Por lo anterior el presente trabajo centra su objetivo principal en conocer cuál es el grupo más sensible a presentar SQT en el equipo de salud de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, además busca indagar la prevalencia del Burnout, así como las posibles relaciones que existen con factores psicosociales para la presencia o ausencia del SQT.

A través de la aplicación del “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) del Dr. Pedro Gil Monte, (2006) el cual está formado por 20 preguntas que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 preguntas); desgaste psíquico (4 preguntas); indolencia (6 preguntas) y culpa (5 preguntas).

Lo anterior con el propósito de mejorar la salud mental de los trabajadores a través de la aplicación de estrategias de intervención que permitan disminuir la prevalencia del SQT en grupos de riesgo del citado nosocomio. Por ello el presente trabajo de tesis presenta en su capítulo 1 los antecedentes científicos que fortalecen aún más la importancia del abordaje que realiza la salud mental dentro de la salud ocupacional, justificando de esa manera el estudio del SQT en grupos de riesgo como son los profesionales de la salud.

Posteriormente y para entrar más en materia, el marco teórico de la presente tesis hace una descripción integral del SQT, iniciando por el marco conceptual del estrés y el SQT, haciendo énfasis en sus semejanzas y diferencias (subcapítulo 2.1); para después continuar con el subcapítulo 2.2, el cual nos refiere la etiología y sintomatología del citado síndrome, ubicando los signos y síntomas más importantes, así como sus posibles consecuencias. A continuación tiene lugar la parte medular del marco teórico, al presentar el diagnóstico del SQT (subcapítulo 2.3), piedra angular en cualquier investigación del SQT, al citar la variabilidad de pruebas psicométricas que existen hoy en día para evaluar el síndrome de referencia.

Por último, la intervención y prevención del SQT materializadas en el subcapítulo 2.4, nos instruyen cómo interponerse en la organización para advertir la presencia del SQT en los trabajadores.

Consecutivamente y continuando con los capítulos de la tesis, la parte de los materiales y métodos (capítulo 3) nos lleva de la mano para presentar las técnicas y procedimientos utilizados para llegar al objetivo principal del trabajo, resaltando en este sentido la aplicación de un nuevo cuestionario para estudiar el SQT. El capítulo 4 no revela los resultados derivados de los procedimientos utilizados enfatizando en los principales comportamientos encontrados, buscando discutir las posibles concordancias y acuerdos con la evidencia publicada al respecto.

La parte final del trabajo cita las principales conclusiones y recomendaciones del mismo, esperando despertar el interés en la comunidad científica en continuar estudiando el SQT en población mexicana en grupos de riesgo ocupacional.

1. ANTECEDENTES DEL SQT.

1.1 El abordaje de la salud mental por la salud ocupacional. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OSP), el término Salud Ocupacional “es una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes, y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además, procura generar y promover el trabajo sano y seguro, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo, realzar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible; la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo”, Tudon (2004).

De ahí que es importante considerar que para mantener y elevar el bienestar mental de los trabajadores, se debe primeramente investigar cuál es la incidencia del SQT, con el fin de tener un panorama global de cómo se encuentra la salud mental de los trabajadores, por ello diversos autores justifican la necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout.

1.2 La necesidad de estudiar el SQT. En el año de 1999 Gil y Peiró en su trabajo perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, mencionan que la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse viene unida al estudio de los procesos de estrés laboral dado al interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.).

Otra circunstancia relevante que justifica el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo es el creciente auge de las organizaciones de servicios, tanto en el sector público como privado, en la que la calidad de la atención al usuario o al cliente es una variable crítica para el éxito de la organización.

1.3 Estudio del SQT en profesionales de la salud. Pardo, López, Moriña, Pérez, Freire y Fernández en su trabajo ¿Estamos quemados en Atención Primaria? realizado en el año 2002 investigó la presencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) y la sintomatología sugestiva entre 95 trabajadores adscritos a los Centros de Salud del Distrito Sanitario Huelva-Costa de la provincia de Huelva, España. Su estudio fue transversal descriptivo, utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), identificándose adecuado grado de respuesta (72%).

El 40% del universo estuvo representado por el sexo masculino y el 40% por el sexo femenino la edad obtuvo una de media 40,7 años; el 37% eran médicos de familia, 5,2% pediatras, 29,47% enfermeros, 6,3% auxiliares y el 22,03% administrativos-celadores; el 45,26% presentaba alteraciones físico-psíquicas que se atribuyeron a su trabajo: 65,11% ansiedad-estrés, 13,95% cefaleas, 13,95% afectaciones osteoarticulares, y depresión el 6,97%.

En este estudio los autores consideraban que los problemas laborales de la población estudiada afectaban su vida familiar “nada” un 29,47%, “un poco” 30,52%, “moderadamente” 32,63% y “bastante” 4,2%, concluyeron que existía un alto grado de desgaste profesional en los sujetos estudiados, en particular afirmaron haber encontrado sintomatología preferentemente psíquica a la actividad laboral, baja influencia apreciada sobre vida familiar así como la necesidad de intervención y prevención sobre este desgaste de los profesionales.

Además se observó que existen factores que pudiesen atenuar el SQT, los cuales tienen implicación directa a nivel institucional: aumento del tiempo de atención de los pacientes, disminución de las consultas, desburocratización de la asistencia, mejorar el clima de trabajo en los centros y su relación con el segundo nivel, posibilidad de una estabilidad profesional.

Como se puede observar en trabajo de Pardo et. al.. los grupos más estudiados de los profesionales de la salud son los médicos (42,2%) y los enfermeros (29,47%), los cuales experimentaron un importante alto grado de SQT que los hace más vulnerables a este tipo de padecimientos, de ahí que a continuación analizaremos los estudios más sobresalientes sobre este padecimiento en Médicos.

1.3.1 El SQT en los Médicos. Martínez, Medina, y Rivera (2005) en su trabajo adicciones, depresión y estrés en médicos residentes, menciona que algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de drogas y, en general en conductas problemáticas son: el medio ambiente que rodea al sujeto, la desorganización social, alta disponibilidad de drogas, tensión, estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que desempeña el sujeto; por tal circunstancia centro su trabajo en analizar la relación entre el consumo de estas sustancias y algunos factores de riesgo (depresión y estrés) en un grupo de profesionales de la salud.

Se utilizó una muestra de 192 médicos residentes de ambos sexos, entre 24 y 37 años de edad, trabajadores de un hospital general de la Ciudad de México a quienes se les aplicó un instrumento estructurado que mide consumo de alcohol y drogas y que determina la presencia de depresión y estrés. Se encontró que el horario de trabajo y los hábitos de salud general son irregulares.

En cuanto al consumo de alcohol se reportan índices elevados (65%); los patrones de consumo de alcohol indicaron que 41.2% de los consumidores son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves y que del total de consumidores de alcohol (n = 149), 74.5% pertenecen al sexo masculino y 25.5% al sexo femenino. Con relación al consumo de drogas se detectó también un alto consumo (23.2%), y con base en la división entre drogas médicas y drogas no médicas se destaca que del total de consumidores de drogas médicas, 7.3% de los sujetos consumieron analgésicos narcóticos alguna vez en su vida, 10.6% utilizó tranquilizantes, 2.2% sedantes y 3.4% anfetaminas/estimulantes. Dentro de las drogas no médicas se encontró que la droga más usada es la marihuana con 4.5% de usuarios, seguida por la cocaína con un porcentaje de 2.8.

En cuanto al análisis estadístico en las escalas de estrés y de depresión reportaron que los índices de sujetos con alto nivel de estrés, se encuentran en el 14% de los sujetos estudiados y en la escala de depresión se identificaron 47.5% de los sujetos con signos depresivos. Martínez et. al. culminaron su investigación afirmando que existían altos niveles de estrés y depresión, además de una relación directa y significativa entre el consumo de alcohol y de drogas y los signos y síntomas de depresión y estrés; por todo lo anterior es importante no descartar el consumo de drogas en relación al SQT.

Seguido de este estudio, Aranda, Pando, Torres, Salazar y Franco (2005) en su trabajo: factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia resalta aspectos importantes de comentar. El principal objetivo de estudio fue determinar la presencia de los factores psicosociales laborales (sociodemográficos y laborales) y su relación con el síndrome del SQT en los médicos de familia que laboran en instituciones de salud en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Los autores se basaron en Organizaciones Internacionales de suma importancia en nuestro ámbito, como son la OMS y la OIT. En el trabajo se utilizaron dos cuestionarios: uno con variables sociodemográficas y laborales y el otro con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para evaluar la presencia del síndrome. Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. El 92,9% contaba con la especialidad, los demás tenían la licenciatura; sin embargo, en su contrato de trabajo eran considerados como médicos de familia. Los resultados detectaron la prevalencia del SQT en los médicos de familia de 41,8%.

Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión “agotamiento emocional”. Se concluyó que aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo.

Entre las medidas preventivas tenemos la de evitar que la enfermedad o el daño llegue; si la enfermedad ya se instauró, habrá que controlarla, tratarla, pedir apoyo y evitar complicaciones. Cuanto más pronto se instaure las medidas preventivas, la evolución o curación serán una realidad. Como se puede observar en los estudios citados, el estrés juega un papel importante en la incidencia del Burnout, ya que por un lado está muy relacionado con el consumo de drogas y la depresión (Martínez *op. cit.* 2005) y por otro es posible adoptar medidas preventivas con el fin de atenuar el SQT (Aranda *ibíd.* 2005).

1.3.2 El SQT en el personal de enfermería. En el año 2005 Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín y Haro estudiaron a un grupo de enfermeras en el IMSS, el objetivo de este estudio fue identificar frecuencia y factores asociados al SQT en personal de enfermería de un hospital de especialidades de Guanajuato, México. El estudio fue transversal analítico y protectivo, en donde se estudiaron 236 enfermeras, a diferencia de otros estudios, en este se aplicó un cuestionario de 35 ítems el cual fue de forma aleatoria y en forma cegada, propuesto por Cyberia Shink; al igual que en la mayoría de trabajos se estudiaron variables como antigüedad en el puesto, puesto de trabajo, turno y tipo de servicio, categoría laboral y edad. Utiliza y fortalecen los conceptos de Frudenberger (1974) y Maslach (1982). De las enfermeras estudiadas, 92 (39%) mostraron datos de presencia del SQT.

Se encontraron diferencias estadísticas con enfermeras que no presentan síndrome de Burnout en cuanto a la edad ($p = 0.001$), puesto de trabajo ($p = 0.05$) y antigüedad en el puesto ($p = 0.05$). Pero no con el tipo de servicio ($p = 0.36$), turno ($p = 0.86$) ni categoría laboral ($p = 0.96$). La validez del cuestionario se llevó a cabo mediante alfa de Cronbach: 0.74. Correlación entre agotamiento profesional y ambiente laboral: $r = 0.73$. Se concluyó que la confiabilidad del instrumento usado puede considerarse aceptable. La edad y el puesto de trabajo son factores relacionados en el personal de enfermería. Los empleadores, administradores y supervisores de los servicios de salud tienen que promover acciones preventivas, a fin de adecuar en las enfermeras sus condiciones laborales actuales con sus características biológicas. El trabajo de Cabrera et. al. sin duda que estudia un grupo de suma importancia en los profesionales de la salud, las enfermeras, las cuales, si bien es este estudio de investigación no reportaron un alto grado del SQT (39%) si mostraron que la edad y el puesto de trabajo son factores asociados al citado síndrome.

Por otra parte Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez (2005), así como Juárez (2007) han demostrado de manera categórica la relación significativa entre los síntomas cardiovasculares y el SQT al hacer estudios en el personal de enfermería buscando dicha relación, encontrando y planteando la hipótesis de que a mayor cansancio físico y emocional percibido en y por el trabajo hay un aumento en la presencia de síntomas de enfermedad cardiovascular.

Además de hacer válida la relación entre la tensión arterial y el modelo de tensión laboral en población mexicana, destacando la asociación de la inseguridad en el empleo con indicadores cardiovasculares, lo que hace trascendente su importancia en el contexto laboral mexicano, sugiriendo de ello futuros estudios y un trabajo de prevención y vigilancia permanente de estos factores en los campos de la salud ocupacional, así como en la salud pública en términos de su rol en la epidemiología cardiovascular.

De lo anterior creo indispensable resaltar la importancia que tiene el personal de enfermería como grupo de riesgo al SQT. Otro grupo no muy estudiado es el del personal cirujanos dentistas, lo cuales si bien no fueron considerados en este estudio de investigación, no dejan de sumarse a la incidencia del SQT en los profesionales de la salud, por ello a continuación se datan algunos aspectos importantes a considerar.

1.3.3 El SQT en los cirujanos dentistas. Sin bien no existen muchas investigaciones realizadas en personal de odontología en comparación con los médicos y/o personal de enfermería, algunos autores han indagado en la frecuencia del SQT en odontólogos, tal es el caso de Díaz, Pérez y Lartigue (2006) abordaron el citado síndrome en cirujanos dentistas, este trabajo tuvo como objetivo determinar la frecuencia del SQT en un grupo de 156 odontólogos del D.F., tomando en consideración que se ha encontrado evidencia de que algunos odontólogos sufren altos niveles de estrés relacionados con su trabajo.

En donde las variables relacionadas con su estado civil, nivel de escolaridad, tiempo de antigüedad en el trabajo tuvieron una relación con el SQT. Los instrumentos de evaluación fueron el cuestionario general de salud, cédula de eventos recientes de Colmes y Rahe (1967), y el inventario de Burnout, encontrando 31 probables casos, es decir personas que reportan síntomas suficientes para necesitar apoyo terapéutico, siendo el sexo femenino el más afectado. Con el inventario de Burnout se detectaron 42 personas (26.92%) con nivel bajo, 76 (48.72%) con nivel medio y 38 (24.36%) con nivel alto de estrés. En la cédula de eventos recientes se detectaron 25 odontólogos (16.03%) con nivel bajo, 84 (53.85%) con nivel medio y 47 (30.13%) con nivel alto de estrés.

Como se puede observar los cirujanos dentistas son un grupo importante de profesionales de la salud que al igual que los médicos y las enfermeras presentan cifras importantes de SQT, por ello los resultados obtenidos en esta investigación son interesantes. No sólo para el conocimiento del estado emocional de los odontólogos, los cuales al estar con niveles de desgaste detectados en las pruebas realizadas, deberán de someterse a la valoración especializada, para confirmar o detectar el mismo, sino porque traducen la urgente necesidad de que se introduzcan modificaciones en la dinámica de la organización de los departamentos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Existe otro grupo que por su actividad laboral ligada directamente con la atención a las personas es susceptible de presentar Burnout, estamos hablando del personal de trabajo social, mismo que analizaremos a continuación.

1.3.4 El Trabajo Social y el SQT. En estudios realizados con asistentes sociales, Söderfeldt, Söderfeldt y Warg (1995) señalan que ellos presentan una relación muy estrecha con sus clientes y se encuentran involucrados en complejas situaciones sociales, mientras que su actividad posee escaso reconocimiento social y se desarrolla con falta de recursos. A su vez, Jonhson y Stone (1987, 1991) reportan que los asistentes sociales presentan menos índices de Síndrome de Burnout que otros profesionales estudiados, tales como enfermeras y personal médico en general. Sin embargo, de 18 estudios con asistentes sociales investigados por Söderfeldt et. al.. (1995), diez mencionaban que el síntoma más habitual era la actitud negativa hacia el cliente, la desmotivación y el desgaste emocional.

Las investigaciones realizadas en asistentes sociales que trabajan en hogares de menores y servicios de protección infantil muestran en general despersonalización y menos satisfacción laboral (Drake y Yadama, 1996), asociado con que deben lidiar con conflictos familiares prolongados, y la presencia de factores tales como permanecer largos períodos de tiempo con los clientes o niños atendidos, en algunos casos superiores a tres años.

Egg (1987), señala que el trabajo social es básicamente una profesión de ayuda a personas en estado de necesidad. Por su parte, el código internacional de ética del trabajo social (1976) plantea que el "trabajador social tiene como obligación suprema el servicio de los demás, lo cual debe privar sobre cualquier otro interés o ideología particular". Si bien estas concepciones son interesantes en su planteamiento filosófico, algunos autores han sido más críticos con la profesión (Kisnerman, 1998), señalando que estos principios sólo quedan en el papel y que en algunos ámbitos del ejercicio profesional, se ha producido una burocratización e institucionalización de la profesión.

En las investigaciones relacionadas con el servicio social y SQT se muestra que el rol ideal de la profesión y la realidad profesional son incompatibles, lo cual ha sido estudiado como ambigüedad de roles y existencia de apoyo social. De acuerdo con Söderferdt et. al. (1995), la diferencia del trabajo social con otras profesiones como enfermería, es que el SQT se correlaciona más con insatisfacción laboral que con falta de claridad de asignación de roles dentro de las instituciones. Incluso la despersonalización que se produce en áreas médicas no se produciría en el trabajo social por el tipo de contacto directo, y prolongado tiempo con el cliente. Además, Um y Harrison (1998) señalan que los asistentes sociales no utilizan la red de apoyo y presentan dificultades para comunicar el agotamiento y el cansancio.

1. 4 El SQT en el hospital de referencia. Para este caso el hospital donde se llevo a cabo el trabajo de tesis, fue en un hospital de tercer nivel de atención médica de alta especialidad, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de México, actualmente tiene capacidad para 830 camas censables y cuenta con 48 especialidades médicas, para lo cual lo llamaremos en adelante hospital de referencia (HR).

Diversos estudios se han realizado en relación a las actividades donde se desenvuelve el HR, tal es el caso del trabajo de Moreno, Menéndez y Cruz (2001) estudiaron los factores psicosociales y estrés en el medio de referencia. Este trabajo aborda el tema principal del estudio de investigación a realizar en particular; además de que hace un análisis sobre la práctica y experiencia psíquica en las últimas actividades relacionadas con el HR. Se analiza cómo han contribuido éstas al estudio de los factores psicosociales y el estrés en el medio de referencia. Se considera que es una necesidad, en este medio, continuar el abordaje del estrés, pero insistiendo en el estudio de los factores predisponentes, fundamentalmente psicosociales para una adecuada prevención.

Así mismo Ventura, Bravo y Hernández (2005) en su trabajo: trastorno por estrés postraumático en el contexto medico de referencia, expone una revisión sobre una enfermedad de gran importancia para la medicina ya que es junto al trastorno por estrés agudo, la enfermedad psiquiátrica propia de los conflictos armadas entre 2 o más naciones.

También se hace un recuento de antecedentes históricos que permitieron llegara al concepto actual de trastorno de estrés postraumático, así como sus criterios diagnósticos, epidemiología y tratamiento y aunque para este estudio de investigación el trastorno de estrés postraumático no es el tema principal, pero la muestra representativa es una comunidad de médicos que integra el equipo de salud, la cual seguramente tiene factores asociados este trastorno y seguramente al síndrome de Burnout.

Así también y dentro de los establecimientos de educación que acuden al HR, se han realizado diversos estudios sobre el comportamiento del síndrome de Burnout, tal es el caso del trabajo titulado: “frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el HR y factores relacionados”, el estudio fue realizado por García y Barrera (2004).

El objetivo del trabajo fue determinar los factores que influyen en el personal de enfermería para la presentación de una queja durante el desarrollo del trabajo en el hospital de referencia. Por tal motivo se deseaba conocer los factores que influyen en el desempeño de las actividades del personal de enfermería, durante los cuidados o trato con los pacientes o familiares de los mismos, como son su nivel de autoestima, de cansancio emocional, desgaste laboral entre otras, como posible elementos que interfieren con la atención del personal de enfermería-paciente.

El estudio fue de tipo descriptivo-retrospectivo, comparativo y correlacional, el universo de estudio fue una muestra representativa del personal del departamento de enfermería del hospital de referencia en donde se incluyó al personal que labora en las áreas de hospitalización de cualquier edad o sexo con experiencia mínima de un año; se obtuvo aceptación mediante consentimiento informado por escrito para participar en el estudio; se aplicaron un total de 8 instrumentos, dos de ellos diseñados específicamente para este estudio y el resto para uso común; el plan de análisis incluyó la descripción de variables porcentuales y medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlacional.

El nivel de confianza fue de 95% y el máximo error aceptado fue de 5%. Se estudiaron 110 sujetos (hombres y mujeres). La frecuencia de quejas fue de 11.8% y los principales factores asociados son crisis vital ($p=0.002$), baja autoestima ($p=0.002$), realización personal limitada ($p=0.030$), distrés significativo ($p=0.000$), clima laboral inadecuado ($p=0.002$) y síntomas psicopatológicos ($p=0.005$). Se formuló el Índice de Riesgo de Quejas (IRQ), mismo que es más elevado en personal con quejas ($p=0.027$). Obteniéndose los siguientes resultados: la frecuencia de quejas en relación con la atención de enfermería en el hospital de referencia es de 11.8% y se asocia a factores individuales e institucionales factibles de prevenir, para lo cual se describen recomendaciones específicas.

Como se puede comprobar este trabajo es actual y estudia al grupo de enfermeras, el cual es muy sensible a este Síndrome, y utiliza una serie de instrumentos de medición que permiten discriminar el estrés en el clima laboral asociando factores causantes de quejas durante la práctica de la enfermería; así también propone un IRQ con el que es posible conocer y estudiar al personal susceptible de generar quejas por parte de los pacientes y/o sus derechohabientes; sería interesante fortalecer este estudio a través de la generación de nuevas líneas de investigación que permitan conocer mejor el IRQ.

De igual manera los estudiantes de medicina García, Meléndez y Serna (2005) en su estudio del SQT en pasantes de medicina del HR determinaron la prevalencia del síndrome en este grupo de trabajadores de la salud. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal el cual se llevó a cabo en las instalaciones del hospital de referencia. Se incluyó una muestra de 90 pasantes de medicina del citado nosocomio que aceptaron participar en el estudio firmando la carta de consentimiento informado; a los cuales se les aplicaron los siguientes cuestionarios: escala de Maslach modificada; cuestionario sociodemográfico; cuestionario de screening de ansiedad ASQ-15 y la escala para la medida de depresión de Zung y Conde, mismos que fueron aplicados durante el mes de Abril de 2005; la investigación se llevó a cabo en tres fases: primera fase: presentación del proyecto; segunda fase: aplicación de los cuestionarios y tercera fase: codificación y procesamiento de la información.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: La edad de los pasantes de medicina fue de 25.58 años promedio. Al aplicar la teoría de conjuntos para interpretar los datos generados, se obtuvo que la muestra de 60 encuestados, 2 presentaron algún grado de ansiedad como forma única (3.33%); se identificó en 7 de ellos del SQT de forma única (11.6%) y no existió algún grado de depresión de manera aislada en dichas personas. Los encuestados que presentaron ansiedad y SQT a la vez fueron 8 (13,33%); los encuestados que presentaron depresión y síndrome de Burnout fueron 2 pacientes (3.33%) y 5 encuestados presentaron ansiedad y depresión a la vez (8,33%).

En general la prevalencia del SQT fue de 40%, es decir 24 individuos obtuvieron elevado puntaje para el cansancio emocional y/o despersonalización. Concluyeron que la prevalencia del SQT encontrada en pasantes de medicina del HR es de 40%, de ansiedad 36% y de depresión 23% obtenida por test autodilenciados. No se encontró asociación estadística significativa de mayor riesgo de presentar el síndrome en sujetos con algún grado de depresión en contra parte se encontró una asociación estadísticamente significativa de mayor riesgo de experimentar SQT en sujetos que presenta ansiedad. Es importante resaltar que en este trabajo de investigación se busca la relación del SQT con la depresión y ansiedad. Por otra parte se hicieron modificaciones a la Escala de Maslach cambiando palabras más entendibles para los encuestados.

Otro estudio más desarrollado en el HR estuvo a cargo la enfermera Torres (2003), quien estudió el síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en el HR en los diferentes turnos y áreas. El objetivo fue determinar la incidencia del SQT de acuerdo a la prueba de Maslach, en el personal de enfermería que labora en los diferentes turnos y áreas del HR y determinar la relación entre cada una de las dimensiones exploradas en la prueba mencionada y la variables sociodemográficas del personal citado.

El estudio fue de tipo transversal; en donde se utilizaron dos cuestionarios, en el primero se analizó las variables sociodemográficas y en el segundo se aplicó la test de autocontrol de Maslach; el universo de estudio estuvo determinado por una muestra representativa de 124 encuestadas; la encuesta fue anónima y se aplicó a los enfermeras en los diferentes servicios del Hospital antes mencionado. Se encontró una prevalencia del 100 % del SQT en la población muestra y una relación estadísticamente significativa entre el MBI y las variables de la entrevista sociodemográfica. Se encontró que el 100% de la población encuestada presentaba el síndrome de Burnout y se pudo comprobar en forma estadísticamente válida que si hay una relación directa entre las variables sociodemográficas y las tres dimensiones del SQT.

Un dato interesante de este trabajo, es que la autora refiere al síndrome de Burnout dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), lo cual, si bien no es cierto, no deja ser un punto importante que tal vez podría ser considerado en la parte de problemas relacionados con el estrés, no clasificados (Z73.3); por otra lado, surge el interés y la duda del 100% observado del SQT en la población estudiada, ya que no queda clara la comprobación estadística, sin embargo la investigación de referencia resalta la importancia de seguir estudiando al grupo de enfermeras en el HR.

Por último las estudiantes de enfermería Barbosa y Rivera (2006), estudiaron el Clima laboral en el servicio de terapia intensiva de adultos del HR. Contemplando los siguientes objetivos: 1. Analizar el tipo de clima laboral que se da en el servicio de terapia intensiva de adultos (UTIA), y su repercusión en el personal de enfermería. 2. Valorar los factores que actúan y determinan el clima laboral del servicio. 3. Proponer alternativas suficientes de solución para lograr un clima laboral positivo y 3. Mejorar las condiciones del clima laboral que redunden en el mejoramiento de la salud física, mental y emocional del paciente y del personal de enfermería. El estudio fue de tipo transversal, analítico, descriptivo, el cual estuvo determinado por una muestra de 20 de enfermeras mismas que integran el equipo de salud del UTIA del HR; a este grupo de enfermeras se les aplico un cuestionario sobre clima laboral en su área de trabajo.

Durante la aplicación del cuestionario sobre el clima laboral, las investigadoras encontraron que el 75% de las enfermeras conocen adecuadamente el concepto del clima laboral; el 90% les gusta mucho el trabajo donde laboran; el 60% siempre se sienten motivadas por parte de sus jefes inmediatos en el desempeño de su trabajo; el 70% en ocasiones están insatisfechas en su trabajo y el 85% considera que el clima laboral es puede ser identificado por los pacientes.

Concluyeron que el clima laboral en la UTIA es estresante pero no es determinante como para no permitir la adaptación, las enfermeras cuentan con recursos suficientes para dominar el ambiente y para contribuir con disposición de decisión en la modificación del sistema de trabajo. Dicho estudio aborda un tema interesante “el clima laboral” de cual parten la mayoría de padecimientos en salud ocupacional, además de que en lo general estos estudios no estiman pertinentemente estudiar en primera instancia el clima laboral; también cabe destacar que dentro del marco teórico se contextualizan conceptos como ergonomía, medicina en el trabajo, antropometría lo que realza y sustenta aun más el contenido teórico; así mismo resulta interesante el abordaje de las relaciones interpersonales que se deben de existir en el equipo de salud. Por último destaca la inclusión de un tema de actualidad como la calidad en la atención del paciente, la cual puede ser resultante de un adecuado clima laboral en el personal de enfermería.

Por todo lo anterior, es importante enfocar el estudio de la salud ocupacional hacia el mantenimiento y el fortalecimiento de la salud mental en los profesionales de la salud, ya que si bien existen factores predisponentes para el consumo de drogas en médicos residentes y/o la presencia de depresión; también habrá factores de riesgo sociodemográficos susceptibles de prevenir en el personal de enfermería, odontología y/o trabajo social; en la inteligencia que el equipo de salud que labora en ámbito de referencia no está exento de presentar este tipo de padecimientos, de ahí que sea trascendental el estudio del desgaste profesional en el personal expuesto, con la finalidad de prevenir el síndrome del SQT, cumpliendo así la premisa de prestar atención médica integral con profesionales que gocen de una buena salud mental, garantizando con esto una atención cálida y oportuna a los padecimientos de los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL DEL SQT.

Hoy en día el Internet se ha convertido en una herramienta trascendental a la hora de buscar información, ya que en la mayoría de los casos existe la disponibilidad de una computadora, un libro o una revista en donde su logre obtener dicha información, presentándose con mayor frecuencia en el área médica.

Tal es el caso del término estrés y/o síndrome Burnout, el cual ofrece una rica información al momento de realizar una búsqueda en la red, ya que por lo general es fácil de obtener artículos que hablen al respecto, todo ello trae importantes resultados, por un lado, los buscadores de información resuelven con éxito su búsqueda. Pero por el otro, a veces resulta difícil discriminar lo importante de lo que no que no aporta información verídica, por ello es importante hacer un análisis de la información obtenida con el objetivo de diferenciar los conceptos de estrés y SQT de tal manera que se puedan ver reflejadas sus diferencias y similitudes entre ambos conceptos; por lo que el presente capítulo tratará de abordar el tema al respecto.

2.1.1 Definición del estrés.

El término estrés aparece en nuestro vocabulario en forma cotidiana, con apreciaciones muy diversas; de hecho el estudio científico del estrés, inició en 1925 con el fisiólogo austriaco Hans Selye, su labor inicio con la observación de reacciones en cadena, dadas por el organismo ante situaciones que requerían de una súbita adaptación. Hans Selye definió el estrés ante la OMS como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, es decir, la respuesta global a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona. Según Selye, el Síndrome General de Adaptación comprende tres fases:

a) Fase de alarma (ocurren modificaciones biológicas frente a una primera exposición al factor de estrés).

b) Fase de resistencia (el organismo lucha contra el factor de estrés utilizando al máximo sus mecanismos de defensa).

c) Fase de agotamiento (el organismo agota sus recursos energéticos después de un periodo prolongado de exposición al factor de estrés).

Por otra parte la Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo en su artículo Estrés... en el Trabajo (Ramos González, 2001) definen al estrés como aquella “respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores”, el texto refiere también que el estrés del trabajo puede ocasionar una salud pobre, e incluso lesiones y frecuentemente es confundido como un reto.

Pero en la mayoría de los casos las personas involucradas no ven como tal, ya que un reto nos energiza física y psicológicamente, nos motiva a aprender destrezas nuevas y a dominar nuestro trabajo.

Así mismo en el artículo estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo?, la autora Schwartzmann, 2004 refiere que el término estrés podría describirse como un proceso en el cual las condiciones del entorno exceden o sobrepasan la capacidad de adaptación de las personas, ocasionando cambios psicológicos y biológicos que puedan afectar la salud.

Como se pueden observar en las definiciones anteriores, el término estrés presenta las mismas similitudes en su concepto ya que por un lado Hans Selye contempla al estrés como una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior. Y por el otro la Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo menciona que puede ocurrir cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades; por ultimo se hace referencia que en la mayoría de los casos se presentan cambios psicológicos y biológicos que puedan afectar la salud.

2.1.2 Definición del SQT.

Pardo Álvarez (2002) en su artículo ¿Estamos quemados en Atención primaria? menciona que los profesionales sanitarios se enfrentan en el trabajo diario a numerosos riesgos de diversa índole y graves consecuencias para nuestra salud, pero quizás el más peligroso para la misma, por la dificultad de su tratamiento y que a su vez no es transmitido por el usuario, es el deterioro de la capacidad de los profesionales y el desgaste personal que éste temido síndrome nos ocasiona, nos referimos al conocido como Síndrome del desgaste profesional, síndrome de Tomas y en terminología anglosajona como síndrome del Burnout. Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudemberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York.

Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar a presentar agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “Sobrecarga emocional” o síndrome de Burnout (quemado). Más tarde esta autora lo describe como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede presentarse en individuos que trabajan con personas. (Ortega y López, 2004, p.4)

Así también varios autores (Atance Martínez, 1997; Pera y Serra, 2002) hacen referencia al SQT como tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando se trata de médicos, enfermeros, profesores, etc., y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

De lo anterior se pueden citar varias apreciaciones, en primera, ahora se habla de un trastorno que se presenta directamente en la actividad laboral; qué es característico de profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, pudiendo ser médicos, enfermeros, profesores, etc. Que en forma progresiva predispone la pérdida de energía, hasta llegar a presentarse agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión.

Así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes y/o alumnos afectándose 3 esferas de importancia: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Como se puede observar el termino SQT ha tenido diferente connotaciones que se basan principalmente a la exposición al estrés, pero tal vez se ha tratado de traducir el termino Burnout de forma incorrecta, por ello y acorde a los estudios de Gil Monte (2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010), la traducción correcta al idioma español debería de citarse como síndrome de quemarse por el trabajo, el cual es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa (Gil Monte ibíd. 2005).

2.1.3 Diferencias y similitudes entre el estrés y el SQT.

Estrés y SQT se han considerado durante mucho tiempo en términos que hacen referencia al mismo fenómeno, existiendo una gran confusión conceptual, cuestionando incluso la existencia del SQT como un cuadro diferente al estrés comúnmente referido o en otros casos asimilando a un cuadro depresivo.

Es en este sentido que cualquier revisión del tema debe tratar de calificar estos conceptos y establecer los límites entre estrés, SQT y depresión, aunque no hay duda de que son conceptos estrechamente relacionados que además pueden verse, en algunos casos, en forma sucesiva. De tal manera que las diferencias y similitudes del término estrés y el SQT, parten principalmente del abordaje del significado de cada término.

Por un lado el estrés se describe como una “respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores”. Y por otro el SQT es básicamente un concepto creado por sus autores (Freudenberg 1974 y Maslach 1981) tomando como base el hecho de que un síndrome es el conjunto de signos y síntomas, (agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, *figura 1*).

Así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes y/o alumnos) y aunque en el estrés hay también signos y síntomas, considero que el SQT es una bordaje más completo del estrés crónico y se manifiesta como una consecuencia de este ultimo; además de que el citado síndrome es diagnosticado a través de un cuestionario.

ESTRÉS	BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Desgaste emocional
Daño fisiológico es el fundamento principal	El daño emocional es el fundamento principal
Agotamiento o falta de energía física	El agotamiento afecta a la motivación y energía física
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.	La depresión es como una pérdida de ideales
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés) ²	Sólo tiene efectos negativos

Figura 1. Principales diferencias entre el estrés y el SQT (guía sobre el síndrome de quemado, 2006).

² *Eustrés*: hace referencia a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados positivos porque produce la estimulación y activación adecuadas que permite a las personas lograr en su actividad unos resultados satisfactorios.

2.2 ETIOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA DEL SQT.

Hablar del porqué se presenta el SQT, tiene hoy en día diferentes connotaciones, ya que no solo es importante citar las causas del SQT, sino también es imprescindible describir cómo se presenta la sintomatología, aunando al hecho de que seguramente este tipo de padecimientos tendrá repercusiones, lo que se generalmente se interpreta como consecuencias. De ahí que el apartado 2.2.1 aborde las principales variables epidemiológicas del SQT; la cuales generalmente son citadas como causas de SQT; posteriormente en el apartado 2.2.2 se abordará lo concerniente a la sintomatología y por último se detallarán las consecuencias del citado padecimiento (apartado 2.2.3).

2.2.1 Variables epidemiológicas del SQT.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de SQT descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables, Atanque Martínez (1997) en su trabajo titulado aspectos epidemiológicos del SQT en personal sanitario, propone una serie de variables que a continuación se describen:

La *edad* aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste,

Siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El *estado civil*, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime”: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La rotación de turno laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre la *antigüedad profesional* tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia.

Como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning (1991) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más SQT experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos SQT presentaron y por ello siguen presentes.

Si bien las variables antes descritas no son las únicas, son las que a menudo generalmente se presentan con mayor frecuencia; de hecho la mayoría de variables están relacionadas con el estrés en donde tenemos que éste en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con 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 rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores de acuerdo con Gil Monte y Peiró (1997) permite identificar cuatro niveles:

a) En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada.

Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresares del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (v.g., la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

Así mismo, varios autores describen una serie de fuentes del estrés laboral; mismo que a continuación se describen:

Cooper y Marshall (1978):

- 1- Intrínsecos del puesto de trabajo.
- 2- Resultantes de los roles organizacionales.
- 3- Desarrollo de la carrera profesional.
- 4- Relaciones interpersonales.
- 5- Estructura y clima organizacional.
- 6- Relaciones organizacionales externas.

Udirs (1980):

- 1- Demandas relativas a la tarea.
- 2- Calificaciones (nivel laboral, estatus, reconocimiento).
- 3- Demandas relativas al rol.

4- Demandas relativas a la interacción (con los superiores, con los compañeros y con otros grupos).

5- Demandas relativas a la organización (políticas de personal, clima organizacional, comunicación y participación)

Ivancevich y Matteson (1980):

1- Nivel organizacional (clima, estructura, diseño y características del puesto).

2- Nivel grupal (interrelaciones personales)

3- Nivel individual (variables de roles y desarrollo de la carrera profesional)

4- Ambiente físico.

Schuler (1982):

1- Cualidades del trabajo.

2- Roles.

3- Desarrollo de la carrera.

4- Relaciones personales.

5- Estructura organizacional.

6- Cambio organizacional.

7- Cualidades físicas.

Quick y Quick (1984):

1- Demandas de la tarea.

2- Demandas de los roles.

3- Demandas psíquicas.

4- Demandas interpersonales.

Burke (1988):

1- Ambiente físico.

2- Estructura de la organización.

3- Características del puesto de trabajo.

4- Relaciones con los demás.

5- Desarrollo de la carrera.

6- Conflictos trabajo/familia. (Buendía 1993)

Como podemos observar existen un sin fin de variables, que si bien en la mayoría de los casos tienen una relación directa con la presencia del Síndrome de Desgaste Profesional, en otros son considerados como las principales causas de este síndrome.

2.2.2 Signos y síntomas del SQT.

Desde una perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización Maslach y Jackson (1981).

La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (pacientes y familiares). Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.).

La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, policías, maestros, funcionarios de prisiones, etc.) de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.).

El SQT es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación...), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (*figura 2*).

En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo.

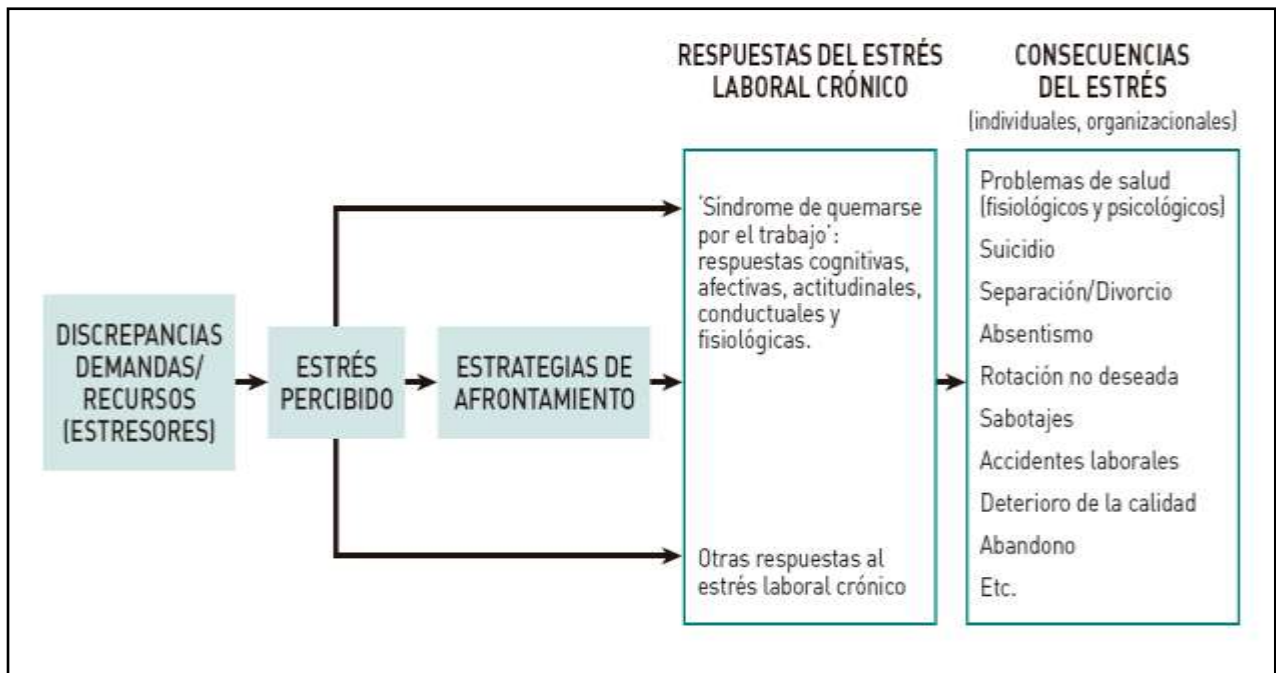


Figura 2. Modelo que integra el síndrome de quemarse por el trabajo dentro del proceso de estrés laboral, (Gil Monte 2007).

Así, el SQT es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.). Y para la organización (deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc.) (Gil Monte y Peiró *op. cit.* 1997).

Los estresores laborales felicitarán una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de la salud, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés.

Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas (*figura 2*), conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento.

De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización (Gil Monte, Peiró y Valcárcel 1998). Debido a que para los profesionales de de la salud el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los pacientes, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés.

Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos.

El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio. Este modelo elaborado para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, esto es cómo progresan sus síntomas, en profesionales de la salud (Gil Monte, 1994; Gil-Monte et. al., 1998) ha sido contrastado y ha obtenido evidencia empírica en diferentes estudios, y para diferentes colectivos profesionales como enfermería (Manzano y Ramos, 2000), profesores de niveles no universitarios (Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili, 2000), y policías locales (Durán, 2001). Estudios recientes realizados con metodología cualitativa y de carácter exploratorio (Gil Monte, Bravo, Rodríguez, y Caballer (2001), apoyados por la revisión de la literatura (Farber y Miller, 1981; Maslach, 1982a; 1982b; Price y Murphy, 1984; Scully, 1983), sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del síndrome de quemarse por el trabajo adicional a los tres síntomas ya mencionados. De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome.

Un patrón, digamos tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente -que no eficaz- para manejar el estrés laboral. De esta manera, los profesionales de la salud se pueden adaptar al entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas. No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esa respuesta -despersonalización- que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización (Figura 1). Junto con este patrón, otros profesionales (patrón B), debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones del rol y de otras variables psicosociales (orientación comunal, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización.

Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle (*figura 3*).

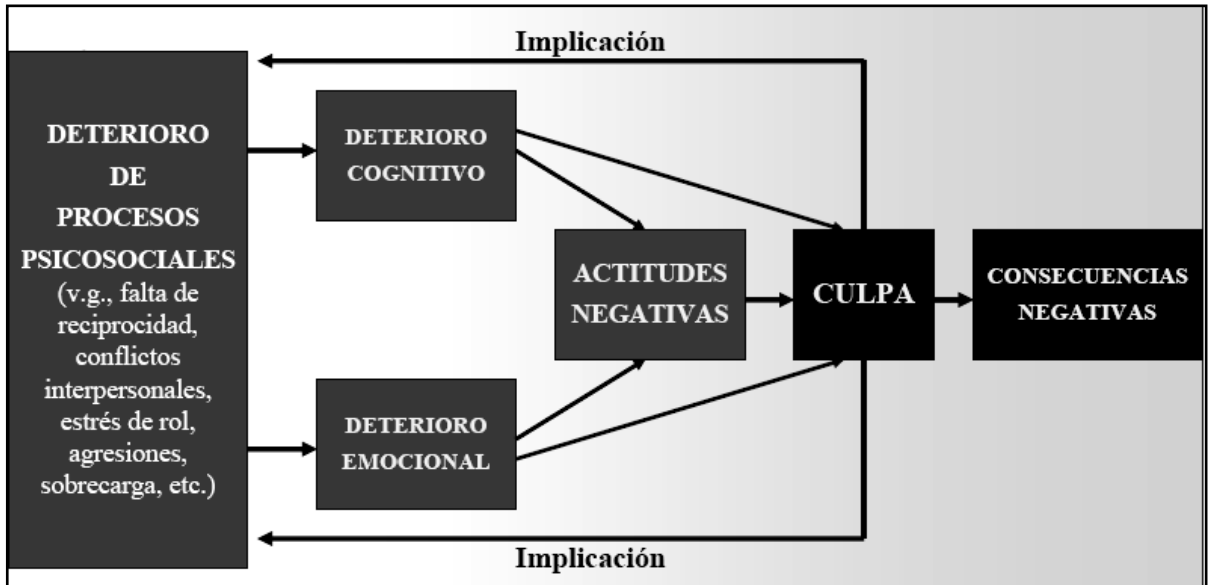


Figura 3. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo según Gil Monte (2007).

De esta manera, a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales de de la salud, aumentará su tasa de ausentismo, y aumentará su deseo de abandonar la organización y la profesión. Y aunque este modelo es un planteamiento hipotético pendiente de contrastar y confirmar empíricamente con metodología cuantitativa; se describe con el fin de detallar la importancia que tiene en el SQT.

A su vez, McCornell (1982) propone un esquema de signos y síntomas presentes en el síndrome de SQT, que pueden presentarse en el individuo:

1. *Signos y síntomas físicos:* son síntomas y signos físicos similares a los del estrés laboral. Algunos síntomas que se pueden presentar son: la fatiga, la sensación de estar exhausto (cansancio crónico).

Indiferencia o frialdad, sensación de bajo rendimiento profesional, frecuentes dolores de cabeza, disturbios gastrointestinales, alteraciones del sueño (insomnio) y deficiencias respiratorias.

2. *Síntomas conductuales:* existen graves alteraciones en el comportamiento que usualmente afectan a los compañeros, pacientes, familiares de los pacientes e incluso a sus propios familiares.

3. *Síntomas psicológicos:* pueden presentarse cambios como trabajar cada vez en forma más intensa, sentimiento de impotencia frente a las situaciones de vida laboral, sentimiento de confusión e inutilidad, irritabilidad, poca atención a los detalles, aumento del ausentismo laboral, aumento del sentimiento de responsabilidad exagerada o fuera de contexto hacia la situación de enfermedad del paciente, actitud negativa, rigidez, bajo nivel de entusiasmo, y llevar a la casa los problemas del trabajo. Además, Soderfeldt (1995) informan el consumo de alcohol y drogas, como una forma de amortiguar los efectos del cansancio y agotamiento.

De todo lo anterior podremos inferir que la sintomatología del SQT es un reflejo indudable de que la persona ha estado expuesta al estrés crónico por un determinado tiempo, que sin duda requiere la intervención inmediata para tratar de revertir las posibles consecuencias mismas que a continuación se describen.

2.2.3 Consecuencias del SQT.

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil Monte y Peiró *op. cit.* 1997).

1) *Dentro de las consecuencias para el individuo* podemos establecer 4 grandes categorías: a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad. d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.).

Problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

2) Respecto a las *consecuencias que para la organización* tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) ausentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

Al respecto también un grupo de autores (Álvarez Gallego y Fernández Ríos 1991; Cano *et. al.*, 1996; De la Fuente *et. al.*, 1994; De la Gángara, 2002; Eastburg *et. al.*, 1994; Espinosa, Zamora y Ordóñez, 1995; Flórez, 2002; Garcés *et. al.*, 1995; Gil Monte y Peiró, *op. cit.* 1997; O'Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach *et. al.*, 2001; Olabarria, 1995 y Turnipseed, 1994) manifiestan que la exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome que se pueden dividir en tres grupos:

Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas). Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.

Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, algunos autores (Álvarez Gallego y Fernández Ríos op. cit. 1991) señalan una serie de síntomas defensivos utilizados por las personas en estas circunstancias.

Como la negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es desagradable y evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. Estas medidas defensivas van a llevar a las personas que eviten a los propios usuarios, abandonen de un modo u otro el ejercicio de sus tareas asignadas incluso sus propias metas profesionales. Merece la pena resaltar la relación entre el estrés y el sistema inmunológico (Ade y Cohen, 1993; Bayés y Borràs, 1996; Bonet y Luchina, 1998; Borràs, 1995; Peiró y Salvador, 1993), el cual ha despertado un gran interés por los investigadores por sus implicaciones debido al deterioro que se puede producir en la capacidad funcional inmune del organismo.

El estrés produce a nivel general un efecto inhibitorio de las respuestas del sistema inmune; se han estudiado diferentes tipos de situaciones estresoras como por ejemplo duelo, divorcio, situaciones de exámenes, catástrofes, intervenciones quirúrgicas, cuidadores de enfermedades crónicas, etc.

(Bonet y Luchina, 1998; Gil Roales-Nieto y López, 2001; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001) en las que se ha encontrado que la capacidad proliferativa de los linfocitos T y B disminuye al igual que el porcentaje y actividad de las *Natural Killers* y la producción de diferentes interleucinas, mientras que los anticuerpos del virus latente del herpes se elevan. Todo ello hace al individuo más vulnerable a procesos infecciosos y de alteración autoinmune.

Por otra parte la guía 2006 sobre el síndrome de quemado (Burnout) manifiesta que al igual que el resto de riesgos de origen “psicosocial”, el SQT constituye un grave problema de salud laboral que afecta muy negativamente a las organizaciones de trabajo y a la sociedad en general, al “quemar” anticipadamente la “producción” de una parte de sus “recursos humanos”. Si, como acabamos de ver, las variables o desencadenantes del SQT son comunes al estrés, pues se trata de una respuesta a un estrés crónico, también comparte algunas de las consecuencias negativas para la salud física y psíquica de los trabajadores.

Ahora bien, conviene advertir de inmediato que en estos casos la gravedad suele ser mayor y, por tanto, mayores son las secuelas, en cuanto que fase especialmente madura o avanzada de distrés o estrés negativo y, por tanto, de deterioro personal y profesional. Recuérdese que es un síndrome de “agotamiento profesional” y “emocional”, por tanto crónico. El SQT surge cuando fallan todas las estrategias para afrontar la situación y supone para el trabajador “una sensación de fracaso profesional”. Las consecuencias pueden ser físicas, psicológicas y para la organización; mismas que se describen en la *figura 4*. Desde esta perspectiva, es obligado señalar la indicación de un buen número de estudios que evidencian el carácter “contagioso” del SQT, de modo que, en un breve periodo de tiempo, la organización por ende, puede caer en el desánimo generalizado.

Este riesgo de contagio “organizacional” es mayor cuando los factores que lo desencadenan están en la dirección organizativa, o cuando tiene que ver con falta de comprensión para tratar el problema. En este sentido en Europa casi 1 de cada 4 trabajadores europeos padece este SQT, según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo.

CONSECUENCIAS DEL SINDROME DEL QUEMADO O BURNOUT		
CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas, migrañas • Dolores musculares • Dolores de espalda • Fatiga crónica • Molestias gastrointestinales, úlceras • Hipertensión • Asma • Urticarias • Taquicardias 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima, desmotivación • Sensación de desamparo • Sentimientos de inferioridad • Desconcentración • Comportamientos paranoides y/o agresivos... 	<ul style="list-style-type: none"> • Infracción de normas • Disminución del rendimiento • Pérdida de calidad del servicio • Absentismo, abandonos • Accidentes

Figura 4. Consecuencias del SQT (guía sobre el síndrome de quemado, 2006).

Además, hoy se sabe que su incidencia está aumentando en toda la Unión Europea. Naturalmente, esta creciente incidencia no puede sino perjudicar la propia capacidad competitiva de la economía europea, en cuanto que el SQT tiene efectos incapacitantes para el trabajo.

Por lo tanto cada vez existe mayor relevancia en el estudio del SQT debido a la repercusión de sus consecuencias económicas. Desde esta perspectiva, los altos costos que supone a nivel individual y organizacional son un dato de experiencia, pues está probado que el SQT puede llevar al profesional a cometer más errores y negligencias, lo que a su vez conduce a un aumento en el número de las reclamaciones y denuncias, a situaciones de crispación, a bajas laborales, y a una mala utilización de los recursos.

El problema está en que el cambio de situaciones como éstas supondría, por otro lado, un aumento de los costes para la Administración, aunque reduciría considerablemente los costes indirectos derivados del síndrome. Dichos problemas no tienen fácil solución si, junto a los costes directos, no se evidencian los costes indirectos, más elevados pero distribuidos entre todos los ciudadanos, por tanto invisibles para los empleadores. Entre los costes directos figuran: *la asistencia médica y hospitalaria; los salarios durante el periodo de baja y las indemnizaciones por accidentes de trabajo.* Entre los costes indirectos, aparecen: *las pérdidas de tiempo; las multas o penalizaciones y las consecuencias comerciales (pérdida de clientes, deterioro de imagen, etc.).* A la vista de esta creciente realidad negativa conviene hacer hincapié en la necesidad de que las organizaciones, tanto empresariales como públicas, se tomen en serio tales efectos, así como el deterioro de la calidad de vida laboral que suponen.

En un contexto de economía global, y conforme a las indicaciones de las instituciones comunitarias, los aspectos del “bienestar” y la “salud” de los trabajadores son determinantes a la hora de evaluar si una organización es eficaz o no y de establecer la calidad de la misma. La preocupación por la prevención de la salud psíquica de los trabajadores no es sólo, pues, un presupuesto ético y social sino un indicador de la posición competitiva en el mercado de las empresas y de la calidad de los servicios públicos que se prestan.

2.3 DIAGNÓSTICO DEL SQT.

El diagnóstico del SQT, hoy en día es un tema central a la hora de hablar de la evaluación del mismo, ya que para algunos solo existe una sola escala para medirlo y para otros existen una diversidad de test que si bien tiene sus limitaciones, aún siguen siendo utilizadas. De ahí que es importante resaltar los aspectos generales sobre la medición del SQT (apartado 2.3.1), así como detallar cada uno de los instrumentos que existen a la fecha para diagnosticar el citado padecimiento (apartado 2.3.2).

2.3.1. Medición del SQT.

La estimación del síndrome estaba basada en observaciones clínicas (los jóvenes que había observado estaban como quemados, como si estuviesen bajo los efectos de las drogas), entrevistas clínicas y técnicas proyectivas y con escalas de estimación.

De tal manera que solo se habían utilizado de forma más o menos constante las escalas de estimación, en cuanto que sirven para validar los cuestionarios, por lo que los cuestionarios han sido utilizados como método principal. Una vez que Freudenberger acuñó el término «SQT» (quemarse por el trabajo) para referirse al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, servicios sociales, educativas, etc.) se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para medir este fenómeno.

Algunos que se encuentran como el «Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Jones, 1980), el Burnout Measure (BM) (Pines y Arosón, 1988) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981/1986) han sido empleados de manera continua, sistemática y rigurosa, propiciando estudios y resultados que han contribuido a entender el fenómeno de quemarse por el trabajo.

De entre estos instrumentos de medida, no cabe duda que el MBI se ha utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. Como señalan Schaufeli, Enzmann y Girault (1993), el éxito del MBI puede que radique en el trabajo de Perlman y Hartman (1982), quienes tras una revisión de más de 48 definiciones sobre el síndrome de quemarse por el trabajo concluyen que éste se debe definir como:

«Una respuesta al estrés crónico que tiene tres componentes: a) agotamiento emocional y/o físico, b) baja productividad laboral, y c) una excesiva despersonalización» Esta definición resultó muy similar a la elaborada por Maslach y Jackson (1981/1986) como resultado de la factorización del MBI, y probablemente generalizó su empleo y aceptación hasta el punto que, hoy en día, el síndrome se define, en base a este instrumento, como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (figura 5).

Modelo Burnout Measure		
AGOTAMIENTO FÍSICO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	AGOTAMIENTO MENTAL
1. Me encuentro cansado	1. Me siento deprimido	1. Soy feliz
2. Estoy agotado físicamente	2. Estoy emocionalmente agotado	2. Soy infeliz
3. Me encuentro destrozado	3. Me siento quemado	3. Tengo un buen día
4. Me siento sin fuerzas	4. Me siento atrapado	4. Me siento inútil
5. Me encuentro desgastado	5. Estoy preocupado	5. Me encuentro optimista
6. Me siento débil	6. Me siento desesperado	6. Me siento desilusionado
7. Me siento enérgico	7. Me siento ansioso	7. Me siento rechazado

Figura 5. Modelo de medida del SQT (guía sobre el síndrome de quemado, 2006).

2.3.2. Tipos de instrumentos para medir el SQT.

En este apartado, daremos un repaso a los principales cuestionarios, presentando una revisión de las características factoriales y propiedades psicométricas, con el fin de conocer los tipos de cuestionarios que hoy en día se tienen para medir el SQT. Por ello y de acuerdo a la revisión de Margarita Quicenoj y Vinaccia Alpi (2007), en donde exponen (tabla 1) algunos de los principales cuestionarios generales y específicos para evaluar el SQT en muestras poblacionales laborales.

Aunque desde el origen del concepto del SQT se ha considerado la conceptualización establecida por Maslach (1982) y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para intentar medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al SQT, lo que dificultó en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la “sensación” que cuanto problema psicofisiológico y conductual que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el SQT (Gil Monte, 2005). Seguidamente Alarcón, Vaz y Guisado (2001) apoyan y señalan los planteamientos de otros autores en cuanto a que la dificultad en establecer una delimitación clara con otros conceptos psicopatológicos se debe en parte por la comunalidad que existe con otras entidades como depresión, indefensión, entre otros.

Más sin embargo la dificultad no se debe mirar a “cantidad” de síntomas, sino a que las organizaciones tengan personal idóneo y preparado para discriminar y enfrentar esta patología laboral y hacer remisiones a otras especialidades si es el caso o diagnósticos juiciosos de comorbilidad o no con otros trastornos para intervenir a tiempo. Según Apiquian (2007), algunos autores han encontrado una relación positiva en la manifestación del síndrome en dos períodos de tiempo, la primera corresponde a los dos primeros años de carrera profesional y la segunda a los mayores de 10 años de experiencia.

En Schaufeli op. cit. (1993), se realiza una revisión de los que ellos llaman medidas de aplicación limitada, que nos parece sumamente interesante y que hacen referencias a aquellas escalas que existen en la literatura científica pero en las que no constan estudios psicométricos adecuados. Existe un primer grupo de cuestionarios en las que distintos autores exponen lo que los distintos autores entienden por el síndrome, pero que exentos de rigor científico, su efecto más inmediato es de confusión y alarma de los sujetos.

Tabla 1. Principales pruebas generales y específicas para medir el SQT (Margarita Quicenoj J y Vinaccia Alpi S, 2007)

Generales	Autores
Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B)	Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles (1997)
*Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). (Versión 3)	Autor adaptación al español: Gil-Monte (2002b) Autor Original: Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996).
El Burnout Measure (BM)	Pines y Aronson (1988)
Específicos	Autores
Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse p el Trabajo (CESQT)	Gil-Monte (2005)
Inventario de burnout de psicólogos (IBP)	Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, (2002)
Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)	Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000a)
Cuestionario de Burnout del profesorado rev. (CBP-R)	Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000b)
Cuestionario de Burnout del profesorado (CBP)	Moreno-Jiménez, Oliver y Aragoneses (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Teacher Burnout Questionnaire	Hock (1988)
*MBI- Educator Survey (MBI ES). (Versión 2)	Maslach, Jackson y Schwab (1986)
*Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). (Versión 1, clásica)	Maslach y Jackson (1981, 1986).
Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)	Jones (1980)

Este tipo de cuestionarios de “autoayuda” son publicados con títulos como: ***The burnout test. Examine your beliefs about work, about leisure, about yourself*** (Daily, 1985); *What’s your burnout score?* (Steward y Maszaros, 1981); *How burned-out are you?* (Bramhall y Ezell, 1981). Como señalan Schaufeli *op. cit.* (1993); The National Job Burnout Survey (Veninga y Spradley, 1981), el cuestionario de tipo “evalúese usted mismo” mejor conocido fue propuesto por Freudemberger y Richeldson (1980). Formularon 15 preguntas para las que los autores proporcionaban la interpretación y corrección de las escala: los sujetos que puntúan en la categoría más baja son considerados como “está bien” y en otras categorías como “candidato para Burnout” y otras en las que de de hecho puntúan “burningout”. Los individuos que puntúan en las categorías más altas son avisados “se encuentra en un lugar peligroso, su bienestar físico y mental pelagra”.

Sin embargo no está validado empíricamente como un indicador válido del nivel de SQT. Blostein et. al. (1985) realizaron un análisis factorial de 49 indicadores de SQT, en una muestra de 400 trabajadores y encontraron 6 dimensiones: 1. SQT “clásico” (p. e. cinismo y depresión), 2. Sentimientos negativos hacia los clientes, 3. Sensación de estar sobrestimulado, 4. Sensación de estar sobrepasado, 5. Problemas físicos y 6. Falta de relaciones. Este estudio se muestra como multidimensional, sin que las dimensiones obtenidas hayan sido especificadas teóricamente.

Otro tipo de cuestionarios han sido utilizados, y, aunque con poca frecuencia, el rigor encontrado en ellos es mucho mayor en cuanto que se han realizado estudios de fiabilidad y validez. Seidman y Zager (1987) elaboraron el Teacher Burnout Scale, cuestionario para evaluar el SQT en maestros. Consta de 21 items que se agrupan en 4 factores: satisfacción con la profesión, apoyo administrativo percibido, afrontamiento del estrés laboral y, actitudes hacia los estudiantes. Ofrece correlaciones con el MBI entre moderadas ($r= 0,39$) y altas ($r= 0,72$) la consistencia interna de las escalas se situó entre: 0,72 y 0,89 y la fiabilidad test retest osciló entre $r= 0,56$ y $r= 0,82$ para las diferentes escalas. El Teacher Attitude Scale (Farber, 1984) desarrolló una escala de 64 items a partir del MBI que fue aumentado en 40 items que arrojó 3 factores: 1. sentimiento general de SQT (principalmente representado por agotamiento emocional; 2. compromiso con la enseñanza; y 3. gratificación en trabajar junto a estudiantes.

El Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBSHP) es una escala unidimensional de 30 items (Jones, 1980b). 20 items evalúan SQT, y los 10 restantes son una escala de fiabilidad para detectar la deseabilidad. De acuerdo al manual, el SBS-HP evalúa las reacciones que se consideran constituyen el síndrome, esto es, comportamentales, afectivas y cognitivas. Con una consistencia de 0,93 ha sido validado en estudios para profesionales de la salud (Jones 1980a). Las puntuaciones se han relacionado con estresores externos y a reacciones de estrés, aunque las muestras de validez eran muy pequeñas.

Además los coeficientes de correlación eran muy diferentes en los diferentes estudios. Correlaciones moderadas entre este cuestionario y agotamiento emocional del MBI ($r= 0,65$) y a despersonalización ($r= 0,54$) mientras que eran bajas en cuanto al logro personal ($r= 0,33$).

The Meier Burnout Assessment (MBA) es un cuestionario que consta de 23 items tipo verdadero/falso, creado por Meier (1984), con una consistencia interna de 0,79 correlaciona moderadamente con la suma del MBI ($r= 0,61$). Ford, et. al. (1983) construyeron un inventario de 15 items que fue desarrollado para utilizarse fuera de los servicios profesionales en los que se trabaja con personas. El Perceptual Job Burnout Inventory (PJBI) cuenta con 3 factores, a saber: 1. agotamiento emocional y cinismo, 2. desmoralización, sentimientos de frustración y de eficacia reducida y 3. Excesivas demandas sobre energía fuerza y recursos. La consistencia interna se encuentra en un rango entre 0,67 y 0,86.

La Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) consiste en un cuestionario de 30 items desarrollada a partir de una muestra de sujetos que trabajan con personas (Emener, et. al. 1982). La consistencia interna es elevada (0,88) pero no presentan los coeficientes de fiabilidad ni intercorrelaciones. Garden (1987) utilizó el Energy Depletion Index (EDI). Ella argumentó que la bajada de energía es el indicador de SQT para el que existe un mayor acuerdo. El EDI muestra una baja correlación con dos aspectos de la despersonalización (distanciamiento y hostilidad).

Shirom y Oliver (1986) utilizaron un índice de Burnout de 6 ítems, de acuerdo a su conceptualización del constructo como presión física, cognitiva, agotamiento emocional y la pérdida de recursos. Como señalan Schaufeli, *et al.* (1993) lo común a este tipo de cuestionarios es la evaluación de sentimientos y emociones generadas en contextos relacionados con el trabajo, de manera que se consideran a nivel individual por la mayoría de los autores de cuestionarios de autoinformes.

Existen, sin embargo algunos cuestionarios desarrollados para medir tanto aspectos individuales como organizacionales y que han sido desarrollados para diversos grupos profesionales (Nurses Stress Scale de Gray-Toft y Anderson, 1981; Teacher Stress Inventory de Fimian, 1984 etc.).

Tedium Scales (TS) de Pines, Aranson y Kafry (1981). Consta de 21 ítems con medidas de cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuesta de tipo Lickert de siete puntos. Uno de los problemas de este cuestionario es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo. La medida de tedio comparada con el MBI señala que la fiabilidad del primero es ligeramente superior, pero es más recomendable la utilización del segundo.

The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984). Es un cuestionario de 10 ítem que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de *SQT* ni con el MBI.

En España se ha desarrollado la escala *Efectos Psíquicos del Burnout* (García, 1990, 1995) que fue diseñada para la medida del SQT en nuestro entorno cultural. Consta de 12 items con respuestas valoradas en una escala tipo Likert de siete puntos variando su rango de 1 nunca a 7 siempre. Creada a partir de los siguientes criterios: que tuviese recogidos los contenidos básicos del concepto del SQT, y que tuviese una estructura factorial adecuada, con propiedades psicométricas adecuadas, unas propiedades psicométricas satisfactorias y que fuesen sencillas de aplicación y ocasionar un bajo coste de tiempo.

Esta escala, en un estudio de comparación de cualidades psicométricas con el MBI en personal sanitario (García, et. al. 1994), muestra una estructura dimensional y una consistencia interna altamente satisfactoria. Por otra parte su estructura interna señala la presencia de un único factor lo que facilita que estos autores se añadan a aquellos que, como ya hemos mencionado anteriormente, consideran el SQT como un concepto unidimensional cuyo núcleo es el agotamiento emocional.

Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno (CBB). Este instrumento consta de varias preguntas introductorias con datos generales. La parte fundamental del cuestionario la constituyen 22 proposiciones, y la última es una pregunta abierta no asociada a las variables que las anteriores representan.

El CBB explora tres variables fundamentales: el SQT, las causas y las consecuencias. El SQT a su vez consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de *Maslach y Jackson*, y contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP). La variable CBO, a su vez, se analiza en sus componentes: tedio (TE), características de la tarea (CT), y organización (OR), cada uno con tres proposiciones.

La variable CON no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total. El cuestionario se responde en una escala ordinal de 5 puntos (1 a 5) que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate. Los valores mínimos y máximos posibles para cada subvariable y para la variable CON oscilan entre 3 y 15, valor que es promediado entre el número de ítems correspondientes, que es 3. El autor propuso el valor mayor de 3 como “afectado” en la variable que se trate, y mayor de 4 como “altamente afectado”.

Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE). Este cuestionario es una adaptación realizada por Hernández y Olmedo (Olmedo,1997) a partir del cuestionario *MBI*, de Maslach y Jackson (1981), y del *Cuestionario Breve de Burnout (CBB)*, de Moreno (1992), y surge de una investigación previa de este equipo de investigación (Olmedo, 1993). El cuestionario consta de 32 ítems cada uno de los cuales se puntúa en una escala de cinco intervalos, con un rango que va desde (A) *Nunca o Nada*, (B) *Raramente o Poco*, (C) *Algunas veces o Algo*, (D) *Frecuentemente o Bastante*, hasta (E) *Siempre o Mucho*.

La factorización de esta escala proporcionó cuatro factores, tres de los cuales coinciden con los de Maslach y Jackson (1981). El primero de estos factores es el de *Cansancio emocional*, está integrado por 16 ítems (nueve de los cuales coinciden con los del MBI), que evalúan el sentimiento de estar emocionalmente agotado por el propio trabajo y que presenta una consistencia interna (*alfa* de Cronbach) de 0.89. El segundo factor, *Clima laboral*, está integrado por 5 ítems, que evalúan la sensación que el ambiente laboral en el que el individuo se desenvuelve es completamente negativo e insatisfactorio, con una consistencia interna de 0.76.

El tercer factor, *Despersonalización*, está formado por 5 ítems (tres de los cuales proceden del MBI), que describen la respuesta impersonal e insensible hacia los pacientes, con una consistencia interna de 0.71. Por último, el cuarto factor *Realización laboral*, integrado por 6 ítems (pertenecientes todos ellos al MBI), evalúa sentimientos de competencia y satisfacción profesional y presenta una consistencia interna de 0.63. Además, la escala fue sometida a un análisis factorial de segundo orden, resultando un solo factor al que denominamos *Burnout* y que justificaría la obtención de una puntuación total, como medida del constructo. Este factor de segundo orden presenta una consistencia interna de 0.77.

Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP) (Benavides, et. al.. 2002), instrumento de investigación para la evaluación específica del Burnout en psicólogos. El cuestionario consta de 30 ítems, distribuidos en tres escalas; cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Los ítems son tipo Likert con siete categorías de respuesta, desde nunca que tiene valor 0, hasta todos los días con valor 6. Todos los ítems fueron elaborados de forma que pudieran aplicarse a las diferentes áreas de la práctica profesional de la psicología: educativa, organizaciones, clínica, etc. Los ítems se elaboraron en función de la definición operativa del *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1986), los ítems fueron evaluados por cuatro jueces con el objetivo de apreciar la validez aparente de la formulación del ítem y su correspondencia teórica con cada una de las tres dimensiones propuestas. La validación preliminar del IBP (Benavides et. al., 2002) ha mostrado que es apropiado para el propósito con el que se elaboró.

El análisis factorial realizado sobre una muestra de 203 psicólogos de España y Brasil, reveló tres factores, cansancio emocional, realización personal y despersonalización, con una fiabilidad de 0,87, 0,89 y 0,77, respectivamente. Los valores de fiabilidad de las escalas (alpha de Cronbach) en el presente estudio fueron 0,87 para cansancio emocional, 0,81 para realización personal en el trabajo y 0,78 para despersonalización.

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítem en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Considera el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y no como variable dicotómica (tabla 2). Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90).

Tabla 2. Maslach Burnout Inventory: subescalas, número de ítems y clasificación según la puntuación obtenida (López Franco, 2005).

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
<i>Valoración</i>	Fatiga emocional por demandas del trabajo	Actitudes negativas hacia los pacientes	Satisfacción personal
<i>Número de ítems</i>	9	5	8
<i>Clasificación según la puntuación obtenida</i>			
Grado bajo	< 19	< 6	≥ 40
Grado medio	19-26	6-9	34-39
Grado alto	≥ 27	> 9	≤ 33

Actualmente existen tres versiones del MBI. El *MBI-Human Services Survey* (*MBI-HSS*) dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está constituido por tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras.

El *MBI Educators Survey (MBI-ES)* es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno y, por último. El *MBI-General Survey (MBI-GS)* presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales. Moreno *et. al.* (2001) analizaron el *MBI-General Survey* en una muestra de 114 sujetos encontrando que las características psicométricas son altamente satisfactorias y se corresponden con exactitud con el modelo teórico presentado por sus autoras.

Gil-Monte (2002) analizó la estructura factorial en una adaptación al castellano del mismo en una muestra de 149 policías, concluyendo que el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano. No obstante, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del *Burnout* que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida (Barnett, Brennan y Gareis, 1999; García, 1995), además de destacar dos debilidades de dicho instrumento: los ítem que describen sentimientos no preguntan directamente por ellos; por ejemplo, el ítem 8 del MBI-GS y las categorías de respuesta no son mutuamente excluyentes entre sí; por ejemplo, la categoría una y dos coinciden en señalar como respuesta pocas veces al año o menos y una vez al mes o menos, respectivamente, lo que puede dar lugar a ambigüedad ya que no se limitan los periodos de tiempo concretos.

En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española. Moreno, Rodríguez y Escobar (1991) realizaron un estudio en una muestra de 235 sujetos obteniendo que las variables independientes evaluadas eran discriminativas en las tres dimensiones existentes aunque señalaron que la escala de despersonalización tenía una escasa representación en el número de ítem.

Gil-Monte y Peiró (1998, 2000), aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones el MBI, realizando un análisis factorial de las tres escalas mostrando una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano. Garcés *et. al.* (1995) en una muestra de 256 deportistas aplicaron una adaptación al ámbito deportivo del MBI; tras un análisis factorial confirmaron que era un instrumento de medida sensible.

Los instrumentos psicométricos más utilizados en la actualidad (v.g., *Maslach Burnout Inventory*, *Burnout Measure*, *Staff Burnout Scale for Health Professionals*, etc.) vienen a dar respuesta a estas necesidades, y se ha demostrado su rigurosidad científica y su validez psicométrica. No obstante, presentan algunas insuficiencias de contenido y psicométricas, que se acentúan cuando se adaptan a diferentes idiomas, de manera que en algunos estudios es cuestionable la fiabilidad y la validez de sus escalas, tanto en adaptaciones al castellano como a otros idiomas. En el caso del MBI, a estos problemas se suma la ausencia de consenso sobre los criterios de clasificación para establecer grupos de riesgo.

La demanda de realizar diagnósticos y de estimar la prevalencia e incidencia del SQT, junto a las insuficiencias de otros instrumentos, ha generado la necesidad de construir instrumentos de evaluación en castellano alternativos que presenten valores psicométricos adecuados de fiabilidad y validez. Es el caso del **“Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, (CESQT)** del Dr. Pedro Gil Monte (2006), el cual está formado por 20 ítems que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 ítems); desgaste psíquico (4 ítems); indolencia (6 ítems) y culpa (5 ítems); los ítems se evalúan mediante una escala likert de 5 grados que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente: todos los días). Tres de estas dimensiones han sido elaboradas siguiendo los resultados de estudios cualitativos y de la revisión de la literatura.

Por ejemplo, Perlman y Hartman, quienes tras una revisión de la literatura concluyen que el SQT tiene, al menos, tres componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización.

En el CESQT estas dimensiones se denominan:

1. Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.

2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

4. La cuarta dimensión del CESQT se denomina Culpa, y para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son un síntoma característico de los individuos que desarrollan el SQT. Esta escala permite la realización de un diagnóstico diferencial, pues mediante ella se pueden identificar diferentes perfiles en la evolución del SQT y, por tanto decidir pautas de tratamiento, y criterios de intervención (Marucco, 2007). El modelo teórico que subyace al CESQT considera que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico característica de los profesionales que trabajan hacia personas.

En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en Desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, y con posterioridad los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de Indolencia).

La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT.

El Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa (figura 6).

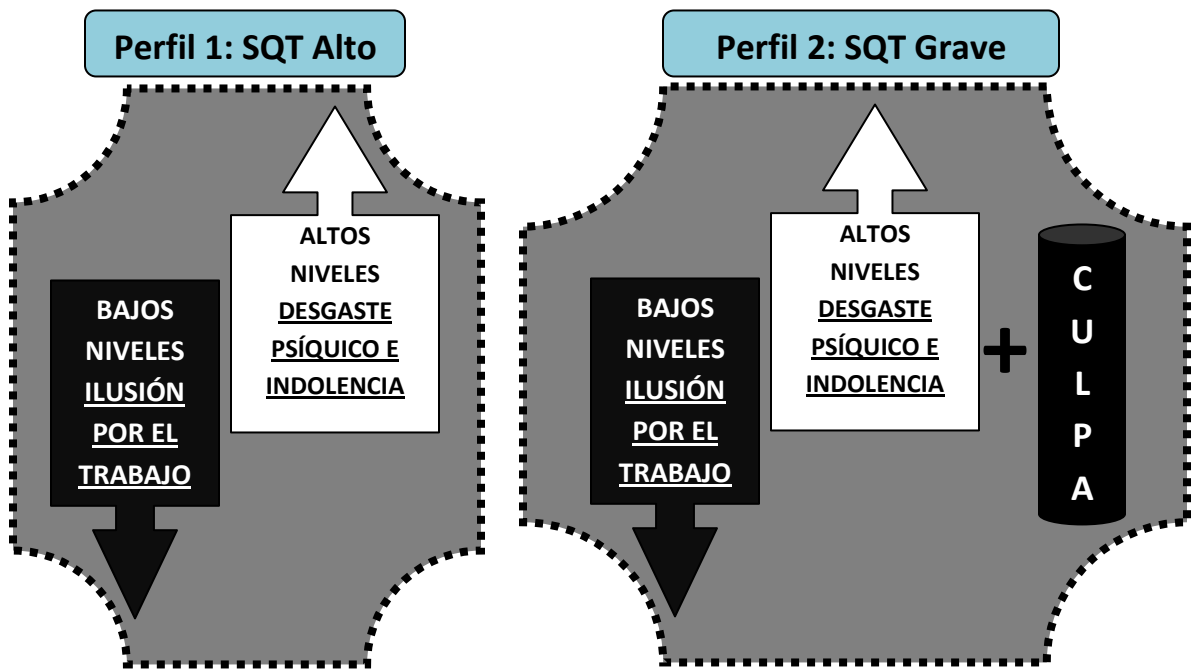


Figura 6. Modelo teórico del SQT a través del CESQT.

El Perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

No obstante, antes de concluir sería necesario realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas que pueden influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos sujetos, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral. No se debe identificar el SQT sólo con desgaste psíquico, pues el primero es un proceso más complejo y supone un mayor deterioro para el individuo. Por tanto, cuando se evalúa y diagnóstica el SQT se deben valorar todas sus dimensiones. Concluir sólo en función de los niveles de deterioro emocional del individuo llevará a una sobrestimación de la prevalencia y de la incidencia del síndrome (Gil Monte, 2005).

El CESQT ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes, entre las más relevantes cabe señalar que: a) parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, b) si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI-HSS, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afección que presentan los individuos, y c) pretende superar las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos al uso señaladas en las páginas anteriores.

De hecho y con la finalidad de saber los resultados de los estudios realizados con el CESQT, a continuación se describe la tabla 3 que integra las aplicaciones del citado test en diferentes actividades ocupacionales, por lo que a partir de estos resultados se pueden tomar como base las medias de la edad, el sexo, la antigüedad en la profesión, en el trabajo y en el puesto de trabajo actual, así como las prevalencias del SQT alto y grave.

2.4 INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DEL SQT.

La parte concerniente a la intervención y prevención del SQT forma parte del último capítulo del presente marco teórico, y aunque es la parte final del sustento teórico, considero que es importante ubicarla como parte trascendental, ya que podremos saber cómo se diagnóstica el síndrome, ó como se presenta la sintomatología, pero sería más importante saber en que momento podemos intervenir para evitar el progreso del SQT (apartado 2.4.1) o en su caso preparar el escenario con el fin de prevenir el citado padecimiento tomando en cuenta ciertas recomendaciones que aquí se citan en el apartado 2.4.2.

2.4.1. Intervención del síndrome del SQT.

Desde que se comenzó a investigar el SQT o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención.

Tabla 3. Estudio del SQT utilizando el CESQT.

Autor (es), año y país	n	Edad	Hombres	Mujeres	Ocupación	Tiempo en la profesión (media en años)			Cuestionario	SQT Alto	SQT con culpa
						Profesión	AO	APT			
Gil Monte, et. al. (2005). España	154	37.9	37	116	Monitores y educadores	11.24	9.85	NED	CESQT-PD y MBI	11.70%	1.30%
Gil Monte, et. al. (2006). España	338	36,64	68	268	TAPD	10.3	8.7	7.6	CESQT-PD	NED	NED
Marucco, et. al. (2007). Argentina	123	42.4	34	89	Pediatras	NED	NED	NED	CESQT y MBI	27.64%	3.25%
Olivares Faúndez y Gil Monte, (2007). Chile	393	38	90	295	Profesionales de servicios humanos	11.63	8.24	NED	CESQT y MBI (HSS)	5.09%	1.27%
Noyola Cortés y Padilla González, (2009). México	659	39	181	472	Maestros	17	7	NED	CESQT-PE	2.60%	1.10%
Figueiredo Ferraz, (2009). Portugal.	154	21,78	24	129	Estudiantes	NED	NED	NED	CESQT	NED	NED
Tejada y Gómez, (2009). Colombia	6	37,1	2	4	Psiquiatras	10.5	NED	NED	CESQT	16.60%	16.60%
Figueiredo Ferraz, et. al. (2009). Portugal	211	41,23	61	150	Maestros	17.48	12.81	NED	CESQT-PE	14.20%	1.90%
Olivares Faúndez, et. al. (2009). Chile	277	37.4	69	208	TAPD	12.79	9.08	7.39	CESQT-PD	9.00%	8.66%
Medellín Moreno, et. al. (2009). México	47	36	19	28	Trabajadores-Empresa	NED	NED	NED	CESQT	2.12%	NED
Gil Monte, et. al. (2009). México	698	42.4	133	541	Maestros	20.7	11.2	NED	CESQT-PE	35.50%	17.20%
Gil Monte, et. al. (2010). Brasil	714	39,32	117	618	Maestros	13.8	8.59	NED	CESQT-PE	NED	NED
Gil Monte y Zúñiga Caballero, (2010). México	110	46.2	63	46	Médicos	19.47	16.91	13.87	CESQT-PS	NED	NED
Media	298.77	39.92	69.08	228.00		14.49	10.26	9.62		13.83%	6.41%
D.S.	247.94	3.42	50.62	201.48		3.86	3.02	3.68		11.38	6.93
SUMA	3884	319	898	2964							

CESQT-PE: Cuestionario para estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo, versión para profesionales de la educación.

CESQT-PS: Cuestionario para estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo, versión para profesionales de la salud.

TAPD: Trabajadores de atención a personas con discapacidad

NED: No existen datos

En ese ámbito Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del SQT.

En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Mingote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el SQT, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

Veamos las diferentes estrategias propuestas.

Estrategias orientadas a nivel individual Respecto a las variables individuales que se deben fomentar para la reducción del síndrome de estar quemado, se debe tener en cuenta que las consecuencias que conlleva esta situación se han dividido clásicamente en tres tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales. Debido a esto, las intervenciones se han dirigido a éstas de manera global.

Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach *et. al.*, 2001; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Peiró y Salvador, 1993; Yela, 1996), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, (tratamiento que le permite a la persona volver consciente la relación que existe entre el cuerpo y la mente., el paciente recibe información sobre sus condiciones biológicas: tensión muscular, temperatura, ondas cerebrales, presión arterial, ritmo cardíaco, etc.) las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

En esta línea, O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio. Mickler y Rosen (1994) entrenaron a un grupo de cuidadores sanitarios dándoles instrucciones de cómo enfrentarse a estas situaciones productoras de estrés laboral para evitar el *SQT*, obteniendo que la preparación al estrés era un predictor que atenuaba los efectos del *SQT*.

Cabe destacar en este punto, como sugieren Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (1997), que el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos. Según Maslach *et. al.* (2001), las aproximaciones orientadas individualmente para desarrollar efectivas estrategias de afrontamiento o relajación pueden ayudar a aliviar el cansancio emocional, pero no resultan útiles con los otros dos componentes, ya que las estrategias son inefectivas en el lugar de trabajo donde la persona tiene poco control sobre los estresores laborales. Como reflexión de las estrategias que se han utilizado para solventar este problema, cabe decir que han tenido en cuenta el SQT como una conglomeración de trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, disforia, alteraciones de conducta, etc.

En las que se pretende dar una solución eficaz con técnicas que se han utilizado para cada uno de los trastornos, pero insertándolo en un paquete de tratamiento. En cuanto a su eficacia comentar que se necesitarían estudios longitudinales para poder comprobarla así como grupos de control apropiados.

Estrategias orientadas a nivel organizacional Una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos.

Tomando como referencia a Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach *et. al.*, (2001) y Peiró y Salvador (1993), podemos enumerar algunos de los cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno, algunos de los cuales han sido comprobados empíricamente mientras otros no.

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

Este tipo de variables han sido puestas a prueba en diferentes estudios. Por ejemplo, el de Cherniss (1980), en el que a un grupo de enfermeras de reciente colocación que no tenían asignadas pacientes ni responsabilidades, gradualmente se les exponía a seminarios y *workshops* (actividades donde los asistentes podrán conocer nuevos métodos o herramientas, por medio de prácticas breves expuestas por expertos de reconocido prestigio en sus áreas de trabajo) donde se les enseñaba a asumir mayores responsabilidades y se les asignaba pacientes.

Las enfermeras eran observadas por supervisoras que recordaban las funciones a asumir. Los resultados indicaron que esta ayuda eliminaba mucho la ambigüedad de rol, falta de autonomía y prevenía el SQT.

Otro estudio más reciente es el citado por Maslach *et. al.* (2001), en el que un grupo de empleados participó en sesiones grupales diseñadas para identificar los problemas que les provocaba el SQT en su ocupación laboral y las diferentes estrategias que podían utilizar para reducirlo; en comparación con el grupo control redujeron el cansancio emocional después de la intervención, incluso tras un seguimiento de seis y doce meses.

Como podemos observar las estrategias de intervención para el SQT, no son solamente referidas a los individuos, sino también a las organizaciones, lo cual constituye un binomio de suma importancia para entrar en acción e interactuar con las personas y organizaciones involucradas con el Síndrome de Desgaste Profesional.

2.4.2 Prevención del SQT.

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son:

- 1) **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo (2003) propone 10 puntos claves en la prevención del SQT también mencionados por el autor Masón WDA en su obra *Stress and Burnout in the Human Services Professions* (2003).

- 1- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.

2- Formación en las emociones.

3- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.

4- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.

5- Limitar a un máximo la agenda asistencial.

6- Tiempo adecuado por pacientes: 10 min. de media como mínimo.

7- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.

8- Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.

9- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.

10- Diálogo efectivo con las gerencias.

Por otra parte y en relación al trabajo personal: no podemos plantearnos el manejo del SQT sin abordar nuestro propio esquema de ver las cosas, sin una modificación propia de actitudes y aptitudes. Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas, que nos permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo. Se impone un doloroso proceso madurativo en el que vamos aceptando nuestros errores y limitaciones con frecuencia a costa de secuelas y cicatrices en el alma.

Tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa, pero sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión (los valores humanos) compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico.

En cualquier profesión y más en medicina, es trascendental equilibrar nuestras áreas vitales: Familia – Amigos – Aficiones – Descanso – Trabajo, evitando a toda costa, que la profesión absorba esta cadena. La familia, los amigos, las aficiones, el descanso, son grandes protectores del SQT. En relación al equipo, los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el SQT: 1.

En el diagnóstico precoz: son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado. 2. Son una importante fuente de apoyo: son quienes mejor nos comprenden, ya que pasan por lo mismo, por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del SQT. Por todo esto, es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo: Facilitando espacios comunes no informales dentro de la jornada laboral (del roce nace el cariño). Fomentando la colaboración y no la competitividad (objetivos comunes). Formación de grupos de reflexión de lo emocional, tanto de las relaciones médico-pacientes, como los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales dentro del equipo.

En la Organización-Empresa, se debe:

- Minimizar la sensación de falta de control y de trabajo en la cadena de la asistencia.
- Limitar una agenda de trabajo.

- Minimizar imprevistos, organizar las urgencias, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.
- Tiempo mínimo por paciente, con espacios comunes libres de asistencia que permitan sesiones conjuntas, comentarios de pacientes, protocolización conjunta de patología prevalente, formación continua, organizada y adaptada a las necesidades reales, siempre en lo posible efectuarlas dentro de la jornada laboral.

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los profesionales de la salud para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente (peores pacientes). Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no médicos. Actualmente se considera una enfermedad profesional.

Es responsabilidad compartida, individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia. Existe un proyecto programa de ayuda al médico enfermo, canalizado a través de los colegios de médicos. Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son: las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del psiquiatra y psicólogo.

Como hemos podido observar a lo largo del presente marco teórico, nos hemos dado cuenta de la descendencia que han tenido los diferentes estudios que se ha realizado para analizar el SQT, algunos han estudiado con grandes resultados a los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud; otros han analizado la correlación que hay con las variables epidemiológicas, las cuales para algunos autores son consideradas como factores de riesgo que desencadenan el citado padecimiento; así también se ha descrito cómo es que se presenta el SQT en sus diferentes afecciones y/o dimensiones.

De tal manera que hemos podido comprobar que existen una lista de signos y síntomas los cuales harán repercutir en la salud e los involucrados, teniendo como efecto, consecuencias, las cuales, de igual manera ya fueron analizadas; también comprendimos la diversidad que existen de diferentes escalas para medir el SQT, ahora ya sabemos que no solo existe una, sino varias, al respecto se enfatizó sobre las limitaciones de algunas y ventajas de otras, en donde resalta comentar que en este trabajo de investigación se utilizará como cuestionario el último de los expuestos, el CESQT, al cual ya se han analizado sus ventajas sobre el MBI.

Por último se subrayo los aspectos a considerar para realizar una oportuna y correcta intervención del SQT, así como su correspondiente prevención; por lo anterior estoy verdaderamente convencido que el estudio del SQT en los profesionales de la salud debe ser una línea de investigación primordial para el estudiante de la Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene, ya que sin duda es tema que nos atañe a todos.

6.1.1 MÉTODO.

3.1 Planteamiento del problema.

¿Cuál es el grupo más sensible a presentar SQT en el equipo de salud de un hospital de tercer de la ciudad de México?

3.2 Objetivo principal.

Conocer cuál es el grupo de trabajadores de la salud más susceptible a presentar SQT en un hospital de tercer de la ciudad de México.

3.3 Objetivos secundarios.

3.3.1 Conocer la prevalencia del SQT en grupos de trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de diagnóstico, trabajadoras sociales y personal de limpieza) que laboran en un hospital de tercer de la ciudad de México.

3.3.2. Identificar los principales factores psicosociales que tienen relación con la presencia del SQT en los trabajadores de la salud que laboran en un hospital de tercer de la ciudad de México.

3.4 Propósito.

Establecer estrategias de intervención que permitan disminuir la prevalencia del SQT en grupos de trabajadores de la salud susceptibles de presentar este síndrome en un hospital de tercer de la ciudad de México.

3.5 Justificación.

Según referencias emitidas por la OMS y la OIT el estrés ocupa un lugar importante en las causas inmediatas a los accidentes y la aparición de enfermedades laborales. Además de que en los últimos años el estrés laboral está siendo ya considerado como una enfermedad peligrosa para las economías industrializadoras y en vías de desarrollo, perjudicial a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores, (*Varela et. al. 2001*). Aunado a ello el SQT ha sido vinculado a varios resultados negativos organizacionales, incluyendo un aumento de rotación y ausentismo (Parker y Kulik 1995), menor compromiso organizacional (Hakanen et. al. 2008; Thoresen et. al. 2003) y conductas de ausencia del empleado (Duijts et. al. 2007; Iverson et. al. 1998; Neveu 2007). Por ello la OIT sostiene que las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente laboral en todos sus ámbitos, tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas.

Por lo anterior el presente trabajo de tesis justifica la necesidad de conocer cuál es el grupo más sensible a presentar SQT en el equipo de salud de un hospital de tercer nivel, además de conocer la prevalencia del síndrome, así como las posibles relaciones que existen con factores psicosociales para la presencia o ausencia del SQT.

Todo ello con el propósito de mejorar la salud mental de los trabajadores a través de la aplicación de estrategias de intervención que permitan disminuir la prevalencia del SQT en grupos de la salud del citado nosocomio.

3.6 Tipo de estudio.

Transversal, de campo, observacional y descriptivo

3.7 Universo y tamaño de la muestra.

El presente trabajo de tesis fue realizado en un hospital de tercer nivel de atención médica del norte de la ciudad de México durante el año 2008. La población de estudio fue integrada por muestras representativas de médicos (26%, n=82), enfermeras (26%, n=83), técnicos auxiliares de diagnóstico médico (26%, n=82), trabajadoras sociales (9%, n=30) y personal de limpieza (13%, n=40); a los cuales se les aplicaron un total de 317 encuestas a con el fin evaluar el SQT (*tabla 4*), en la inteligencia que dichas muestras representativas fueron determinadas por el programa estadístico STATSTM v.2; con un nivel de confianza del 95 y un error estándar de 5%.

3.8 Variables estudiadas.

3.8.1. Dependiente.

El síndrome de quemarse por el trabajo.

3.8.9. Independiente.

3.8.9.1. Sexo.

3.8.9.2. Edad.

3.8.9.3. Estado civil.

Tabla 4. Distribución de la población estudiada.

Grupo	Categorías	Muestra representativa
Médicos	Adscritos	28
	Residentes	32
	Internos	22
Total de la muestra:		82
Enfermeras		83
Técnicos auxiliares de diagnóstico	Laboratorio	24
	Radiología e Imagen	17
	Anatomía patológica	6
	Endoscopia	3
	Banco de sangre	4
	Dietología	7
	Medicina física y rehabilitación.	21
Total de la muestra:		82
Trabajadoras sociales		30
Afanadoras		40
Total general de la muestra:		317

Fuente: CESQT-PS's

3.8.9.4. Número de hijos.

3.8.9.5. Tipo de contrato.

3.8.9.6. Tiempo que llevan en la profesión.

3.8.9.7. Tiempo que llevan trabajando en la organización

3.8.9.8. Tiempo que llevan en el puesto actual

3.8.9.9. Nivel de estudios y unidad o servicio donde trabajan.

3.9 Criterios de selección.

3.9.1. Criterios de inclusión.

3.9.1.1 Personal de médicos (adscritos, residentes e internos), enfermeras de base; técnicos auxiliares de diagnóstico; trabajadoras sociales y afanadoras (personal de limpieza).

3.9.1.2 El citado personal cumplió con el requisito de tener un año como mínimo de antigüedad y estar en contacto con pacientes.

3.9.1.3 Personal citado con anterioridad que aceptó con participar con la investigación.

3.9.2. Criterios de exclusión.

3.9.2.1 Personal ajenos a cualquiera de las siguientes ocupaciones: médicos (adscritos, residentes e internos), enfermeras de base; técnicos auxiliares de diagnóstico; trabajadoras sociales y afanadoras (personal de limpieza).

3.9.2.2 Personal que no cumpliera el requisito de tener un año como mínimo de antigüedad y estar en contacto con pacientes.

3.9.2.3 Personal que no aceptó participar en el trabajo de tesis.

3.10 Descripción del procedimiento.

Una vez que se estableció la muestra representativa de cada grupo de trabajadores de la salud. Se procedió a la coordinación con las jefaturas respectivas para la aplicación del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo en forma escalona y por grupos de estudio, dicha aplicación fue de manera aleatorizado y en cada una de las aéreas de trabajos de los grupos estudiados.

3.11 Recursos y materiales empleados.

3.11.1 Recursos humanos: Autor principal de investigación y el personal disponible colaborador con la investigación para la aplicación de las encuestas.

3.11.2 Recursos materiales: Equipo de cómputo con procesador de textos y software estadístico para el análisis de la información así como una impresora de inyección de tinta negra y un millar de hojas blancas tamaño carta para la realización de las encuestas. Para tal efecto se utilizó el “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” versión para profesionales de la salud (CESQT-PS) del Dr. Pedro Gil Monte, (2006), el cual está formado por 20 preguntas que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 preguntas); desgaste psíquico (4 preguntas); indolencia (6 preguntas) y culpa (5 preguntas); los preguntas se evalúan mediante una escala likert de 5 grados que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente: todos los días)

Además de contener un cuestionario sociodemográfico laboral que contempla variables que han demostrado tener correlaciones estadísticas significativas con la presencia o ausencia del SQT. Para obtener las puntuaciones, en cada escala se suma el total obtenido y se divide entre el número de ítems, correspondiendo al punto intermedio una puntuación de 2, de tal manera que bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo y altas puntuaciones en desgaste psíquico e Indolencia, representan altos niveles del SQT (perfil 1). En el caso de los individuos con el perfil 2, las altas puntuaciones anteriores están acompañadas de altas puntuaciones en Culpa (SQT severo).

3.12 Plan de análisis estadístico.

Se elaboró y analizó una base de datos en el software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 17.0 y *Microsoft Office Excel 2007*, utilizando los siguientes criterios para el análisis estadístico:

3.12.1 Las operaciones aritméticas utilizadas para expresar las frecuencias fueron la proporción y la razón. Las proporciones las expresamos en forma de porcentajes para comparar grupos de tamaño diferentes.

3.12.2 Como medidas de tendencia central se emplearon la media aritmética para obtener información respecto al promedio de edad en los sujetos y la mediana para conocer el valor central de las variables codificadas.

- 3.12.3 Como medidas de dispersión se utilizaron el rango y la desviación estándar para conocer la variabilidad presente en el conjunto de datos analizados.
- 3.12.4 Prueba estadística inferencial, para conocer la relación que guardan las variables independientes con las dependientes se utilizo el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% ($p \leq 0.01$).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

La edad de la población en estudio fue de 32.29 años (D.S. ± 5.9); el género de más predominio fue el femenino con un 53.3% (n=169); en relación con el masculino (46.7%, n=148); en relación al estado civil el 81.7% (n=259) manifestó tener pareja estable y el sólo el 18.2% (n=58) está sin pareja estable. El promedio de hijos en la población estudiada que viven con cada encuestado es de 1.4 hijos, (D.S. ± 1.0) y 1.3 hijos (D.S. ± 1.0) para los casos en lo que los hijos no viven con el encuestado. En relación a las variables laborales (tabla 5), la media para el tiempo en la profesión (TP) fue de 9.86 años (D.S. ± 5.7); para el tiempo en la organización (TO) fue 6.43 años (D.S. ± 5.5) y para el tiempo en el puesto de trabajo (TPT) fue de 4.79 años (D.S. ± 5.4).

En relación al SQT, las escalas que presentaron SQT alto fueron las siguientes para cada grupo de estudio: en la ilusión por el trabajo (IL), el grupo de afanadoras presento el más alto de los porcentajes en relación con lo demás grupos 32.5% (n=13), (ver tabla 6).

Con lo concerniente a la subescala del desgaste psíquico (DP), el grupo de trabajadoras sociales presento el mayor puntaje con 60% (n=18); la siguiente subescala que es la indolencia (IND) predomino en el grupo de las enfermeras con un 14.4% (n=12); por último la culpa (CUL) se manifiesto en sólo 2 individuos, perteneciente al grupo de las trabajadoras sociales 6.6% (n=2).

La prevalencia del SQT en la población general fue del 6.30% (n=20), destacando el grupo enfermeras con el porcentaje más alto (14.4%, n=12) con relación a los demás grupos, seguido del grupo de trabajadoras sociales quienes a su vez sobresalen en este estudio al presentar 2 casos de SQT grave (6.6%). Con respecto a la relación entre las subescalas del CESQT y las variables sociodemográficas laborales (tabla 7), se observo que la subescala de la culpa tiene correlación significativa entre el DP ($r=.59$; $p < 0.01$) y la IND ($r=.51$; $p < 0.01$); el tiempo en la profesión demostró de igual forma relación significativa entre la edad ($r=.45$; $p < 0.01$) y el TPT ($r=.62$; $p < 0.01$), así como una alta correlación significativa con el TO ($r=.79$; $p < 0.01$), por último el TPT demostró de igual manera alta relación con significancia entre TO ($r=.86$; $p < 0.01$).

Los resultados demuestran que la edad promedio de la población en estudio se encuentra inferior con lo reportado en los últimos estudios realizados utilizando el CESQT-PS (tabla 03) y mayor a la edad promedio para los estudios efectuados en el HR (Carrizosa, et. al. 2005).

Tabla 5. Variables sociodemográficas y laborales de los grupos estudiados.

Grupos de estudio	N	Sexo		Edad		Estado Civil (n)		Hijos				Tiempos de trabajo (X)			Nivel académico (n)				
		M	F	X	D.S.	CPE	SPE	0	1	2	3 o más	TP	TO	TPT	Tec.	Lic.	M.C.	Res.	Esp.
Médicos	82	63	19	36.04	4.58	67	15	19	11	46	6	8.24	2.93	1.76	0	0	22	32	28
Enfermeras	83	33	50	31.43	5.72	74	9	20	27	29	7	11.02	9.70	8.55	60	23	0	0	0
TAD	82	46	36	32.09	5.46	66	16	15	18	39	10	10.78	7.12	5.15	41	41	0	0	0
TS	30	0	30	30.93	6.25	22	8	14	5	8	3	9.67	7.13	4.43	18	12	0	0	0
Afanadoras	40	6	34	27.83	5.09	30	10	7	13	18	2	9.05	4.85	2.75	36	4	0	0	0
Global	317	148	169	32.29	5.90	259	58	75	74	140	28	9.86	6.43	4.79	155	80	22	32	28

Fuente: CESQT-PS's

Simbología:

TAD: Técnicos auxiliares de diagnóstico.

TS: Trabajadoras sociales.

D.S. Desviación estándar.

CPE: Con pareja estable.

SPE: Sin pareja estable.

TP: Tiempo en la profesión.

TO: Tiempo en la organización.

TPT: Tiempo en el puesto de trabajo.

Tabla 6. Síndrome de quemarse por el trabajo por subescalas en el personal encuestado.

Grupos de estudio	SQT (≥2)					
	IT (INVER)	DP	IND	CUL	CESQT-PS (15)	CESQT-PS y culpa
Médicos (82)	3 (3.6%)	46 (55.4%)	3 (3.6%)	0	3 (3.6%)	0
Enfermeras (83)	16 (19.2%)	23 (27.7%)	12 (14.4%)	0	12 (14.4%)	0
TAD (82)	1 (1.2%)	29 (35.3%)	7 (8.5%)	0	1 (1.2%)	0
TS (30)	4 (13.35)	18 (60%)	3 (10%)	2 (6.6%)	3 (10%)	2 (6.6%)
Afanadoras (40)	13 (32.5%)	22 (55%)	1 (2.5%)	0	1 (2.5%)	0
Global (317)	37 (11.6%)	138 (48.6%)	26 (8.2%)	2 (0.6%)	20 (6.30%)	2 (0.6%)

Fuente: CESQT-PS's

Simbología:

TAD: Técnicos auxiliares de diagnóstico.

TS: Trabajadoras sociales.

IT (INVER): Representa la escala de ilusión por el trabajo, pero de manera invertida, es decir, presenta los valores sólo por debajo de la puntuación media (2).

DP: subescala de desgaste psíquico.

IND: Indolencia.

CUL: Culpa.

Tabla 7. Correlación de Pearson entre las subescalas del CESQT-PS y las variables sociodemográficas laborales. .

Grupos de estudio y correlación de Pearson		IT	DP	IND	CUL	Edad	TP	TO	TPT
IT	Pearson	1	-.150**	-.413**	-.101*	.015	-.038	-.010	-.029
	Sig. (unilateral)		.004	.000	.036	.395	.249	.433	.300
DP	Pearson		1	.311**	.597**	.099*	.073	-.063	-.087
	Sig. (unilateral)			.000	.000	.039	.098	.133	.061
IND	Pearson			1	.517**	.031	.083	-.067	-.152**
	Sig. (unilateral)				.000	.292	.069	.118	.003
CUL	Pearson				1	.101*	.057	-.093*	-.087
	Sig. (unilateral)					.037	.154	.048	.061
Edad	Pearson					1	.450**	.336**	.277**
	Sig. (unilateral)						.000	.000	.000
TP	Pearson						1	.791**	.629**
	Sig. (unilateral)							.000	.000
TO	Pearson							1	.861**
	Sig. (unilateral)								.000
TPT	Pearson								1
	Sig. (unilateral)								

Fuente: CESQT-PS's

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

En relación al sexo el predominio fue para el femenino, lo cual concuerda por mucho con lo reportado utilizando el CESQT-PS (tabla 03; Marucco, et. al. 2007; Tejada y Gómez, 2009), así como lo estudiado en el HR, (Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el HR y factores relacionados; García y Barrera, 2004; el síndrome de SQT en el personal de enfermería que labora en el HR; Torres Flores TL, 2005 y el trabajo sobre clima laboral en el servicio de terapia intensiva de adultos del HR; Barbosa y Rivera, 2004).

Por otra parte y en relación al SQT, la prevalencia mantiene su relación con lo reportado para el caso de médicos (Marucco, et. al. 2007), no así con lo estudiado en el HR, donde el estudio de Carrizosa, et. al. 2005, presenta niveles de prevalencia por dejado de lo presentado en este estudio; con respecto al personal de enfermería, no existe evidencia publicada aún con la utilización del CESQT, sin embargo en el HR, la relación mantuvo concordancia con el estudio de García y Barrera, 2004, no así con el estudio de Torres Flores TL, 2005, que demostró un prevalencia del SQT 100% en la población estudiada, lo cual difícilmente es posible obtener en una muestra de enfermeras.

En lo concerniente al grupo de TAD, la bibliografía reporta limitados estudios utilizando el CESQT-PD (Gil-Monte, P. R., et. al., 2006 y Olivares Faúndez, VE., et. al., 2009) en trabajadores de atención a personas con discapacidad, quienes demostraron niveles de prevalencia ligeramente altos (8.6%) en relación con lo reportado en este estudio (1.2%).

En lo que concierne a las trabajadoras sociales y afanadoras conviene puntualizar que no existen evidencias publicadas utilizando el CESQT en estas poblaciones, por lo que el presente trabajo cita un precedente importante al considerar a las trabajadoras sociales como un grupo de riesgo susceptible de presentar el SQT grave, lo cual sin duda produce efectos a la salud en este tipo de profesionales de la salud. Por su parte el personal de limpieza demuestra una desilusión por el trabajo importante (32.5%) con el resto de los grupos de estudio, lo cual es evidente por su labor ruda y áspera manifestada por las grandes aéreas de responsabilidad que a veces tienen a su cargo.

Por otra parte y en relación a las variables laborales se encontró que la edad tiene correlación significativa con el TP, lo cual concuerda con el trabajo de Medellín Moreno, J., et. al., 2009, además de incorporar altas correlaciones significativas entre el tiempo en la profesión y el TO ($r=.79$; $p < 0.01$) y entre este último y el TPT ($r=.86$; $p < 0.01$).

Por último se pone de manifiesto el hecho de no obstante de que el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986) es el más utilizado entre los investigadores. Sin embargo en los últimos años se ha demostrado que el MBI tiene debilidades psicométricas (*Gil-Monte, P. R. 2005*), no así el CESQT-PS el cual si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afección que presentan los individuos.

5. CONCLUSIONES.

- El presente trabajo demostró que existe SQT en un 6.30% en la población estudiada y que grupo más susceptible a presenta SQT son las enfermeras seguidas de las trabajadoras sociales.
- En relación al género, el de mayor incidencia fue el fue femenino 53.3%.
- La subescala de la culpa mantiene relación significativa con el desgaste psíquico y la indolencia.
- El tiempo en la profesión tiene correlación significativa con la edad y el tiempo en el puesto de trabajo y alta correlación significativa con el tiempo en la organización.

6. RECOMENDACIONES:

Se recomienda aplicar un plan de **estrategias orientadas a nivel individual**, atendiendo variables individuales que aborden aspectos: físicos, emocionales y conductuales, con el fin de fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales. No pudiendo faltar las **estrategias orientadas a nivel organizacional**, las cuales estar orientadas a incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores. Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos. Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones. Y por último mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.

7. FUENTES DE INFORMACIÓN.

7.1 Fuentes impresas.

- Barbosa Mendoza, L. M., Rivera Arriaga, N. (2006). *Clima laboral en el Servicio de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Central Militar*. Tesis de nivel medio superior no publicada, Escuela Militar de Enfermeras, México, D.F.
- Díaz Bahena, J., Barrera Tecolapa, V. H., García Mosqueda, C., Almanza Muñoz J. (2005). Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: estudio comparativo. *Rev Sanid Milit Mex*; 59 (1): 19-31.
- García Córdoba, F. (2005). *La Tesis y el trabajo de tesis*. México. Editorial Limusa, Pág. 49.
- García Carrizosa, S., Meléndez Rangel, O., Serna Flores, C. I. (2005). *Estudio del Síndrome de Burnout en Pasantes de Medicina del Hospital Central Militar*. Tesis de licenciatura no publicada. Escuela Medico Militar, México, D.F.
- García Mosqueda, C., Barrera Tecolapa, V. H. (2004). *Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar y factores relacionados: Estudio comparativo*. Tesis de Posgrado no publicada. Escuela Militar de Graduados de Sanidad, México, D.F.

- Gil-Monte, P.R. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide. Pág. 57.
- Juárez García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx*; 49(2):109-117.
- Torres Flores T.L. (2003). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Central Militar en los diferentes turnos y áreas*. Tesis de Posgrado no publicada. Escuela Militar Graduados de Sanidad, México, D.F.

7.2 Fuentes no impresas.

- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., Franco-Chávez, S., (2005). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med Lima*. 66(3): 225-231. Recuperado el 31 de julio de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37966306.pdf>
- Atance-Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71 (3):293-303. Recuperado el 30 de mayo de 2008, de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>

- Cabrera-Gutiérrez, L. S., López Rojas, P., Salinas Tovar, S., Ochoa Tirado, J. G., Marín Cotoñieto, I. A., Haro García, L. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS*, 43 (1): 11-15. Recuperado el 10 de mayo de 2008, de <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/11942C6A-691B-46DF-8641-27BA063313BF/0/2005rm4301burnout.pdf>

- Díaz Romero, R. M., Pérez Romero, E., Lartigue Becerra, T. (2006). Desgaste profesional en un grupo de Odontólogos. *Revista ADM*, LXIII(6):220-224. Recuperado el 06 de junio de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od066e.pdf>

- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, *Anales de psicología*, 15(2): 261-268. Recuperado el 23 de mayo de 2006, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16715210.pdf>

- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del *maslach Burnout inventory* en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689. Recuperado el 03 de diciembre de 2007, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72711319.pdf>

- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1(1): 19-33. Recuperado el 01 de mayo de 2009, de <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

- Gil-Monte, P. R., García-Juegas, J. A., Núñez, E. M., Carretero, N., Roldán, M. D., Caro, M. (2006). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT). *Psiquiatria.com*, 10(3). Recuperado el 13 de junio de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/183/24872/?++interactivo> . .

- Gil-Monte, P. R. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario “CESQT”. En J. Garrido (Comp.), *¡Maldito trabajo!* (pp. 269-291). Barcelona: Granica. Recuperado el 06 de junio de 2009, de http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2008_Gil_Monte_Granica.pdf

- Gil-Monte, P. R., Unda R. S., Sandoval, J. I. (2009). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Ment*, 32(3):205-14. Recuperado el 01 de diciembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam093d.pdf>

- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D., Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Rev Psicol Trab Organ*, 21(1-2):107-23. Recuperado el 13 de junio de 2007, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319070>

- Gil-Monte, P. R. (2007). Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 34, 44-47. Recuperado el 01 de diciembre de 2009, de http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2007_Gestion_Practica_Preencion_RRLL.pdf

- Hernández-Vargas. C. I. Juárez-García, A., Hernández-Mendoza, E., Ramírez-Páez, J. A. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS*; 13(3): 125-131. Recuperado el 23 de mayo de 2006, de http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D0EEC54F-0A9D-49CC-BB7A-0ABDCA7457AD/0/vol13_3burnout.pdf

- Hernández Zamora, G. L., Olmedo Castejón, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (Burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, Vol. 22, número 1, págs. 121-136. Recuperado el 01 de diciembre de 2005, de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_1_9.pdf
- Javier Alarcón, F. J., Vaz, Juan A. Guisado. (2002). Análisis del síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* ,29(1):8-17. Recuperado el 25 de octubre de 2005, de http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_1/ps-29-1-002.pdf
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E., Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM* Vol.48 No.5 Septiembre-Octubre, 191-197. Recuperado el 01 de diciembre de 2006, de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-5/RFM48506.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, R. M., Morante-Benadero, M. E., Rodríguez-Muñoz, A. (2006). Validez factorial del inventario de Burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 38, No 3, 445-456. Recuperado el 01 de diciembre de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80538301.pdf>
- Moreno-Puebla, R. A., Menéndez-López, J. R., Cruz-Turró, M. (2001). Factores psicosociales y estrés en el medio Militar. *Rev Cubana Med Milit*, 30(3):183-189. Recuperado el 01 de diciembre de 2002, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol30_3_01/mil08301.pdf
- Pardo-Álvarez, J., López-Herrero, F., Moriña-Macías, M., Pérez-Collado, M., Freire-Pérez, P., Fernández-Leal, R. (2002). ¿Estamos quemados en Atención Primaria?. *Medicina de Familia (And)*, 3 (4): 245-250. Recuperado el 11 de diciembre de 2003, de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>

- Quiceno, J. M., Vinaccia, A. L. P. I. S. (2007). "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" Burnout. *Acta colombiana de psicología*, 10 (2): 117-125. Recuperado el 22 de diciembre de 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79810212>
- Olivares, V. E., Gil-Monte, P. R. (2007). Análisis de las propiedades psicométricas del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en profesionales chilenos. *Ansiedad Estrés*, 13 (2-3):229-40. Recuperado el 01 de mayo de 2008, de http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2007_Olivares_y_Gil-Monte.pdf
- Ortega-Ruiz, C., López-Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*, 4 (1):137-160. Recuperado el 01 de diciembre de 2006, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
- Pera, G., Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*, 16(6):480-6. Recuperado el 13 de enero de 2004, de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n6/original2.pdf>
- Ramos-González, J. M. (2001) Estrés...en el trabajo. *Rev Latinoamericana de la Salud en el trabajo*, 1 (2):86-90. Recuperado el 01 de diciembre de 2002, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/trabajo.pdf>
- Román Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(2):103-10. Recuperado el 01 de julio de 2004, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>

- Thomaé M. N. V., Adrian Ayala E., Sphan M. S., Stortti M. A., (2006). Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* - N° 153 – 97-99. Recuperado el 27 de diciembre de 2007, de http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.pdf
- Tudon, M. J. E. (2004). La medicina de trabajo y la “salud ocupacional”. *Rev Latinoamericana de la Salud en el trabajo*, (4)2 Mayo-Agosto:45. Recuperado el 23 de agosto de 2005, de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-trabajo/e-lm2004/e-lm04-2/em-lm042c.htm>
- Varela Arjona, G., Salinero Aroca, M. J., Solano Francisco, C.S., Lemus Gallego, J., De las Heras Gómez, C. (2003). *Estrés Laboral, capítulo VII. Guía LUCES para emprendedores*. 147-169. Recuperado el 01 de julio de 2004, de http://www.cdiex.org/aprendizaje/documento_5.pdf
- Ventura-Velásquez, R., Bravo Collazo, T. M., Hernández Tápanes, S. (2005). Trastorno por estrés postraumático en el contexto medico militar. *Rev Cubana Med Milit*. 34(4):183-189. Recuperado el 01 de diciembre de 2006, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v34n4/mil09405.pdf>