

La salud de los trabajadores es una preocupación que se ha plasmado en políticas y legislaciones en todo el mundo, a instancias de organizaciones internacionales tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización de las Naciones Unidas, que entienden el bienestar de los productores de los bienes materiales y espirituales de la Humanidad como parte específica de los Derechos Humanos.

El resguardo de la salud de esta manera, los trabajadores es responsabilidad de los Estados y de las empresas y organizaciones donde se desarrollan las actividades productivas y de servicios, así como el deber de los sindicatos el de velar y luchar porque ese derecho que de garantizado y se lleve efectivamente a la práctica, mediante normas, legislaciones y políticas concretas.

Las organizaciones internacionales, especialmente la OIT y la OMS, han definido claramente las condiciones de ese bienestar y han identificado las patologías frente a las cuales pueden desarrollarse planes de prevención, identificación y tratamientos adecuados. Entre esas enfermedades se encuentra el síndrome de Burnout.

Aun cuando la OMS ya la comprendía entre las dolencias más notables de los trabajadores del mundo, no fue sino en 2020 cuando el Burnout entró en su lista general de las dolencias propias de la actividad de algunas profesiones específicas, aquellas que tienen contacto directo con otros seres humanos, en términos de atención y cuidados. De esta manera, el síndrome Burnout ha adquirido una relevancia significativa, hasta convertirse, quizás, en el signo de un cambio histórico que pensadores tales como el filósofo alemán de origen coreano Byung Chul Han, han caracterizado como la transición de una sociedad de la disciplina y el control, hacia una “sociedad del cansancio”.

Efectivamente, las crecientes exigencias que se acumulan sobre los individuos en una sociedad enfocada en el rendimiento máximo y la au-

toexigencia, un sistema económico que parece no conocer límites en la explotación de los seres humanos y de la Naturaleza, repercute en la salud general e individual. Como una apabullante compulsión todopoderosa, el impulso hacia el aumento de la productividad, la convocatoria de todas las fuerzas humanas hasta más allá de los límites físicos y mentales, el rebasamiento de las resistencias de los individuos, se han impuesto en la nueva sociedad, al lado de las amenazas que provienen del desastre ambiental y el auge de las nuevas tecnologías. Estas, lejos de garantizar la comodidad y el bienestar de las personas, se han convertido en medios de nuevas exigencias que literalmente “quemán” los equipos humanos. El sistema económico se ha extrañado de su creador, la Humanidad, y le exige como dios cruel y despótico, que se exprima los músculos y los nervios hasta reventar.

El síndrome Burnout ataca sobre todo a las profesiones que brindan servicios a un público. Es una patología prevalente en médicos, enfermeras y demás personal de salud. Así mismo, en los docentes de los diferentes niveles educativos, así como en entrenadores deportivos, en custodios de instituciones de corrección o penitenciarias, cuidadores de personas de la tercera edad, trabajadores sociales, administradores, policías y militares.

Las personas aquejadas del síndrome Burnout sufren con su agotamiento emocional, la despersonalización, la pérdida de sentido de su vida, afectan todas sus comunicaciones con sus compañeros y demás personas a su alrededor. Más allá de la depresión, más allá de los excesos del estrés, el síndrome Burnout se ha venido detectando en las actividades del médico, la enfermera, el entrenador deportivo, los docentes, etc., presentando cuadros realmente preocupantes, que exigen respuestas de todo tipo por parte de las organizaciones.

Es por ello, que el síndrome Burnout debe ser objeto de estudio de muchas investigaciones, para conocer de su terrible impacto. Esta indicación adquiere mayor fuerza en momentos en que el personal de

atención de salud, con sus diferentes componentes, son exigidos al máximo para enfrentar la pandemia del COVID 19, factor que, de por sí, es un importante factor estresante de toda la población, de todas las edades, de todos los países.

Este libro es una contribución para llamar la atención acerca de la relevancia del síndrome Burnout y la necesidad de que los Estados, las organizaciones y los individuos presten atención a esta patología que puede acabar, además de la vida laboral productiva de los individuos, la integración en sus relaciones personales y hasta su sentido mismo de la vida.

Valga entonces este texto para reunir información y conocimientos sobre el síndrome Burnout, caracterizado como la enfermedad típica de esta sociedad de cansancio que acaba con las mismas potencialidades que le ha dado tanto poder en el planeta.

Una visión ingenua del futuro o de los años que hoy estamos viviendo, plasmada en algunas series de dibujos animados por la TV, mostraba un mundo impoluto, donde las maravillas tecnológicas nunca consentían que alguna dolencia o malestar físico o mental, más allá de las divertidas contingencias de los simpáticos personajes, apareciera provocando nuevos sufrimientos o ansiedades. Por supuesto, tal visión ha chocado dramáticamente con la realidad actual. Esta más bien parece un tiempo en que los ingenios científicos y tecnológicos, coexisten con nuevos miedos (el de la catástrofe ambiental, por ejemplo) y nuevas enfermedades. Estas dolencias que hoy postran a la Humanidad parecen ser resultado de las mismas fuerzas que la han impulsado a nuevos niveles de despliegue casi mágico de las máquinas e ingenios.

Tal es el caso del llamado síndrome “Burnout” (“quemado”, en inglés; tal vez quepa también las palabras “consumido por el trabajo”), un conjunto estructurado de síntomas, de sufrimientos, que ataca a los profesionales, especialmente aquellos que se hallan en contacto con los semejantes. En ese grupo de personas se cuentan, por supuesto, los integrantes de los equipos de salud: médicos y enfermeras, pero también docentes de los diferentes niveles educativos, los mismos estudiantes, gerentes de las empresas, cuidadores de personas mayores o de niños con problemas, guardias de penitenciarias, policías y un largo etcétera.

Nuestra cultura guarda una valoración ambivalente hacia el trabajo. Si, por una parte, constituye uno de los núcleos de aquel mandato divino de ganarse el pan “con el sudor de la frente”, como parte de la condena por haber cometido aquel pecado original; es decir, el castigo por antonomasia; por otro lado, miles de mensajes, desde religiosos hasta cotidianos, conciertan una presión formidable sobre los individuos para que se esfuercen al máximo, en parte para demostrar que son capaces y superiores, y en parte para obtener las riquezas y el bienestar que están al alcance de cualquier trabajador entregado a sus funciones y que, por ello mismo, pueda ganar siempre y conseguir incansablemente sus metas de mejor vida.

La paradoja está en que el trabajo excesivo, el esfuerzo exagerado, la diligencia obsesiva, se han convertido en factor de destrucción de las mismas fuerzas humanas que levantan esos grandes edificios de la vida moderna. El daño va mucho más allá del cansancio y la frustración por no obtener en la cantidad, la rapidez y la calidad, los resultados prometidos del trabajo.

Cuando en 1974 Herbert Freudenberger describió y bautizó por primera el síndrome “Burnout”, lo caracterizó como el alto costo de los grandes logros. Su libro se tituló “Burnout: the high cost of high achievement”. Se trata de la consecuencia de un estrés laboral crónico, caracterizado por un estado de gran agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas; todo ello empeorado por la pérdida de habilidades para comunicarse con sus semejantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del síndrome de Burnout, “síndrome de estar quemado” o desgaste profesional como enfermedad, al ratificar la revisión 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada en 2020, y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo primero de enero de 2022, en la que también se contempla el abuso de videojuegos como trastorno adictivo.

La incorporación del síndrome en la lista de preocupaciones de la OMS tiene antecedentes en 1990, cuando esa misma institución lo asoció al estrés crónico del trabajo, pero con menos atención, pues se le comprendía entre las muchas dolencias relacionadas con la dificultad de controlar la propia vida. Ahora, el BURNOUT adquiere más visibilidad y llama más la atención de los profesionales de la salud y las autoridades e instituciones dedicadas a la salud pública y de los trabajadores.

De esta manera, el síndrome de Burnout se considera mundialmente como uno de los principales problemas de salud mental que, además, es el primer paso hacia aún más graves patologías psíquicas deriva-

das de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este mal.

El síndrome de Burnout en cuestión conjuga síntomas físicos y psíquicos. Por una parte, fuertes jaquecas, dolores estomacales y problemas intestinales; por el otro, un inmenso agotamiento emocional, un derrumbe psicológico que echa por tierra las capacidades y la propia valía ante las tareas cotidianas más simples. El cansancio hunde al individuo en una postración brutal que aniquila sus capacidades básicas y la frustración lo inunda y ahoga, haciéndolo además distante de sus responsabilidades y cada vez más aislados de las personas que lo rodean cotidianamente.

Se puede advertir que las ciencias sociales han pasado, del reconocimiento del estrés como una patología que merecía atención importante, al relieve del síndrome de Burnout. Pero ello no para allí. Ya hay algunos estudiosos hablan de otro síndrome paralelo o consecuente, tanto del estrés crónico como del síndrome Burnout. Concretamente, los especialistas Phillipe Rothlin y Peter Werder, desde 2007, vienen advirtiendo de otra afección relacionada con el trabajo. Lo han bautizado como síndrome del “Boreout” (la traducción sería algo así como “fastidio del trabajo”). Por él, los empleados no hallan nada interesante en sus trabajos, se distancian de él, terminan indiferentes hacia sus propios logros y hacia los éxitos de su empresa. Hay una sensación de estar desaprovechado de gran aburrimiento, desgano y apatía y total desinterés.

Es como si se validara en estos tiempos, con mayor gravedad y nefastas consecuencias personales y sociales, aquella vieja categoría procedente de la filosofía, la “alienación”, que era el extrañamiento del producto respecto de su productor, la pérdida del propio Ser sometido a otro que, de ser creado por el primero, pasaba a subordinar al segundo. El concepto filosófico de alienación viene de principios del siglo XIX, pero el síndrome Burnout parece ser propio más bien de este

sorprendente siglo XXI. No parece casualidad que justo ahora se convierta en best seller en algunos países un libro de filosofía titulado “La sociedad del cansancio” del pensador de origen coreano Byung Chul Han.

En el presente texto, un equipo de profesionales de la salud aborda los diferentes aspectos de este malestar de la productividad laboral económica sin límites, en diez capítulos, en los cuales se va desde las descripciones generales del síndrome de Burnout, hasta consideraciones más generales en las cuales se busque vincular el auge de esta dolencia con las características angustiantes de la época.

En el CAPÍTULO I, se abordará el SINDROME BURNOUT COMO RIESGO LABORAL y las implicaciones del reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Posteriormente, en el CAPÍTULO II se enfocará nuestra atención en la ETIOLOGÍA Y DIAGNOSTICO DEL SINDROME BURNOUT, en el cual se precisarán los factores condicionantes y causas establecidas por las investigaciones acerca del mal, así como los signos y síntomas en los cuales se fundamenta los diagnósticos que lo identifiquen.

La EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME BURNOUT será desarrollada en el tercer capítulo, examinando los rasgos característicos de las poblaciones en las cuales avanza este mal de nuestro tiempo.

Seguidamente, en el CAPÍTULO IV se tratará de la IMPORTANCIA DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD PARA COMPRENDER Y ATENDER EL SBO, pues se hace patente la necesidad de la cooperación de los enfoques de las diferentes disciplinas, desde la psicología, hasta la biología y la bioquímica, para combatir con eficacia los estrados del síndrome Burnout.



El CAPÍTULO V se ocupará del SINDROME BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, uno de los sectores laborales más afectados por la dolencia.

En el CAPÍTULO VI se expondrá la situación del SINDROME BURNOUT EN DOCENTES de diversos niveles del sistema educativo, desde el básico hasta el universitario. El CAPÍTULO VII se tratará del SINDROME BURNOUT EN CUIDADORES, categoría que abarca a guardias en penitenciarias y cuidadores de niños o de personas adultas mayores. El CAPÍTULO VIII tratará acerca del SINDROME BURNOUT EN PACIENTES Y DEMÁS TRABAJADORES, donde se abarcará la situación de la dolencia en otras categorías de empleados y profesiones, desde administradores, pasando por policías, hasta llegar a los trabajadores sociales.

En el CAPÍTULO IX se abordarán los aspectos de la PREVENCIÓN DEL SINDROME BURNOUT y, finalmente, en el CAPÍTULO X se harán reflexiones que contextualicen la enfermedad en una cultura y una sociedad que ha sido pensada por filósofos y científicos sociales con rasgos muy peculiares: UN SÍNDROME PROPIO DE LA SOCIEDAD DEL CANSAPIO.

Con este texto se plantea acopiar el estado del arte y de la cuestión sobre este importante tema en tiempos en que la Humanidad se ve agobiada por varios desafíos sanitarios, comenzando por la pandemia COVID 19, la cual, presumiblemente, ha llevado al máximo la exigencia del personal de salud en todo el mundo, llevándolos mucho más allá del límite.



A mis padres Ing. Héctor Vallejo Escobar y Lcda. Idalinda Zambrano Mendoza por su apoyo incondicional durante todo mi proceso académico y ser mis bases durante toda mi carrera.

A mi compañera de aventuras Valentina Jaramillo Cabrera, por su paciencia, amor y cariño demostrándome que estará en las buenas y malas.

A mis Hermanos Ing. Héctor Vallejo Zambrano, Ing. Alexandra Vallejo Zambrano, Dra. Katty Vallejo Zambrano y Dr. Erick Hidalgo por ser mis compañeros de batalla durante todos los procesos que he pasado.

A mis sobrinas Adriana Choucino Vallejo, Alessia y Eilyn Hidalgo Vallejo que nunca se rindan ante ningún desafío que les pase durante sus vidas.

**Dr. Cristhian Vallejo Zambrano.**

Es significativo que haya sido en este año 2021, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya resuelto incorporar el Síndrome de Burnout en lo que viene siendo la lista oficial de enfermedades que utiliza la comunidad científica médica internacional, la Clasificación Internacional de Enfermedades (1). Llama la atención por al menos tres razones.

En primer lugar, porque se trata ya del segundo año en que la pandemia del COVID 19 plantea nuevos retos a toda la Humanidad ante el surgimiento de nuevas “cepas” y la cantidad de víctimas, entre las cuales se cuentan no pocos miembros del personal de salud en todo el mundo. En segundo término, la institución que agrupa a prácticamente todos los gobiernos del planeta y que es la referencia por excelencia de las recomendaciones para las políticas de salud de todos ellos, ha decidido incorporarla como un riesgo laboral, justo cuando a esos profesionales de la salud (médicos, enfermeras y demás) se les está exigiendo el máximo de esfuerzo y dedicación en el combate de la terrible enfermedad que hoy se perfila ya como una endemia. El tercer elemento que agrega connotaciones a esa decisión de la OMS, es que esa decisión se produce al mismo tiempo que el reconocimiento como enfermedad de la adicción a los videojuegos. Esto sitúa al síndrome Burnout como una dolencia de nuestro tiempo, uno muy particular, en el cual se ha señalado una profunda transformación de conjunto apuntando a lo que algunos pensadores (encabezados por el filósofo de origen coreano Byung Chul Han) han denominado “la sociedad del cansancio” (2).

El síndrome de Burnout se ha definido como un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios, entre ellos, y en lugar prominente, los médicos asistenciales (3)

Es significativo que haya sido en este año 2021, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya resuelto incorporar el Síndrome de Burnout en lo que viene siendo la lista oficial de enfermedades que utiliza la comunidad científica médica internacional, la Clasificación Internacional de Enfermedades (1). Llama la atención por al menos tres razones.

En primer lugar, porque se trata ya del segundo año en que la pandemia del COVID 19 plantea nuevos retos a toda la Humanidad ante el surgimiento de nuevas “cepas” y la cantidad de víctimas, entre las cuales se cuentan no pocos miembros del personal de salud en todo el mundo. En segundo término, la institución que agrupa a prácticamente todos los gobiernos del planeta y que es la referencia por excelencia de las recomendaciones para las políticas de salud de todos ellos, ha decidido incorporarla como un riesgo laboral, justo cuando a esos profesionales de la salud (médicos, enfermeras y demás) se les está exigiendo el máximo de esfuerzo y dedicación en el combate de la terrible enfermedad que hoy se perfila ya como una endemia. El tercer elemento que agrega connotaciones a esa decisión de la OMS, es que esa decisión se produce al mismo tiempo que el reconocimiento como enfermedad de la adicción a los videojuegos. Esto sitúa al síndrome Burnout como una dolencia de nuestro tiempo, uno muy particular, en el cual se ha señalado una profunda transformación de conjunto apuntando a lo que algunos pensadores (encabezados por el filósofo de origen coreano Byung Chul Han) han denominado “la sociedad del cansancio” (2).

El síndrome de Burnout se ha definido como un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios, entre ellos, y en lugar prominente, los médicos asistenciales (3)

En realidad, el síndrome de “Burnout” tiene ya una historia de varias décadas en los estudios científicos, las experiencias clínicas y la práctica de los profesionales especializados en la salud laboral.

Ya en el año 2000 la propia OMS lo había declarado como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Este síndrome fue estimado de gran importancia porque no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece, sino que sus repercusiones van muchos más allá y hasta puede llegar a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece.

La frecuencia de este síndrome se ha elevado en grandes proporciones. Y se presume que hoy, más que nunca, pudiera convertirse en un flagelo ante la emergencia sanitaria por el COVID 19.

A raíz de su descripción original, se han publicado muchos trabajos sobre el tema y sobre el tipo de personal que lo sufre; así como también sobre su prevalencia. De entre las publicaciones existentes podemos extraer y destacar la constatación de que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos, (3) aunque también hay estudios que identifican el mal en docentes a diferentes niveles educativos, administradores, trabajadores sociales, cuidadores de menores en retenes, policías, militares, deportistas y estudiantes.

Pero la historia del síndrome de *Burnout* se remonta a mucho antes de que la OMS accediera a darle reconocimiento.

En el año 1974 fue descrito, por primera vez, por el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger, como “un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (4).

Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. El científico constató que las personas que laboran en servicios sanitarios tienen cambios importantes en su actitud y su actividad después de un año. Se les comenzó a notar, además de la pérdida progresiva de ánimo y voluntad de laborar, una gran desmotivación por el trabajo, cambios en el comportamiento con el paciente (menor sensibilidad y comprensión hacia ellos, trato distanciado y frío, tendencia a culparlos por los problemas que padecen), y síntomas de ansiedad y depresión.

Fue con base en esas observaciones, que el científico explicó el síndrome Burnout a partir de las fallas, el desgaste o el sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Ello ocurre cuando un miembro de una organización, por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante. Fue en ese momento cuando se introdujo el término Burnout por primera vez en la literatura médica.

desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo; y ha sido traducido al español por el doctor José Carlos Minote Adán de la Universidad Complutense de Madrid, España. A partir de estos hallazgos, se desarrolló un instrumento para medir la existencia, características y gravedad de la dolencia, con el cual se han multiplicado los estudios empíricos en distintas poblaciones profesionales.

Los profesionales que tienen contacto permanente con usuarios que requieren un servicio, constituyen la población que más presenta este tipo de afección. Esa población incluye a médicos, enfermeros, policías y docentes de los diversos niveles del sistema educativo de los países. Aunque también, como veremos en este mismo texto, podemos incluir también a trabajadores sociales, gerentes, administradores y hasta militares. Es posible que se desarrollen estudios que muestren que el síndrome se presenta en otras ocupaciones, pues lo principal de su etiología es el mal manejo de un estrés crónico y la afección en el trato hacia los demás, propio de ocupaciones de relación con el público o con grupos. Algunos investigadores, a partir de la confirmación de esta tendencia, formulan la hipótesis de que el estrés crónico de los profesionales de la salud es más alto que el de otras profesiones, debido a que están enfrentados de manera cotidiana al dolor y al sufrimiento humano. Agregaríamos que, en estos tiempos de pandemia, esa tendencia es mucho más intensa, máxime en nuestros países llenos de necesidades (6).

De modo que han transcurrido varias décadas desde el descubrimiento y caracterización del síndrome de Burnout, hasta su inscripción en la lista oficial de enfermedades de la comunidad médica internacional. Mientras tanto, las evidencias de la patología se han encontrado en diversidad de medios laborales, con rasgos cada vez más pronunciados. Igualmente es notable que diversas denominaciones le hayan sido aplicadas, más allá de las traducciones directas del inglés, idioma materno de los descubridores. Esto puede llevar a ciertas incomprendiciones.

Como sabe, la terminología utilizada es clave para la comprensión de los fenómenos, como lo han advertido los filósofos de la ciencia. Diferentes denominaciones para un mismo fenómeno, aunque se realicen a través de sinónimos y traducciones literales, pueden llevar a incomprendiones que llevan a un debate de partida sobre la denominación más apropiada, lo cual puede dificultar la investigación.

El término “síndrome de Burnout” como originalmente se describió ha tenido varias traducciones al español entre las que podemos mencionar: síndrome de Burnout, síndrome de burned out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros.

En el caso del síndrome Burnout, en lengua española o castellano, se observa que al menos diecisiete denominaciones diferentes han circulado en la literatura médica científica acerca del fenómeno. Varias son muy similares, lo cual posibilita una clasificación en tres grandes grupos terminológicos:

- a. denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón *Burnout* (por ejemplo, síndrome del quemado),
- b. denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología (por ejemplo, desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional) y,
- c. estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral (por ejemplo, estrés laboral asistencial, estrés profesional).

El número de denominaciones se puede ampliar a dieciocho al incluir, sin tomar en cuenta el consenso médico, la enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás (7)

Una postura que ha venido ganando fuerza, es la recomendación de utilizar el término “síndrome de quemarse por el trabajo”, para aludir en



español al *Burnout syndrome*, y un término similar en portugués. Las ventajas de esta denominación presentan son:

- a. dan información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas,
- b. nos informan sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología,
- c. desvían el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizar al trabajador,
- d. desvinculan la patología laboral de la denominación coloquial y,
- e. permiten diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc. (8).

De todos modos, en este texto recurriremos, tanto a la denominación mencionada en español, como a la original en inglés, con el fin de lograr una mejor comprensión e identificación textual.

Un aspecto muy importante a tomar en cuenta es el carácter interdisciplinario del concepto de la enfermedad. Ello supone comprenderla desde diversas perspectivas, correspondientes a las disciplinas científicas que están convocadas para conocerla y atenderla. Hoy día, la dolencia y los factores que inciden en su aparición, atañen tanto a la psicología, a la psiquiatría, a la medicina laboral, la sociología y la gerencia de empresa, especialmente la relacionada con el manejo del personal.

Con el vuelco de las diversas teorías de la gerencia, a partir de las décadas de los setenta y ochenta, con la introducción de perspectivas como la Quinta Disciplina y las orientaciones procedentes de la industria japonesa, que hacen énfasis en la teoría de los sistemas y la necesidad de compartir una visión de la empresa con sus empleados, y un horizonte compartido, el bienestar y la salud laboral son elementos que

adquieren un gran relieve para estimar la eficacia de una determinada organización. La calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que le es aparejada, tiene repercusiones sobre la organización, expresados en fenómenos como el absentismo, la rotación de personal, la disminución de la productividad y la calidad, etc.

Por supuesto, la incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud, conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general, especialmente en situaciones como la actual, cuando la pandemia del COVID 19 ha impactado a todas las naciones, poniendo a prueba la solidez y funcionalidad de sus instituciones a cargo de la salud pública.

Desde una perspectiva psicosocial, el síndrome de quemarse por el trabajo se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización).

Cada una de estas variables, tiene sus especificidades. Se entiende, en primer lugar, por baja realización personal en el trabajo la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, lo cual tiene repercusiones inmediatas en la habilidad en el desempeño de su trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Se observa entonces que los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

Por otra parte, el agotamiento emocional alude al sentimiento que agobia a los trabajadores haciéndolos sentir que ya no pueden dar más de sí mismos en lo que se refiere a lo 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.

La variable de la despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas agresivas, mordaces, irrespetuosas, hacia las personas que reciben la atención de parte del trabajador. Se trata de un proceso ciertamente doloroso desde el punto de vista subjetivo, de deshumanizarse y extrañarse a sí mismo, como si el trabajo no les perteneciera y ejerce un dominio aplastante sobre su personalidad, llegando a un grave endurecimiento afectivo que deshumaniza el trato interpersonal.

Esta conceptualización lleva a la necesaria elaboración de una taxonomía que integre los diferentes modelos elaborados para explicar, tanto la etiología, como las consecuencias del síndrome. Así se construyen diferentes modelos explicativos, los cuales, a su vez, pueden ser debatidos de acuerdo a las tendencias teóricas presentes en el espacio de las disciplinas en cooperación.

Es de acuerdo con esas diversas perspectivas teóricas y disciplina-rias (paradigmáticas), que se pueden diseñar diversas estrategias de intervención con fines de prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida laboral de sus trabajadores, especialmente aquellos que tratan con el público, y, consecuentemente, mejorar la calidad de servicio que la organización ofrece a sus usuarios (9).

Hay una relación estrecha entre el estrés, el estrés específicamente laboral y el síndrome Burnout. Tanto así que pueden confundirse los tres cuadros, a menos que los coloquemos uno al lado del otro, y aclaremos sus relaciones, que son igual, lógicos, y procesuales. Es decir, es importante, por una parte, distinguirlo, y, por otro lado, comprender que un cuadro puede llevar al otro, si no se atiende adecuadamente y a tiempo.

El síndrome de quemarse por el trabajo no debe confundirse simplemente con el estrés psicológico, sino que debe ser entendido como

una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación entre el profesional y la organización.

Ya desde hace tiempo el estrés laboral es considerado como uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores (10).

Hay que establecer una clara diferenciación entre el estrés y el síndrome Burnout, como se muestra en el siguiente cuadro.

**Tabla 1.** Comparación estrés y síndrome Burnout

ESTRÉS	SÍNDROME BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a la motivación y energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción para preservar energías físicas	La depresión en Burnout es como una pérdida de ideales de referencia o tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	En general, sólo tiene efectos negativos

**Fuente:** Ministerio del trabajo y Asuntos Sociales de España (11)

El estrés es la respuesta natural y sistémica de la bioquímica y la fisiología del cuerpo frente a los estímulos demandantes de adaptación que provienen del medio ambiente físico, psicológico y social de los individuos. El concepto proviene del latín, traducido al inglés, de un término que denota “tensión”.

Su importancia reside en que contribuye a restablecer los equilibrios homeostáticos del organismo ante las demandas del exterior o alostáticos. Si el nivel de tensión propio del estrés es manejable, se expresa

en un estado de alerta que se le representa al individuo como un desafío, y le lleva a presentar reacciones adecuadas, en términos de mayor esfuerzo, atención, acción o huida, ante situaciones que pueden ser exigentes en esos términos. Incluso, la presentación de estos desafíos, y la oportunidad de superarlos, pueden llegar a ser satisfactorios para la persona, denominándose entonces **eustres**. Pero, si el nivel de tensión y el desencadenamiento de las respuestas orgánicas trascienden lo manejable, se convierte en distrés, y puede tener consecuencias patológicas en varios sistemas fisiológicos, tales como el sistema cardiovascular, el digestivo, el inmunológico, así como facilitar el desarrollo de enfermedades dermatológicas, la diabetes y la propensión a contraer infecciones de varios tipos.

El estudio de los efectos patológicos del estrés convoca a varias disciplinas, porque no sólo constituye una realidad médica, sino también psicológica y sociológica, ya que es un factor que altera los comportamientos individuales y las relaciones personales y sociales en general. Por ello, la indagación acerca del estrés puede, además de aportar a la Medicina, a los campos de la Psicología y la Sociología, y puede hacer contribuciones a los estudios y regulaciones acerca de las condiciones de trabajo de distintas categorías laborales, así como sobre las circunstancias del rendimiento y normal desarrollo de las actividades académicas, pues el estrés afecta, tanto a los trabajadores del ámbito fabril, como a los prestadores de servicios, tales como las enfermeras, al igual que a los estudiantes de ambos sexos.

Desde el punto de vista clínico, los trastornos por estrés son heterogéneos y multifactoriales en su etiología, biología y presentación, lo cual hace muy difícil su estudio y diagnóstico. A cada momento se adquieren más conocimientos neurobiológicos, neurohormonales e inmunomodulatorios acerca de estas patologías, hallazgos que permitirán en un futuro implementar estrategias más efectivas y eficientes de intervención para evitar la temprana mala adaptación de los sistemas neuromoduladores.

Especialmente destacables son las afecciones en el aparato digestivo ocasionadas por el estrés. Por un mecanismo fisiológico y bioquímico específico, esta perturbación puede causar gastritis y empeorar la situación de las úlceras estomacales, además de afectar otras partes del sistema digestivo (12).

Como se sabe, el síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida, y es descrito como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (13).

Una de las características más importantes del síndrome es la aparición frecuente de una disfunción psicológica propia de los empleados que se ocupan de relacionarse de manera directa con las personas y el público. Allí es cuando se manifiesta y desarrolla altos niveles de tensión o estrés crónico, frustración personal e inadecuadas actitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas. Estos síntomas llevan a un importante coste personal, organizacional y social (14).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había incluido el síndrome de burnout en su índice internacional de patologías, y lo comprendía dentro de la categoría Z73 “Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida” antes de reconocerla en su Clasificación Internacional. Es decir, que el organismo global ya reconocía la importancia que estaba adquiriendo esta dolencia en el campo laboral en el mundo (15).

Hay que destacar que esta caracterización del síndrome Burnout se produce en el contexto de la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, que han aparecido frente a las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en

las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto. La prevalencia de estos males se ha ido incrementando, hasta convertirse en un problema social y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste económico y social por lo que cualquier esfuerzo para su estudio debe ser bienvenido (16).

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo presentarse de una manera leve, moderada, grave o extrema.

Cuando el individuo siente una gran dificultad para salir de la cama en la mañana y un cansancio anormal, estamos en presencia de los primeros síntomas, aunque de carácter leve, de la enfermedad. Así mismo, se presentan rasgos actitudinales, tales como distanciamiento de las otras personas, irritabilidad, tendencia a la mordacidad y cinismo, fatiga, aburrimiento, pérdida del entusiasmo y de las visiones positivas respecto a su profesión, así como sentimientos de frustración, culpa e incompetencia, y hasta culpa e infravaloración personal. La persona puede llegar, si el síndrome se profundiza a recurrir a psicofármacos hasta el abuso, o puede comenzar a consumir anormalmente drogas y alcohol (17).



La definición más aceptada hoy en día del síndrome Burnout, es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981, que considera a la enfermedad como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

Al explicar la etiología del mal, hay diversas propuestas, tomando en cuenta las diferentes orientaciones en las disciplinas que enfocan el conocimiento, análisis y respuesta ante la dolencia. De esta manera, se pueden distinguir por lo menos tres modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, desde las teorías del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional.

Desde la teoría sociocognitiva del yo, se han elaborado un primer grupo de modelos, los cuales dan mucha relevancia al denominado *self* (sí mismo) en la explicación del síndrome. Estos modelos hacen énfasis en aspectos psicológicos, de los cuales se infieren protocolos de atención y tratamiento. Los aspectos que permite estudiar esta orientación teórica se pueden observar a través de ciertas variables como la autoconfianza, la autoeficacia, el autoconcepto, la autoestima.

En esta conceptualización teórica, se basa, por ejemplo, el modelo de competencia social, el cual se refiere a la situación de los profesionales de servicios y de ayuda, quienes tienden a iniciarse con una alta motivación por auxiliar a los demás, junto a manifestaciones evidentes de altruismo. Son precisamente, esas emociones y motivaciones los determinantes de la eficacia del trabajador en sus labores de cuidado. En este punto se establece una oposición entre, por un lado, aquellos factores que aumentan la eficacia percibida, entre los que se cuentan la alta motivación y los llamados factores de ayuda (plasmados en objetivos laborales, buena capacitación, participación en la toma de decisiones, disposición y disponibilidad, entre otros); y, por el otro lado, los llamados factores barrera que obstaculizan el logro de los objetivos profesionales, entre los que se cuenta la pérdida de sentido de esos

mismo objetivos, las disfunciones en los roles asumidos, la escasez de recursos, la sobrecarga laboral, las tensiones entre las personas, así como las dificultades, la disminución de la apreciación de la autoeficacia, lo cual, con el tiempo, se ocasiona el síndrome de Burnout.

Otras orientaciones teóricas hacen más énfasis a los aspectos sociales del desempeño profesional y, por ello, se le conocen como *teorías del intercambio social*. Para este tipo de abordaje es fundamental la percepción de la falta de equidad o de ganancia por parte de los sujetos al compararse con otras personas. Así se concertan dos procesos en una doble etiología del síndrome Burnout: el intercambio con las personas atendidas y las afiliaciones y comparación social con los colegas del trabajo.

Se considera que existen tres fuentes de estrés en los procesos de intercambio social. En primer lugar, la incertidumbre (que comprende la indefinición de los propios sentimientos y la consideración práctica en consecuencia o la deliberación acerca de cómo actuar), la percepción de equidad (referida al equilibrio y correspondencia entre lo que se da y lo que se recibe) y la falta de control de los resultados de la práctica profesional.

En la reconstrucción de la etiología del síndrome de Burnout, es muy importante establecer por qué los profesionales de la salud rehúyen el apoyo social y hasta lo conciben como una amenaza a su autoestima. Esto puede ser la manifestación de un temor a las críticas e incluso al señalamiento de la incompetencia.

Los procesos de afiliación social también pueden convertirse en parte de la etiología, pues es posible que ocurran situaciones de contagio del síndrome, debido a la identificación o a la sugestión por los síntomas que evidencien los colegas en el lugar de trabajo. En medio de estos factores, se encuentra también la autoestima, sus niveles de reactividad y la satisfacción o no por los intercambios sociales.

La *teoría organizacional* también aporta elementos para construir modelos explicativos del síndrome de Burnout. Es desde esta perspectiva que aparecen como relevantes para la etiología del síndrome, factores como las disfunciones de rol, déficit en la salud organizacional, defectos de la estructura, la cultura y el clima organizacional. Se evidencia entonces la importancia de los estresores del contexto de la organización. Por otra parte, frente a estas situaciones, las estrategias de afrontamiento deben ser evaluadas.

Desde la conceptualización de los aspectos organizativos, son muy importantes la estructura organizativa y la institucionalización del apoyo social. Se ha notado que las burocracias mecánicas, el síndrome de Burnout aparece cuando se hace demasiado profundo el agotamiento emocional causado por la repetitividad de las rutinas, la monotonía y, en consecuencia, la falta de control que percibe el sujeto sobre sus propias circunstancias de trabajo. Esto se manifiesta en organizaciones como los hospitales y centros de salud, cuya estructura basada en una burocracia profesionalizada, y la relativa laxitud de la estructura lleva a una confrontación permanente con los integrantes de la institución, lo cual origina conflictos y disfunciones de los roles.

Por ello es que, para obtener el cuadro completo de los síntomas del síndrome Burnout, se deben distinguir, por una parte, aquellos del individuo trabajador y aquellos que se observan en el funcionamiento completo de la organización. A su vez, los síntomas del trabajador pueden ser psicossomáticos, conductuales, emocionales, actitudinales y de sociabilidad. Por otra parte, en la organización es observable, de hacerse presente el síndrome, signos de deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales, disminución de las capacidades y eficacia del trabajo, ausentismo, desmotivación, mala atención a los usuarios, aumento de las rotaciones, entre otros síntomas.

**Tabla 2.** Síntomas del síndrome Burnout

PARA EL TRABAJADOR
<p>Psicosomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.</p>
<p>Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abusos barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.</p>
<p>Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos</p>
<p>Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.</p>
<p>Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).</p>
PARA LA ORGANIZACIÓN
<p>Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.</p>

**Fuente:** Ministerio de Asuntos Sociales de España (18)

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional.

Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a la intervención sobre el síndrome de Burnout.

Se han identificado los estresores que afectan a los profesionales cuya función específica es atender a las otras personas y, entre ellos, se han distinguido por lo menos cuatro niveles:

- a. en el **nivel individual**, los sentimientos altruistas y de idealismo asociados con la misión de la profesión, lleva a sus practicantes a implicarse emocionalmente, de manera excesiva, en los problemas de los usuarios o pacientes, lo cual hace que conviertan en un reto personal sus problemas. Como consecuencia de ello, los profesionales se sienten culpables de los errores y posibles equivocaciones, tanto propios como de la persona ayudada, lo cual produce frustración y baja apreciación de realización personal en el trabajo, además de un alto agotamiento emocional.
- b. En el plano de las **relaciones interpersonales**, las relaciones con los usuarios o pacientes y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, pueden convertirse en factores emocionales que llevan al desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Igual efecto tiene

la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, los supervisores, o la dirección o de la administración de la organización. Todo ello son condiciones para que en estas profesiones se incremente el quemarse por el trabajo.

- c. A un **nivel organizacional**, los profesionales de la salud trabajan en instituciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones pueden ser escenario de problemas de coordinación entre sus miembros, son afectadas por la incompetencia, conflictos por la 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 estresores referidos a ambigüedad de las orientaciones, conflicto y sobrecarga de rol.
- d. En el **entorno social**, se consiguen con las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (el gran ejemplo actual tiene como referencia la preparación de los sistemas de salud de los países para afrontar la pandemia del COVID 19). Así, se producen nuevas disposiciones para el ejercicio de la profesión, procedimientos inusuales 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 un desplazamiento en la definición de los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.

La aparición del estrés crónico puede deberse a factores como extrema exposición a fuentes de estrés, excesiva carga de trabajo, percepción de falta de control y nula autonomía, conflictos de rol e interpersonales, apreciación de incompetencia propia, descompensación entre responsabilidades, recursos y propia autonomía, entre otros. Además, en ello influyen también las altas demandas emocionales del trabajo y las exigencias de prestación de servicios.

Cabe destacar que el estrés es una respuesta natural al entorno social, psicológico, organizativo, etc. El impacto de los factores estresores aumenta cuando hay unas condiciones de trabajo donde son evidentes la escasez de personal, la consecuente sobrecarga laboral, el trabajo por turnos, el contacto directo con la enfermedad, falta de especificidad de las funciones, escasa autoridad para tomar decisiones rápidas.

Se puede establecer que a cada tipo de síndrome de Burnout corresponden variantes activas y pasivas.

El Burnout activo se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva, por lo que se relaciona con mayor intensidad a los factores organizacionales o elementos externos a la profesión.

Por otra parte, en el paciente con Burnout pasivo predominan los sentimientos de retirada y apatía, lo cual tiene más que ver con factores internos psicosociales. (19).

Hay precondiciones psicológicas, tales como la depresión, que afectan la vida laboral y condicionan la aparición del síndrome Burnout (SB), caracterizado precisamente por la reducción de la efectividad en el trabajo de los empleados y trabajadores del servicio público. Así mismo, puede ocasionar un fuerte impacto en el cuidado y atención de los pacientes cuando quienes los padecen son médicos o personal paramédico. Incluso, puede favorecer la farmacodependencia, el alcoholismo, el ausentismo laboral, los conflictos familiares, entre otros factores que afectan el rendimiento laboral y que contribuyen a un mayor número de accidentes y de iatrogenias por el descuido de los pacientes o por que pueden recibir malos tratos, poca calidad y calidez de atención o descuido en la terapéutica.

La depresión es un problema de salud pública a nivel mundial por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales de la enfermedad, así como por el deterioro en la calidad de vida de quien la padece.



ce. Existen múltiples causas de la depresión, desde las orgánicas y las propiamente psicológicas. Los sujetos depresivos presentan síntomas comunes al síndrome Burnout, como despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional. La depresión es efectivamente un desencadenante del Burnout en el personal que se encuentra en contacto permanente con el público (20).

Para la realización del diagnóstico del síndrome Burnout se ha generalizado el uso del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI, ver en el Anexo I). El instrumento realiza una serie de preguntas para establecer la sintomatología de la enfermedad. Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems.

Hay otros instrumentos para detectar y medir al síndrome de Burnout. En la siguiente tabla, se mencionan los 14 utilizados en diferentes estudios en varias profesiones:

**Tabla 3.** Instrumentos para identificar y medir síndrome Burnout

INSTRUMENTO DE MEDIDA	AUTORES
Staff Burnout Scale	Jones
Indicadores del Burnout	Gillespie
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck
Tedium Meassure (Burnout Meassure)	Pines, Aronson y Kafry
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Johnson
Burnout Scale	Kremer y Hoffman
Energy Depletion Index	Seidman y Zager
Mathews Burnout Scales for Employees	Garden
Efectos psíquicos del Burnout	Mathews
Escala de Variables Predictoras de Burnout	García Izquierdo
Cuestionario de Burnout para Profesores	Aveni y Albani
Holland Burnout Assesment Survey	Moreno y Oliver
Rome Burnout Inventory	Holland y Michael
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman

**Fuente:** Garcés de los Fayos E. (21)

Las variables más importantes que se miden con esos instrumentos, que a su vez son predictoras de la presentación de la enfermedad, se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 4.** Variables predictoras del Burnout

GRUPO	VARIABLE
Del contexto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativa dinámica</li> <li>• Inadecuación profesional</li> <li>• Sobrecarga en el trabajo</li> <li>• Poca realización profesional</li> <li>• Negativas interacciones trabajador-usuario</li> <li>• Conflicto de rol</li> <li>• Ambigüedad de rol</li> <li>• Poca o nula participación en la toma de decisiones</li> <li>• Poca o nula recompensa laboral</li> <li>• Falta de apoyo organizacional</li> <li>• Frustración de las expectativas laborales</li> <li>• Negativa relaciones con los compañeros</li> <li>• Rigidez organizacional</li> <li>• Insatisfacción en el trabajo</li> <li>• Adicción al trabajo</li> <li>• Falta de desafíos en el trabajo</li> <li>• Estresores económicos</li> <li>• Disminución del compromiso</li> </ul>
Intrapersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locus de control externo</li> <li>• Indefensión aprendida</li> <li>• Sexo</li> <li>• Demandas emocionales</li> <li>• Estrategias de afrontamiento inadecuadas</li> <li>• Percepción de falta de autoeficacia</li> <li>• Patrón de personalidad</li> <li>• Frustración de las expectativas personales</li> <li>• Negativo autoconcepto</li> <li>• Disminución del interés social</li> <li>• Carencia de personalidad resistente</li> <li>• Edad</li> </ul>
Del contexto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoyo ambiental</li> <li>• Relaciones interpersonales negativas</li> <li>• Negativa comunicación o ausencia de ella</li> <li>• Actitudes negativas de parientes y amigos</li> <li>• Insatisfacción vital</li> <li>• Exigencias vitales</li> <li>• Problemas familiares</li> <li>• Inadecuados recursos de afrontamiento familiares</li> <li>• Cultura</li> </ul>

**Fuente:** Garcés de los Fayos E. (21)

Previamente a la aplicación de cualquier instrumento o cuestionario, son identificables algunos síntomas más comunes del síndrome Bur-

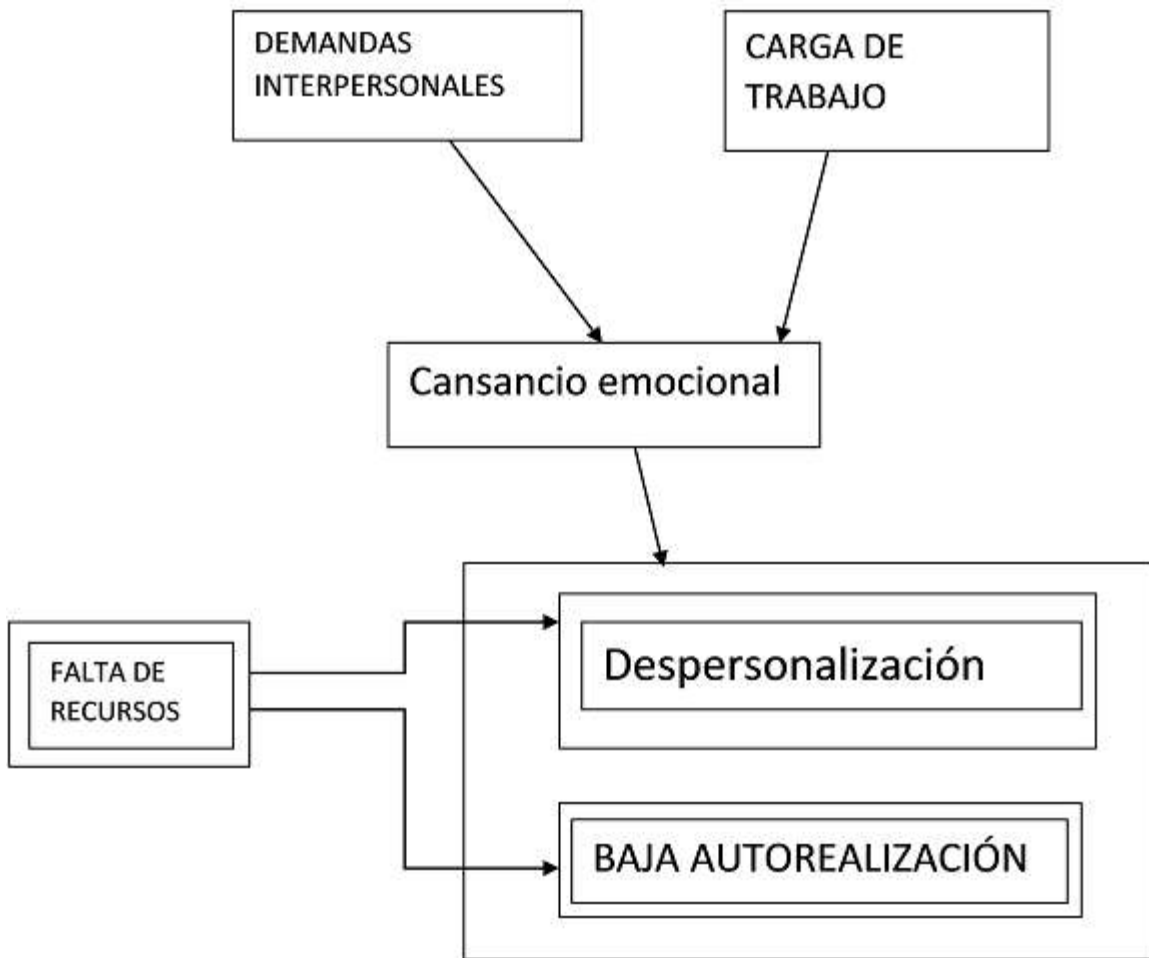
nout. Son apreciables tres tipos de síntomas: los psicósomáticos, los emocionales y los conductuales.

Generalmente, los primeros signos que aparecen son los signos psicósomáticos, que además corresponden a una posible primera fase. Entre las evidencias de esta sintomatología se incluyen las quejas de fatiga crónica, los dolores de cabeza frecuentes y las dolencias del sistema digestivo, especialmente el estómago, la presentación de úlceras o desórdenes gastrointestinales, además de la pérdida de peso.

En cuanto a los signos conductuales más comunes en los trabajadores, hay que anotar el ausentismo laboral, un incremento en las circunstancias de peleas o discusiones que expresarían la agudización de conductas violentas y los comportamientos de alto riesgo, tales como conducción imprudente, aficiones suicidas. También se advierte en los sujetos con el síndrome una gran incapacidad para relajarse, el abuso de fármacos y alcohol, así como la agudización de los conflictos matrimoniales y familiares.

Entre los signos emocionales se encuentran el distanciamiento afectivo, la impaciencia y la irritabilidad, además de los celos de llegar a convertirse en una persona poco estimada lo cual puede degenerar en sentimientos paranoicos. Así mismo, se presenta la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad. A este cuadro sintomatológico, se agrega un descenso importante de las habilidades de memorización de los datos, de los razonamientos abstractos y la elaboración de juicios. Por supuesto, todos estos síntomas influyen directamente en la relación del profesional con el staff y con sus clientes, lo cual, a su vez, refuerza el cuadro del síndrome Burnout.

**Ilustración 2.** Proceso desencadenador del síndrome Burnout



**Fuente:** Ministerio de Asuntos Sociales de España (18)

Una constante psicológica que se observa en los sujetos con el síndrome Burnout es la negación de los propios sentimientos. Es más, esta negación la que ocasiona una parte de los mismos síntomas. La negación de las emociones es fundamentalmente un mecanismo de defensa del sujeto frente a una necesidad que le es desagradable. La supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas, la atención selectiva y la intelectualización, son otras formas de evitar la experiencia negativa.

En el ambiente laboral también se pueden observar signos de “Burnout”, sobre todo cuando la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, aparecen aspectos tales como falta de energías en el equipo, descenso en el interés por los clientes, percepción de estos como “frustrantes”, sin remedio, desmotivados; alto absentismo y deseos de dejar ese trabajo. Como consecuencia de todo esto, se produce un empeoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, como efecto de la pérdida de motivación e ilusiones en los empleados. Esta situación problemática no se resuelve por sí solo y amerita intervenciones importantes en el ambiente y relaciones de trabajo.

**Tabla 5.** Síntomas del staff quemado

DESCRIPCION DEL STAFF “QUEMADO”	
1	Falta de energías y de entusiasmo
2	Descenso del interés por los clientes
3	Percepción de éstos como “frustrantes”, crónicos, desmotivados
4	Alto absentismo y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación. En el fondo lo que subyace es una gran desmoralización

**Fuente:** Apiquian Guitart A. (17)

El concepto del síndrome Burnout se halla muy relacionado con otros cuadros de signos ya existentes, considerados como patologías propias de las actividades o riesgos laborales. A veces, no es fácil establecer claras diferencias, por ejemplo, con el estrés, el cual, como se vio, tiene muchas conexiones con el Burnout, y de hecho, muchos científicos asumen que este último no es otra cosa que un estrés crónico experimentado en el contexto laboral.

Así mismo, el síndrome Burnout se vincula con la presencia de la depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como un desorden mental caracterizado por la disminución en el estado de ánimo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa,

autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito y problemas para la concentración. La depresión puede ser crónica o recurrente y condicionar un deterioro substancial en las capacidades de los individuos para cuidarse por si mismos o cumplir con sus responsabilidades diarias; es la principal causa de discapacidad en cuanto a años de vida perdidos.

Actualmente, 121 millones de personas sufren depresión, una de cada cinco personas desarrollara un cuadro depresivo en su vida. La incidencia es dos veces mayor en mujeres y afecta más a jóvenes. En el año 2020 fue la segunda causa de la pérdida de años de vida saludable perdidos en el mundo y la primera en países desarrollados. La Organización Internacional del Trabajo considera que uno de cada diez trabajadores la padecen (20).

Por otra parte, existen evidencias de otra dolencia laboral, que se ha denominado con síndrome boreout, o del aburrimiento. Esta última dolencia laboral, propuesta por Philipe Rothlin y Peter Werder en 2007, se caracteriza por un aburrimiento crónico. Es como la otra cara de la moneda de la cual el Burnout es la primera. La obligación de estar en el trabajo durante horas sin saber qué hacer es una situación desmoralizadora. Muchos de los aquejados por esta dolencia señalan que su trabajo no presenta desafío alguno y que pasaban un promedio de dos horas al día matando el tiempo en redes sociales. Así, esos trabajadores no se sienten involucrados en su trabajo, se siente indiferente frente a los posibles éxitos y fracasos de su organización. Las tres características del Burnout son: infraexigencia con tareas repetitivas, sin sentido, monótonas y con la sensación de que se es desaprovechado; aburrimiento, desgano, apatía y duda acerca de qué hacer; y un total desinterés hacia el trabajo. La mayor parte de las causas del Burnout corresponde a la organización del trabajo en la empresa, es decir, factores socio-organizativos (22).



A diferencia del síndrome del aburrimiento en el trabajo, el “Burnout” es el resultado o efecto de presiones emocionales repetidas, mientras que el otro cuadro generalmente resulta de fallas en la organización estructural del trabajo en la empresa o una falta de innovación. A pesar de esas diferencias sustanciales, ambas patologías coinciden en el aspecto de producirse a raíz de una profunda insatisfacción de la gente con su trabajo (19).

En cuanto a la relación del Burnout con la insatisfacción laboral, aunque no son términos equivalentes, sí puede afirmarse que hay importantes correlaciones entre ambos fenómenos. Cuando el trabajador está “quemado”, podemos suponer que también se encuentre poco gratificado por su labor. De hecho, Maslach y Jackson son de la opinión de que los altos niveles de estrés y “Burnout” pueden coexistir (14).

A la hora de realizar el diagnóstico, el especialista, sea médico, psicólogo o especialista en relaciones laborales, debe considerar que hay tres grandes categorías de síntomas del Burnout: los síntomas psicosomáticos, los emocionales y los conductuales.

**Tabla 6.** Tipos de síntomas del Burnout

Síntomas Psicosomáticos	Síntomas emocionales	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga crónica</li> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• Dolores musculares (cuello, espalda)</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Úlceras y desórdenes gastrointestinales</li> <li>• Dolores en el pecho</li> <li>• Palpitaciones.</li> <li>• Hipertensión.</li> <li>• Crisis asmática.</li> <li>• Resfriados frecuentes.</li> <li>• Aparición de alergias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo</li> <li>• Depresión</li> <li>• Frustración</li> <li>• Aburrimiento</li> <li>• Distanciamiento afectivo</li> <li>• Impaciencia</li> <li>• Desorientación</li> <li>• Sentimientos de soledad y vacío</li> <li>• Impotencia.</li> <li>• Sentimientos de omnipresencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinismo y agresividad verbal</li> <li>• No hablan.</li> <li>• Apatía.</li> <li>• Hostilidad.</li> <li>• Susplicacia.</li> <li>• Sarcasmo</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Ausentismo laboral</li> <li>• Abuso en el café, tabaco. alcohol, fármacos, etc.</li> <li>• Relaciones interpersonales distantes y frías</li> <li>• Tono de voz elevado (gritos frecuentes)</li> <li>• Llanto inespecífico</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Disminución del contacto con el público / clientes / pacientes</li> <li>• Incremento de los conflictos con compañeros</li> <li>• Disminución de la calidad del servicio prestado</li> <li>• Agresividad.</li> <li>• Cambios bruscos de humor.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Enfado frecuente.</li> </ul>

**Fuente:** Apiquian Guitart A. (17)

Diversos estudios de observación empírica, han mostrado que la población más afectada con el Síndrome de Burnout son aquellos trabajadores que deben atender al público o brindar cuidados a sectores vulnerables como pacientes, adultos mayores, poblaciones empobrecidas, niños, niñas y adolescentes. Además, se observa un surgimiento de la enfermedad en algunos sectores especialmente exigentes en lo que se refiere al afrontamiento de la violencia, como son los policías, los militares, los cuidados de menores problemáticos o guardias en penitenciarias.

Una revisión de la literatura científica da cuenta de que ha habido estudios descriptivos y comparativos que aportan a un conocimiento epidemiológico sobre el síndrome Burnout, desde la década de los ochenta del siglo XX, en las siguientes profesiones: secretarías, bibliotecarios, administradores, trabajadores de salud mental, trabajadores de las fuerzas armadas, Supervisores y directores, terapeutas ocupacionales, psicólogos, policías, personal de educación, militares, trabajadores sociales, médicos, personal sanitario, farmacéuticos, educadores, vigilantes penitenciarios, estudiantes, trabajadores de centros ocupacionales, enfermeras y profesores.

Así mismo, la revisión bibliográfica y documental muestra investigaciones en las cuales se hacen comparaciones entre sexos, mujeres en contextos de trabajo y del hogar, enfermeras, y entre profesores y médicos. De esos estudios, se infiere que el síndrome Burnout tiene un repunte especialmente en los trabajos de cuidados: el de los profesionales del equipo de salud (médicos y enfermeras), cuidadores de personas de tercera edad o de niños, niñas y adolescentes, así como en docente de los diversos niveles del sistema educativo.

En cuanto a la ocurrencia de la dolencia según sexo y edad, no se observaron diferencias significativas. Por ello, se ha recomendado profundizar los marcos conceptuales de análisis de la situación e, incluso, ir más allá del modelo de las tres dimensiones del Síndrome de Bur-

nout, para hacer énfasis en el tema psicosocial y centrarse en el agotamiento emocional (23). Pero hay otras tendencias que hacen énfasis en el establecimiento de relaciones entre los factores organizativos y de gerencia de las organizaciones, que se plasman en políticas internas de estímulo, prevención de enfermedades, manejo del estrés y desarrollo del sentimiento de pertenencia.

Vale destacar que, a partir de mediados de la década de los ochenta del siglo XX, se ha notado en las investigaciones sobre el mercado laboral en el mundo, un incremento importante en la cantidad de trabajadores del sector servicio, frente a los obreros del sector industrial. Además, ha habido un aumento de las proporciones, aparte de las exigencias, del segmento poblacional que desarrollan el caracterizado trabajo de cuidado.

Recientemente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hizo la siguiente advertencia:

El crecimiento de la población, el envejecimiento de las sociedades, las familias cambiantes, el lugar todavía secundario de las mujeres en los mercados de trabajo y las deficiencias en las políticas sociales exigen que los gobiernos, los empleadores, los sindicatos y los ciudadanos adopten medidas urgentes en lo que respecta a la organización del trabajo de cuidados. Si no se afrontan de manera adecuada, los déficits actuales en la prestación de servicios de cuidado y su calidad crearán una grave e insostenible crisis del cuidado a nivel mundial y aumentarán más aún la desigualdad de género en el trabajo (24).

Entendemos por trabajadores y trabajadoras del cuidado, aquellos que comparten ciertas características. En primer lugar, en su mayoría son mujeres. Ellas entran en contacto con los beneficiarios de los cuidados, con quienes a menudo entablan relaciones de cuidado prolongadas; mostrar diversas calificaciones, aunque estas no suelen reconocerse o remunerarse; experimentar con frecuencia tensiones entre aquellos

a quienes cuidan y las condiciones en las que deben prestar cuidados. Sin embargo, no son un grupo homogéneo: existen diferencias y jerarquías entre los trabajadores y trabajadoras del cuidado, también en términos de remuneración, condiciones de trabajo y estatus. El personal de enfermería y partería constituye el mayor grupo profesional en el sector de la atención de salud, y la enfermería sigue siendo la ocupación más feminizada en este sector (24).

El trabajo de cuidado puede ser remunerado o no remunerado, y ha sido ejercido tradicionalmente, sobre todo, por las mujeres, como se ha dicho. Aquí entra el tema de las desiguales condiciones de remuneración y dignidad en el trabajo femenino, en contraste con el masculino. En atención a la aplicación de medidas para superar esta discriminación por el sexo, se han dirigido repetidos llamados de la Organización Internacional del Trabajo; pero todavía el tema es particularmente sensible.

La fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados comprende, asimismo, a las trabajadoras y trabajadores que se ocupan en los sectores de la educación, la salud y el trabajo social, al igual que las trabajadoras y trabajadores domésticos, y quienes, sin prestar cuidados, trabajan en los sectores del cuidado brindando apoyo a la prestación de estos servicios.

El empleo relacionado con el cuidado es una fuente de empleo importante en todo el mundo, especialmente para las mujeres. En total, la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados asciende a 381 millones de trabajadores: 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres. Estas cifras representan el 11,5 por ciento del empleo mundial total, el 19,3 por ciento del empleo femenino mundial y el 6,6 por ciento del empleo masculino mundial. En la mayoría de los lugares, cuanto mayor es la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados como porcentaje del empleo total, mayor es la proporción de mujeres en ella. Son mujeres aproximadamente dos tercios de la

fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados, y esta proporción supera las tres cuartas partes en las Américas y en Europa y Asia Central. La mayoría de los trabajadores y trabajadoras del cuidado están ocupados en el sector de la educación (123 millones) y en el sector de la salud y del trabajo social (92 millones). Juntos, ascienden en total a 215 millones de trabajadores (143 millones de mujeres y 72 millones de hombres), que representan el 6,5 por ciento del empleo mundial total en 2018. Las trabajadoras y trabajadores domésticos constituyen al menos el 2,1 por ciento del empleo mundial total: existen 70 millones de trabajadores domésticos empleados por hogares en el mundo, de los cuales 49 millones son mujeres y 21 millones son hombres. Los trabajadores y trabajadoras del cuidado que trabajan fuera de los sectores del cuidado son en total 24 millones, o el 0,7 por ciento del empleo mundial total. Los trabajadores y trabajadoras no dedicados a la prestación de cuidados que trabajan en sectores del cuidado (por ejemplo, contables, cocineros y cocineras, o personal de limpieza) son 72 millones de trabajadores en total, o el 2,2 por ciento del empleo mundial total. En 2015, el empleo combinado en los sectores de la educación, y de salud y trabajo social en estos 45 países ascendió aproximadamente a 206 millones de trabajadores, lo que representa casi el 10 por ciento de su empleo total, y correspondió al 8,7 por ciento del PIB combinado de estos países. (24).

Estos datos laborales nos da un primer cuadro de contexto para explicar la recurrencia del síndrome Burnout en ciertos segmentos de la población, especialmente en las mujeres, aun cuando en la literatura científica, especialmente en los estudios descriptivos realizados en instituciones concretas, no arrojan diferencias significativas entre los afectados por el síndrome de los dos sexos, con lo cual adquieren mayor relevancia los otros factores relacionados con la organización y remuneración del trabajo, motivación profesional, perspectivas de mejoramiento, manejo del estrés, problemas psicológicos, etc.

Como ya se ha dicho, el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces para reducirlo. Generalmente, tiene tres dimensiones principales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Estas dimensiones tienen, a su vez, aspectos psicológicos diferentes, desde problemas de personalidad hasta circunstancias especialmente estresantes (como podrían ser las crisis familiares o de pareja), pero también elementos sociológicos, en cuanto referidos a la organización del trabajo y la atención y prevención que la empresa o institución presta a los trabajadores, y relacionados con situaciones más generales de tipo económico y social, como son las condiciones generales de crecimiento económico del país, la existencia de empleo, las condiciones adecuadas o decentes (como las precisa la OIT) del trabajo, remuneraciones del trabajo, el empleo, la disposición de viviendas, la existencia de familias y disposición en general de servicios. Con la pandemia del COVID 19, han empeorado todas las variables sociales y económicas. Se ha verificado un franco decrecimiento de todas las economías, en especial las latinoamericanas, ha habido una escasa generación de empleos, se han profundizado las brechas (remuneración, calidad del trabajo) entre el empleo femenino y el masculino, el trabajo por cuenta propia e informal se ha incrementado de gran manera respecto al trabajo formal y remunerado, se observan deterioros generalizados de la calidad del empleo, mientras que la mayor creación neta de empleos se dio en el sector servicios, incluidos los llamados trabajos de cuidados (25).

Por otra parte, el cansancio emocional, como rasgo del síndrome Burnout, tiene una relación psicológica directa con la atención a los síntomas de la depresión, el manejo del estrés y la definición de un sentido de la vida. Pero también la despersonalización, otro rasgo de la dolencia, tiene que ver con una herramienta fundamental en el desarrollo de los trabajos de cuidado en toda su variedad: la comunicación efectiva y saludable.

La pandemia, unida a la gestión que en cada país se ha realizado de la misma, y a la toxicidad informativa de la que hemos sido víctimas, han hecho aflorar una amplia gama de emociones en la mayor parte de la población. El dolor por las personas que han muerto, o siguen muriendo. La pena por no podernos despedir de nuestros seres queridos. La rabia por no poder actuar de forma proactiva y efectiva, a corto plazo, para acabar con la amenaza del virus. El miedo a enfermarse, a sufrir o a morir. La sensación de vulnerabilidad e inseguridad que aparecen al tambalearse todos nuestros cimientos. La angustia y la frustración por la pérdida de libertad para podernos mover, o simplemente para decidir a dónde ir a cenar. La tristeza y la sensación de fracaso de ver cómo los esfuerzos realizados durante muchos años para crear, y hacer crecer, una actividad profesional ha saltado por los aires. La soledad por el distanciamiento social al que nos hemos visto encadenados. El rechazo social o la discriminación que todos podemos sufrir por padecer algún síntoma que despierte sospechas de ser portador del virus. El estrés y la tensión por la convivencia forzosa, durante las veinticuatro horas del día, con nuestra familia. La vergüenza y la impotencia por ser incapaces de acompañar a nuestros hijos en su educación, o tan solo por no vernos capaces de controlar nuestras emociones y reacciones. La apatía, desidia y falta de motivación al creer que no podemos hacer nada para cambiar la situación. Y, por supuesto, la incertidumbre ante un futuro totalmente incierto. Todas estas emociones se intensifican en el trabajador de cuidados y lo hace más vulnerable al surgimiento del síndrome de Burnout, en especial aquellos profesionales que tienen trato directo y cotidiano con el dolor de la enfermedad (26).

La despersonalización que aqueja a las víctimas del síndrome de Burnout afecta directamente la capacidad de desarrollar una comunicación adecuada en su trabajo, además de profundizar, en un bucle de retroalimentación, el daño a los pacientes mismos del síndrome.

Es de fundamental importancia la cuestión de la comunicación en los trabajos de atención. La comunicación terapéutica basada en la huma-



nización y la excelencia en el cuidado, es realmente eficaz en el alivio del sufrimiento humano. Este puede analizarse en tres niveles: el sufrimiento físico, el intelectual y el llamado “espiritual”, el cual no tiene que estar relacionado con religiones o creencias metafísicas determinadas, sino en el reconocimiento de la existencia de cierto tipo de necesidades humanas cuya insatisfacción puede intensificar el sufrimiento en su conjunto.

Estas necesidades humanas incluyen, entre otras, la de ser reconocido como persona, la de poder revisar y reflexionar sobre la propia vida, la búsqueda de sentido a la propia existencia, la liberación de la culpabilidad, el impulso a la reconciliación con los otros, consigo mismo y con entidades más trascendentes (familia, nación, Dios, Universo, etc.), la continuidad y estabilidad, esperanza auténtica y no falsas ilusiones, amar y ser amado y expresar sentimientos con franqueza y libertad.

Vale destacar que la persona enferma desarrolla actitudes constructivas, así como destructivas, ante el sufrimiento. Como podemos ver en la tabla siguiente:

**Tabla 7.** Actitudes ante el sufrimiento

CONSTRUCTIVAS	DESTRUCTIVAS
Acogerse a sí mismo	Rechazo de sí y autoculpabilización
Aceptar lo que nos hace sufrir sin reducirnos	Negación del problema y hundimiento
Desdramatizar	Tendencia a la dramatización
Traducir el malestar en dolor	Huida y funcionamiento imaginario
Desidentificarse mediante la observación	Autoafirmación del Yo
Diálogo con la persona interior	Lejanía de sí

**Fuente:** Ministerio de Asuntos Sociales de España (18)

Para el logro de la transformación de las actitudes destructivas en constructivas, es fundamental la comunicación terapéutica, la cual incluye:

- La construcción y establecimiento de la confianza mediante la comunicación terapéutica con una asistencia empática: Aquí ya

vemos la importancia de la comunicación en el alivio del sufrimiento, la clave de este trabajo.

- Tratar al individuo con dignidad y respeto: Esto es importante para la ética del cuidado,
- Estar abierto a las expresiones de preocupación, de soledad e impotencia del individuo:
- De nuevo, la comunicación.
- Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas
- Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en los hechos y las relaciones que le hayan podido proporcionar fuerza y apoyo espirituales.

El profesional de cuidados (médicos y enfermeras) debe adoptar una actitud empática comprendiendo y transmitiendo esa empatía y comprensión, pasando por cada una de las fases del proceso de empatizar:

1. Fase de identificación: en la que nos identificamos con la otra persona y con su situación.
2. Fase de incorporación y repercusión: incorporación de los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios.
3. Fase de separación: apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa. Sin esta fase, existe una alta probabilidad de sufrir el síndrome del burnout (27).

Como se puede observar, la comunicación es uno de los factores más importantes, tanto de la calidad del cuidado, como de la capacidad del profesional que presta ese cuidado para resistir los embates del Burnout.

Desde antes de la pandemia COVID-19, el síndrome Burnout se había convertido en un problema de salud pública, cuya importancia y pro-

porciones habían venido aumentando y que no sólo repercute en la salud de los profesionales sanitarios sino en la calidad asistencial.

Se ha observado que la dimensión más determinante en la presentación de casos del síndrome Burnout en personal médico y de enfermería, fue la baja realización personal, seguido por el cansancio emocional y los rasgos de despersonalización (28).

Las mismas tendencias se observan en las otras ocupaciones profesionales mencionadas: docentes de los diferentes niveles de la educación, trabajadores sociales, administradores y gerentes, cuidadores de niños y adolescentes problemáticos, policías, guardias penitenciarios, archivistas, etc.

Es posible que sea necesario partir de una perspectiva interdisciplinaria para realizar investigaciones que establezcan claras diferencias en las características del síndrome de Burnout de acuerdo a las diferentes ocupaciones.

En el próximo capítulo, se desarrollará esta perspectiva compleja y transdisciplinaria desde la cual los estudios sobre el síndrome Burnout pueden arrojar nuevas perspectivas.

El síndrome Burnout es un objeto de estudio construido a partir de modelos, constructos y conceptos procedentes de varias disciplinas: la psicología, la sociología (en su especialidad referida al trabajo), la medicina (focalizada en la salud laboral), la enfermería (en tanto conocimiento del cuidado), entre otras. Incluso, para la adecuada comprensión de los contextos en los cuales aparece la dolencia, habría que manejar elementos de economía (para registrar aspectos como el empleo, los precios, los costos, etc.) y de historia (para situar adecuadamente la aparición y reconocimiento de la comunidad científica de esta enfermedad como tal). De modo que nos hallamos ante un campo de la realidad donde se hace necesaria la cooperación interdisciplinaria y un vislumbre de comprensión transdisciplinaria, en vista de la complejidad del objeto de conocimiento.

Hasta los momentos, las investigaciones publicadas en la literatura científicas sobre el síndrome Burnout pueden agruparse en tres categorías:

- La perspectiva psicosocial: explica las condiciones ambientales, los factores que pueden ayudar a superarlo (apoyo social) y los síntomas especialmente de tipo emocional en las diversas profesiones. El instrumento de medición más ampliamente utilizado para evaluarlo es el Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Surveys
- La perspectiva organizativa que se centra en las causas a tres niveles: individual, organizativo y social.
- La perspectiva histórica fruto de los estudios realizados por las consecuencias de los rápidos cambios sociales sufridos en el mundo en el trabajo y las condiciones laborales.

Como puede observarse, los estudios del síndrome ilustran a cabalidad el caso de un objeto interdisciplinario, es decir, un objeto de estudio que requiere su abordaje con la colaboración de diversas matrices disciplinarias, las cuales, no sólo delimitan aquellos aspectos de la realidad que conceptualizan y problematizan, sino que se comunican

entre ellas, resultando en visiones compartidas y hasta el posible desarrollo de una conceptualización novedosa. De allí que podemos afirmar que el síndrome de Burnout puede estudiarse desde una perspectiva compleja y transdisciplinaria.

Otro aspecto es el específicamente epistemológico. En general, los tres enfoques mencionados de los estudios del síndrome Burnout manejan una metodología hipotética deductiva, realizan mediciones para conocer las variables y las etiologías se conciben desde nociones causalistas clásicas, de factores previos y eficaces en la producción de los fenómenos. De modo, que podemos señalar un rasgo positivista o racionalista crítica de todas esas investigaciones (29).

La noción de complejidad puede entenderse desde diversos acercamientos o distintas representaciones.

Uno, el matemático, nos habla de cómo dar razón, mediante una fórmula o algoritmo, de una serie completamente irregular de números. Sean, por ejemplo, tres series:  $1, 2, 3, 4 \dots n$ ,  $2, 4, 6, 8 \dots n$  y  $0, 4, 7, 1, 8, 1 \dots n$ , podemos decir que la primera puede expresarse así:  $n+1$ , la segunda  $2n$ , pero la tercera ameritaría muchos más elementos en un algoritmo, o formulación de operaciones, más extenso. En la medida en que sea más larga la serie, más compleja será. A medida que aparecen los números, el observador se sorprende porque no logra dar con una regularidad entre un número y el siguiente (30).

Otra aproximación a lo complejo, sería el de un fenómeno que observamos causado o vinculado con una multitud de factores que, a su vez, interactúan entre ellos, formando un “enmarañamiento” de relaciones. Por ejemplo, la delincuencia es un problema que tiene una gran diversidad de factores: legales, psicológicos, sociológicos, económicos, culturales, incluso biológicos, si asumimos que las conductas delictivas tienen que ver con factores cerebrales, aparte de que puede concebirse una epidemiología del delito, una “contaminación” de ese tipo

de comportamientos, etc. Pero esta representación de la complejidad es inadecuada, pues deja fuera la otra noción necesariamente implicada: la de “sistema” o “totalidad” (31).

Son los sistemas los que son complejos o no, y lo son en relación, no sólo consigo mismos y sus integrantes, sino también respecto a su entorno. Como se sabe, un sistema no es la suma de sus elementos o componentes, sino el conjunto de las relaciones entre cada uno de ellos, de todos ellos con cada uno y de la totalidad consigo misma. Es este cúmulo de relaciones, lo que posibilita las propiedades emergentes, aquellas que adquiere el todo a diferencia de las de los componentes aislados. El agua, un ejemplo muy socorrido, nos muestra esto: ella tiene características completamente diferentes de las de los componentes químicos, el hidrógeno y el oxígeno, que la constituyen. Ellos son combustibles; el agua, no, etc. La complejidad es siempre relativa: al entorno, que se asume más complejo que el interior de cada sistema, puesto que no todos los elementos tienen relaciones inmediatas con los otros; y al interior, con cada elemento y su sumatoria. Es importante, no sólo el número de los componentes, sino, sobre todo, el número de las relaciones para determinar el grado de complejidad (32).

Niklas Luhman, teórico de una sociología sistémica, define la complejidad de la siguiente manera:

Aquella suma de elementos conexos en la que, en razón de una limitación inmanente a la capacidad de acoplamiento, ya no resulta posible que cada elemento sea vinculado a cada otro, en todo momento (...) es un estado de cosas autocondicionado, debido a que los elementos deben constituirse complejamente para fungir como unidad en el nivel superior de la formación de sistemas y, por lo tanto, su capacidad de acoplamiento es limitada (32)

Siguiendo igual a Luhman, los sistemas desarrollan regularidades y lógicas para la combinación de sus elementos, pero también para to-

mar del entorno aquello que le permita persistir en el tiempo y hasta crecer y desarrollarse. Estas reglas también tienden a hacerse cada vez más complejas, por lo que la complejidad es también un grado de indeterminación de esas eficacias (en el sentido de causalidades) de componente a componente. Por ello, complejidad también es un grado de déficit de información para establecer esas reglas de combinación del interior del sistema y de selección del entorno. El sistema se torna entonces “autorreferente”. Es decir, tiene relaciones consigo mismo en el tiempo, y el hecho mismo de ser sistema influye en su carácter de sistema en el tiempo. Ahora bien, son los sistemas los autorreferentes no las complejidades, por lo mismo que decíamos de su indeterminación creciente. En este sentido, se establecen relaciones también entre complejidades, las del entorno y las del sistema. Este último tiende a ser menos complejo que su entorno, puesto que en este último no se pueden determinar las regularidades (tal vez ni siquiera existan) por las cuales un elemento se relacione con otro cualquiera.

La descripción y explicación de tales “complejidades” se viene dando en diversas disciplinas, comenzando por las “ciencias duras”, y tiene que ver, para nosotros, con un cambio en la imaginación científica influido por la relatividad, la física cuántica y otras líneas de investigación. Tanto Edgar Morin (31) como Carlos Reynoso (33), representantes de dos visiones completamente divergentes del pensamiento complejo, reconocen tres teorías como las fuentes principales de este concepto: la Teoría de la Información de Shannon, la Cibernética de Norbert Wiener y la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanfy.

La información, como medida de indeterminación e improbabilidad, es una de las tres cosas que pueden intercambiar los sistemas, junto a la materia y la energía. Esa información no sólo se dirige hacia afuera de los sistemas, sino hacia adentro, logrando un efecto de **retroacción** (feedback) que puede, o bien amplificarse, abriendo la posibilidad de crisis destructivas y transformadoras, o bien reducirse y regularse, logrando una estabilidad homeostática, en la que la información de sí



mismo consigue un equilibrio en el sistema. La retroacción es el aporte conceptual principal de la cibernética. Por su parte, la Teoría General de Sistemas aporta los modelos con los cuales se pueden estudiar objetos de observación de muy diversas disciplinas, desde la física, hasta la biología y las ciencias sociales.

En este proceso de confluencia de conceptos y teorías, un rol fundamental de integración jugó el antropólogo y psiquiatra norteamericano Gregory Bateson. Igualmente, los aportes del matemático René Thom, su “teoría del caos”, aunque en abierta polémica con Morin, apunta en la misma dirección. También se señalan en la tendencia a la complejidad, los trabajos del físico Prigogine y su análisis de las “estructuras disipativas”, así como la biología cognitiva del biólogo Humberto Maturana.

Por su parte, Basarab Nicolescu, físico cuántico, fundador del Centro de Estudios y Estudios Transdisciplinarios, coautor de la “Carta de la transdisciplinariedad” (34) suscrito por varias decenas de científicos y sabios reunidos en el convento de la Arrávida, Portugal, vincula la visión compleja con el descubrimiento de las “distintas realidades” implicada en la física cuántica.

Junto al concepto de “sistema”, la complejidad debe asociarse con la propuesta propiamente epistemológica de la transdisciplinariedad. Nicolescu ha indicado, en coincidencia con otros autores, que: “en estos últimos tiempos, los signos de acercamiento entre las dos culturas (la científica y la humanística) se multiplican, sobre todo en el campo del *diálogo entre la ciencia y el arte*, eje fundador del diálogo entre la cultura científica y la cultura humanista” (34). El autor que comentamos ha indicado que la transdisciplinariedad es un horizonte, hacia el cual, como grados de realización, hay que considerar la multidisciplinariedad, donde cada disciplina mantiene su identidad y su “jurisdicción” y “soberanía” teórica y metodológica, la interdisciplinariedad, donde dos o más disciplinas colaboran y comparten teorías, conceptos y mo-



delos, hasta llegar a la transdisciplinariedad, donde tienen su lugar incluso el arte y la poesía, así como el diálogo con saberes tradicionales y de otras esferas culturales diferentes a la occidental moderna. Por supuesto, hay teorías, modelos y líneas de reflexión filosóficas que se prestan más que otras para el logro del avance en este horizonte: la teoría de sistemas, la cibernética, los holismos sociológicos y antropológicos, incluso el marxismo en sus desarrollos críticos, y hasta la generalización de la hermenéutica.

De entrada, la motivación de Nicolescu y sus compañeros es ética y política. Su propuesta viene a superar la contradicción entre una acumulación impresionante y creciente de conocimientos, y un empobrecimiento cada vez más profundo del propio Ser Humano. Afirma que la transdisciplinariedad es la “encausadora de la esperanza”, pues significa la resurrección del Sujeto y la recuperación de la Historia, justo en el momento en que se habla del fin del Hombre y de la Historia. Advier-te el sabio que la Humanidad está hoy, en contraste con cualquier otra época, confrontada con la posibilidad real de autodestruirse definitivamente. Las revoluciones cuántica e informática, de extraordinarias potencialidades para construir un mundo mejor, han sido apropiadas por los factores comerciales y de poder; por eso la era de la racionalidad triunfante es también, paradoja terrible, la de la máxima irracionalidad. Las armas nucleares constituyen una amenaza inminente. Armada con el conocimiento que pudiera llevarla a modificar su patrimonio genético, ante la falta de una nueva visión del mundo, la Humanidad puede autodestruirse biológicamente. Esa autodestrucción puede ser también espiritual, si las extraordinarias posibilidades de las tecnologías de información y comunicación, con su capacidad de crear realidades virtuales alternas, son controladas por los poderes de siempre. Esta preocupación ética y política también se consigue en la obra de Edgar Morin. Para él, desde por lo menos el siglo XV, cuando se inició la conquista europea del continente americano, se ha habido desarrollando un proceso de mundialización que hoy llega a su culminación, por cuanto han emergido problemas que involucran a toda la Humanidad y

que implican una verdadera amenaza para las futuras generaciones y la vida misma en el planeta.

Estos peligros, se ven reforzados por el cientificismo, que ha reducido a una sola la realidad. Pero el descubrimiento físico grandioso de Max Planck, la discontinuidad de la realidad, la estructura discreta y discontinua de la energía, los cuantos de luz, rompió con la concepción convencional de la causalidad en toda la ciencia, pues no había *nada* entre los puntos discretos y, a pesar de ello, las entidades cuánticas seguían interactuando todavía grandes distancias. Todo estaba interconectado. Un nuevo tipo de causalidad global había sido descubierto por las decenas de científicos cuánticos, que confirmaban sus hipótesis con gran rigurosidad. Así como la causalidad local fue trascendida por una causalidad global, que atañe a todo el universo afectando a todos componentes, por más distantes y lejanos que estén, el determinismo también tambaleó para caer a la postre.

En el “Manifiesto de la Transdisciplinariedad” (34), Nicolescu y sus compañeros rechazan cualquier reducción del Ser Humano a términos de estructuras formales, asumen diferentes niveles de la realidad con lógicas diversas; defienden la transdisciplinariedad, no para negar las disciplinas, mucho menos instaurar la hegemonía de una sobre las otras, sino para atender a lo que las atraviesa y supera, el “a través” y el “más allá”; impulsan el diálogo entre las formalidades lógico-matemáticas y el arte, la literatura, la experiencia interior; reconocer la dignidad cósmica del Ser Humano; se abren al mito, la religión y la poesía; defienden el principio de que la economía debe estar al servicio del Hombre y no al revés; defienden sobre todo el diálogo y la mutua comprensión; levantan los valores del Rigor, la Apertura y la Tolerancia. Llama la atención que el artículo 7 de este “Manifiesto” le niegue a la transdisciplinariedad su carácter de nueva religión, nueva filosofía, nueva metafísica o ciencia de la ciencia. Al negarse a sí misma ese status, la transdisciplinariedad se niega como epistemología *normativa*, aunque existen en estos textos un pensamiento epistemológico, es

decir referido a las ciencias, que es, a la vez, crítico, histórico, global y propositivo.

En cuanto al carácter del conocimiento que se propone desarrollar, el pensamiento complejo considera que los modelos, las teorías, los conceptos, los mapas cognitivos en general, son sólo representaciones de una realidad plural, de varios niveles, como Nicolescu deriva de la física cuántica.

La labor del científico es entonces avanzar construyendo modelos lógico-lingüísticos que integren procedimientos y les den la pertinencia debidamente justificada. Esto supera la exclusión artificial entre métodos cualitativos y cuantitativos, o la distinción entre enfoques precisos y otros intuitivos, interpretativos, simbólicos, etc. No hay norma ni regla fija para hacer, ni para validar, una investigación científica compleja o transdisciplinaria, a menos que tomemos como referencia las experiencias de desarrollo y solución de problemas sobre estos temas que se han dado en todas las disciplinas, tanto las “duras” o naturales, como las “blandas” o humanísticas y sociales. La complejidad transdisciplinaria no es una epistemología normativa; en todo caso, hace una reconstrucción histórica de importantes descubrimientos y aportes científicos que abren nuevos caminos a la complejidad en las ciencias. La apertura a los debates, la pluralidad posible de posiciones, las críticas mutuas entre los representantes de este pensamiento, la tolerancia exigida, nos muestran un campo diverso y hasta contradictorio, donde igual se dan cita posiciones marcadamente disciplinarias y hasta científicas (como la de Carlos Reynoso), pasando por compromisos políticos, hasta versiones más “inspiradas” en valores estéticos, morales y hasta religiosos. Estas últimas posiciones coinciden con la crítica posmoderna (y hasta podrían intentarse puentes de diálogo con posturas decoloniales), en destacar los límites críticos, finales, del tipo de civilización y de ciencia de la Modernidad.

El pensamiento complejo es consciente de su propia emergencia histórica, porque surge de la confluencia de desarrollos de vanguardia en las ciencias, la consolidación del sistema-mundo capitalista y su llegada a un “punto de bifurcación”, las propuestas de reestructuración de los espacios académicos-científicos y el pensamiento de importantes autores que intentan dar perspectivas al movimiento en su conjunto. En todo caso, hay un compromiso para el esclarecimiento, y esto pasa por la desambiguación de los conceptos y las teorías con fines de lograr una comunicación adecuada, necesaria porque se une a un compromiso ético y político, por el mejoramiento de la Humanidad y del Planeta. La transdisciplinariedad mantiene una amplitud abierta a la innovación teórica y metodológica.

La política y la ética son motivaciones que ya los científicos no pueden negar, sin el riesgo de la ingenuidad o la culpa, o por lo menos, la responsabilidad por los males y las amenazas a la Humanidad y el Planeta. Por otra parte, la Ciencia es una institución, es objeto de políticas públicas, tiene consecuencias sociales, y estos problemas (institucionales, políticos, sociales) son propios de las ciencias sociales. De manera que la ciencia puede desarrollar un conocimiento de sí misma con consecuencias sobre su propia conducción.

El Síndrome Burnout es actualmente la principal causa de la pérdida de motivación que sufren los profesionales de cuidados sanitarios. Una consecuencia de la presentación de esta enfermedad es la elevación de las tasas de ausentismo laboral de médicos, enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Los estudios publicados en la literatura científica, muestran que, en este tipo de profesionales, la existencia del síndrome se evidencia en una serie de variables epidemiológicas universales, que permiten una aproximación al perfil de riesgo en estas profesiones.

Los signos que se revelan como más característicos son:

- el cansancio emocional, (CE) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.;
- la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y
- la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Así se hacen presentes las consecuencias más visibles del síndrome: alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar.

En cuanto a la vida cotidiana en las instituciones de salud, se observa el aumento de la tasa de ausentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica. Además, se hacen más frecuentes, desde las situaciones depresivas, hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferen-

tes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad, aunque en algunas constataciones empíricas parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que, desde un punto etiológico, puede existir un periodo de sensibilización, debido a que puede haber períodos que abarcan años, en los que el profesional puede ser especialmente vulnerable a la enfermedad. Sobre todo, habría que observar los primeros años de carrera profesional, pues esta sería la etapa en que se produce el encuentro y a veces el conflicto entre las expectativas idealistas del nuevo profesional, y las realidades de la práctica cotidiana. Es entonces cuando se debiera aprender que las recompensas, tanto las personales, como las profesionales y las económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Tomando en cuenta para la observación el sexo, las mujeres aparecen como el grupo más vulnerable, por razones tales como la doble carga de trabajo que conlleva la superposición de la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongan el rol subordinado de la mujer.

Por otra parte, el estado civil de la población observada con el síndrome Burnout, aunque se ha asociado en mayor proporción con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime entre las investigaciones empíricas, pues los resultados de algunos estudios muestran 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 de ideas, en relación al factor familiar, la existencia o no de hijos hace que los trabajadores de la salud puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implica-

ción con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, haciéndolas ser más realistas gracias a la ayuda del apoyo familiar.

En cuanto a aspectos relacionados con la organización, 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; aunque se advierte que en el personal de enfermería la influencia de estas medidas organizativas, es mayor.

Sobre el impacto de la antigüedad profesional en la producción del síndrome Burnout, 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. Así mismo, se observa una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan, acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.

Otro factor específicamente económico-laboral, la cuantía del salario, ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no pueda establecerse una relación claramente causal en la literatura (35).



Existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entre los factores sociodemográficos (no tener vivienda propia) y organizativos (frecuencia de órdenes contradictorias de parte del jefe inmediato, no contar con apoyo informativo, emocional, instrumental y otros, de parte de los compañeros de trabajo y no realizar actividades recreativas, de esparcimiento o descanso en horas y días libres fuera del hospital), con la mayor frecuencia de SB (fase final) (36).

El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en las profesiones que, como enfermería, se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas a las que se destina ese trabajo.

El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la 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, el dolor y 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. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones.

Al hablar de los antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo del entorno social hay que señalar que, en los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en



los programas de educación y formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población. Todos estos cambios han ocurrido con demasiada rapidez para ser asumidos por esa profesión. También cabe citar la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales, o lo que se denomina la sociedad de la queja: pacientes que constantemente exigen derechos, incluso, en ocasiones, derechos desmedidos a los que no ha lugar, pero que no se plantean sus obligaciones hacia el personal de enfermería (9).

Una revisión integrativa de la literatura en las bases de datos del Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – PubMed / MEDLINE y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud –LILACS, en 2016, arrojó como resultados que los factores más frecuentes que contribuyen con el estrés y el Síndrome de Burnout de los profesionales de enfermería son el ambiente de trabajo como fuente de estrés y la carga de trabajo excesiva como generadora de fallas.

El análisis de esos datos apuntó a que el estrés y el Síndrome de Burnout vivido por esos profesionales, acarrearán una mayor vulnerabilidad al desarrollo de una asistencia insegura y que factores como la falta de apoyo organizacional pueden contribuir a impedir esas fallas (37).

La información y la prevención son decisivas en el buen manejo del síndrome de Burnout en el personal de la salud. Una buena estrategia preventiva consistiría en explicar los métodos para afrontar todas las situaciones que pueden generar emociones estresantes en relación consigo mismo o con otros. Tomar en cuenta esta recomendación incluso sirve de apoyo a las acciones terapéuticas que se decidan aplicar (38). En la literatura científica se muestran casos en donde no se completa el cuadro propio del síndrome de Burnout. Por ejemplo, se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una entrevista es-

tructurada, a los enfermeros de la ciudad colombiana de Ibagué, y se obtuvo como resultado que ellos no presentan un pleno desarrollo del síndrome, aunque sí se observaron altas puntuaciones de cansancio emocional (93,94%), despersonalización (78,79%) y la poca realización personal (69,70%) (6).

Otra investigación da cuenta de la situación entre el personal de enfermería en la ciudad de México. Allí se investigaron las variables socio-demográficas, la relación de pareja y sobre el turno laboral. Los resultados indicaron la relevancia de los grupos etarios en la presentación de síntomas, así como la relación de esta con la existencia o no de parejas en los sujetos estudiados. Esta última variable fue especialmente significativa en las subescalas de despersonalización y realización personal. Por otra parte, sí fue interesante el sexo en la presentación de los síntomas, pues se evidenció que los hombres tienen una mayor propensión al síndrome, respecto a sus colegas mujeres. Esto podría contradecir otros estudios, donde la relación es la inversa, apoyados estos datos además por la consideración de la doble jornada laboral de las mujeres. Esto tuvo que confrontarse con la existencia de parejas estables, pues se evidenció que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional y menor sentimiento de realización personal, que los individuos casados o con relaciones estables. Esto se notó, tanto en los hombres, como en las mujeres.

De estas observaciones, puede inferirse que una relación de pareja evaluada como difícil o indiferente es un determinante para generar puntajes altos, tanto en las subescalas de Burnout, como en la escala global. En cambio, la existencia de apoyo familiar (relación de pareja evaluada como buena o excelente) o el no tener pareja hace que enfermeras como enfermeros puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia emocional de mayor estabilidad, incrementando la capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales (39).

El estrés y el síndrome de Burnout son problemas que repercuten en la salud de los profesionales y en la calidad asistencial, pues deterioran la relación médico-paciente y causan un alto costo social y económico. Esta formulación general, se verifica en un estudio realizado en Venezuela, entre los médicos cubanos participantes de la Misión “Barrio Adentro”, destinado a prestar servicios de salud en zonas depauperadas, con el objetivo de identificar condiciones asociadas al estrés y al síndrome de Burnout en estomatólogos. Durante el año 2009, se realizó un estudio descriptivo – analítico de corte transversal, utilizando instrumentos como: entrevista, cuestionario y Escala Sintomática de Estrés e Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados mostraron niveles significativos de estrés con alta prevalencia de la enfermedad. Los casos de síndrome Burnout manifestaron irritabilidad, acidez, dolor de cabeza, insomnio, ansiedad, fatiga y dolor abdominal. La sobrecarga de trabajo por las multitareas, las relaciones interpersonales inadecuadas y el ruido, fueron los factores que más intervinieron en la generación de estrés.

Se ha observado que los trabajadores del sector de la salud presentan elevados índices de insatisfacción, estrés y síndrome de Burnout, relacionados con la insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, falta de identificación con el centro laboral, un menor control sobre el trabajo, autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal. En el caso de los estomatólogos, se ha identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral, como el número de pacientes por estomatólogo, discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo; a estas causas laborales se le añaden otras de índole personal como la muerte de un familiar, divorcios, nacimiento de un hijo, cambio de status social, una enfermedad, etc.

Generalmente, el ejercicio profesional de los estomatólogos es arduo, tenso e implica deterioro físico, emocional y mental, por lo que puede

considerarse de alto riesgo; realizan sus actividades en espacios limitados, con apremio de tiempo, en posiciones forzadas, en un área de trabajo restringida a una cavidad bucal, habitualmente el ambiente de trabajo es ruidoso e insuficiente de iluminación y ventilación. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como el síndrome de Burnout y otros problemas de salud (40).

Es hasta cierto punto paradójico que el profesional de la salud se enferma con el síndrome de Burnout justo en la medida en que se ocupa de sus pacientes. De hecho, los estudios muestran que está aumentando el número de este tipo de profesional afectado por esta enfermedad. Esto se comprende cuando se advierte que el síndrome de Burnout se inicia con una sobrecarga de trabajo, estrés laboral y agotamiento de los recursos personales emocionales, lo cual ocasiona una sensación de fracaso y agotamiento. Esto, lógicamente, afecta en su desempeño, calidad y seguridad.

El síndrome de Burnout se manifiesta en síntomas tanto físicos como emocionales, y se ve acompañado por agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja realización profesional.

Otra relación que han identificado los estudios realizados, se plantea entre el cansancio emocional y la despersonalización, por una parte, y el mayor nivel de contacto con el dolor y la muerte por parte de los profesionales de la salud en los hospitales. Por otra parte, el cansancio emocional se vincula con la sobrecarga de trabajo, y la insatisfacción con las recompensas profesionales aumenta con los bajos logros personales, consecuencia del desarrollo del mismo síndrome (41).

En estudios realizados en enfermeras, dirigidos a focalizar los principales estresores del personal correspondiente, se confirmó que el síndrome Burnout resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria e involucra básicamente tres

dimensiones:

- Agotamiento emocional: refiriéndose a la pérdida o desgaste de recursos emocionales, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- Deshumanización o despersonalización: el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, clientes)
- Falta de realización personal: es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.

El síndrome Burnout tiene como manifestaciones clínicas más frecuentes, la ansiedad y la depresión, así como el desánimo y el hastío. Esto ocasiona cambios en el comportamiento laboral, registrándose ausentismo laboral y consumo alto de alcohol o drogas. Igualmente, se han registrado casos con cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales. Esta sintomatología multidimensional, en los aspectos cognitivo, somático y emocional, puede conducir a la incapacidad laboral.

Los trastornos de comportamiento del afectado por el síndrome, puede llegar a contagiar a los colegas en el trabajo e incluso a las personas del espacio familiar. Así, hay que prestar atención a las actitudes negativas, mordaces y conflictivas que impiden el funcionamiento satisfactorio de los equipos de trabajo. Esto puede llegar a afectar igualmente al paciente, quien puede apreciar un desprecio por parte del médico, lo cual es respondido con desconfianza y ruptura de la comunicación, en una situación muy difícil de superar (19).

Otra población profesional, además de los médicos y enfermeras, que es víctima del síndrome Burnout, es la de los docentes, tanto a nivel primario, como en bachillerato e, incluso, en profesores universitarios. Como en el caso del personal de la salud, los docentes, profesores y maestros, desarrollan un trabajo que consiste en prestar un servicio y atender a unos usuarios de distintas edades.

Los exámenes mediante los protocolos generalmente aplicados para identificar y medir la dolencia (cuestionario MIB) han mostrado una alta prevalencia entre docentes universitarios.

Se ha observado en todo el mundo que los docentes a todo nivel se hallan expuestos a diversos estresores ocupacionales, los cuales los hacen vulnerables y predispuestos a sufrir el síndrome Burnout. Puede afirmarse que esta enfermedad es un fenómeno que ha adquirido dimensiones y carácter epidémico; aunque hay que tomar en cuenta que los docentes forman un grupo heterogéneo, pues en el interior de esa población existen distintas categorías con diferentes funciones, atribuciones, desafíos y recompensas, dependiendo del nivel del entorno donde actúan, asumiendo que los contextos sociales de las instituciones donde están insertos (escuelas, universidades, institutos), son diferentes.

Los docentes se hallan expuestos a estresores ocupacionales, que son aquellos aspectos del trabajo (exposición ante los estudiantes, exigencias de planificación, preparación y evaluación de la enseñanza, manejo de conflictos, etc.), que generan tensiones recurrentes y desequilibrios entre la percepción de las demandas de trabajo y su capacidad de tener los conocimientos y habilidades necesarias para cumplir con sus funciones. Al mismo tiempo, se presentan los estresores ocupacionales psicosociales, relacionados con la naturaleza del trabajo y sus relaciones interpersonales (42).

El síndrome de *Burnout* ocurre como una respuesta inadecuada y crónica a los estresores psicosociales presentes en el contexto del trabajo.

En el caso de los docentes, se aprecian cuatro dimensiones de su ocurrencia:

- Destrucción de las ilusiones respecto al trabajo,
- Desgaste Psicológico,
- Indolencia y
- Culpa.

Desde la perspectiva psicosocial, el síndrome de Burnout se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo - aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización). Los estudios realizados en diversas instituciones educativas muestran que de las tres subescalas que se presentaron con mayor frecuencia son los factores del agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Otras características de la población docente se refieren a sus relaciones personales y familiares, conectados con su edad. El personal masculino, entre 50 y 59 años, sin hijos y que no realizan tareas domésticas, resultó ser el más afectado (69%) en contraposición del personal femenino que presentó 60%. Además, estos estudios mostraron que son más afectados los solteros hombres (75%) contra las solteras (61%). Los que tenían menos tiempo trabajando como docentes también presentaron con mayor frecuencia síntomas del síndrome, así como el grupo que había trabajado en un lapso de 6 a 10 años, y contratados, en contraste con los docentes de mayor antigüedad (43).

Los resultados, obtenidos por medio del análisis de regresión lineal apuntaron a las variables “autonomía”, “apoyo social”, “conflicto de papel” y “conflictos interpersonales” como principales predictores de *Burnout*.



afrontar y resolver los problemas, la planificación y la reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres.

En otro estudio, se consideraron las dimensiones del Síndrome Burnout evaluadas en el MBI y la comparación por género. Se encontró que para la muestra hay mayor presencia de cansancio emocional, de acuerdo al promedio, por parte de las mujeres que en los hombres. Pero, de acuerdo con los resultados de la Prueba t para dos muestras (1.53), se evidencia que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Para la dimensión de despersonalización, no se observa diferencia por género, es decir, no hay una diferencia estadísticamente significativa entre géneros con relación a la presencia de niveles de despersonalización.

Para la dimensión de realización personal al compararla por género, se encontró que para la muestra femenina hay mayor presencia de realización personal, a diferencia de la masculina.

Aunque los docentes con más de diez años de antigüedad se encuentran más cansados emocionalmente que aquellos que llevan menos de diez años, estadísticamente, no fue una diferencia significativa entre ambos grupos de comparación. Para la dimensión de despersonalización del MBI con la antigüedad en el puesto, se encontraron puntajes similares entre el grupo de menos de diez años de antigüedad y el de más de diez años de antigüedad en el puesto.

Por último, en relación a la comparación entre realización personal y la antigüedad del puesto, se obtuvieron puntajes muy similares entre ambos grupos (menos de diez años: 25.68 y mayor de diez años: 25.58), por lo tanto, estadísticamente no hay una diferencia



significativa al realizar la Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales (0.0354).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés y el síndrome Burnout, se han encontrado datos útiles para la comparación entre la variable de género con las cuatro estrategias de afrontamiento seleccionadas para su comparación, por presentar mayor proporción, se encontró que para la estrategia de desarrollo personal la cual se espera que con ella creen nuevos significados, positivos, al problema o situación, no hay diferencias significativas entre mujeres y hombres.

Para la estrategia de afrontamiento de resolver el problema al comparar por género, tampoco hay mayor diferencia en la proporción de utilización entre hombres y mujeres, aspecto corroborado por la Prueba t (-0.6166) para dos muestras suponiendo varianzas iguales, ya que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la utilización de esta estrategia de resolver el problema, entre los hombres y las mujeres.

Para la utilización de la estrategia de planificación, la proporción entre mujeres y hombre de la muestra (11.23 para mujeres y 22.85 para hombres), la diferencia, de acuerdo a los datos estadísticos arrojados por la Prueba t para dos muestras de varianzas iguales muestra que tampoco existe una diferencia de género estadísticamente significativa (-0.0809).

En cuanto a la comparación obtenida entre las variables de género con la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva se obtuvo que en promedio las mujeres que utilizan más esta estrategia, a diferencia de los hombres, pero no de una manera significativa. Así, tras utilizar la Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

La comparación entre la estrategia de desarrollo personal y la antigüedad en el puesto, muestra que los docentes que llevan menos de 10 años laborando presentan una puntuación relativamente mayor, que aquellos que han trabajado durante un periodo superior a 10 años (11.58). Sin embargo, esto no representa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

En cuanto a la estrategia de resolver el problema cabe anotar que la diferencia entre las medias de ambos grupos no es tampoco significativa (44).

Estudios realizados en Brasil, compararon la presencia de predictores de Burnout en dos grupos diferenciados de docentes: uno, era universitario, el otro, no universitario. El análisis de los resultados indicó la predominancia de variables relacionadas al tipo de trabajo en ambos grupos de profesores. Estos elementos confirman que son las variables laborales las más relacionadas con el Burnout. En este sentido, son relevantes las observaciones referidas a variables tales como las características del Cargo (dimensiones básicas del cargo, estados psicológicos críticos, resultados del trabajo) y las satisfacciones en el trabajo. En estos aspectos referidos a la satisfacción con el trabajo, pueden empezar a diferenciarse los docentes universitarios de lo no universitarios. Entre los universitarios, la variable de mayor valor explicativo es el de agotamiento emocional al mismo tiempo que la insatisfacción con el sueldo. Se notó que, a medida que aumenta su satisfacción con la remuneración, disminuye el sentimiento de desgaste. Esto puede interpretarse a la luz de la constatación general de que el profesor universitario, en comparación con los docentes de escuelas, es un profesional que tiene mayores ventajas, mejores salarios y condiciones de trabajo en general.

Esto sugiere que ese segmento profesional de profesores universitarios, al ser objeto de mayores inversiones en su formación científica, además de requerir experiencia profesional y titulaciones, puede crearse

mayores expectativas, las cuales, al no ser atendidas, elevarían su grado de desgaste emocional. Es interesante destacar que esa situación se hace más presente entre los profesores más jóvenes quienes, probablemente, se crean mayores expectativas, lo cual se confirma cuando se cruza con la variable de la edad en este modelo de correlación. Otra variable con poder explicativo del aspecto de la despersonalización, en profesores universitarios, fue la Carga Horaria dedicada a tareas de investigación. Según los resultados, la elevación de esta exigencia aumenta a su vez el sentimiento de distanciamiento respecto a los alumnos, es decir, los usuarios del servicio de la enseñanza. Algunas instituciones universitarias exigen hasta un límite de 8 horas semanales destinadas a la realización de esas actividades. Al mismo tiempo que realizan sus investigaciones, los docentes realizan asesorías y orientación a los alumnos en la confección de sus monografías, aunque generalmente con poca experiencia y conocimiento, aparte de una mayor identificación con tal actividad. Otra variable explicativa de relevancia se refiere al reconocimiento que obtiene el profesor por su labor de investigación, lo cual da pie a la hipótesis de que los profesores al realizar sus actividades de investigación, necesitan obtener de retorno, algún tipo de compensación por parte de la institución. El profesor universitario, al inicio de su carrera, busca, entre otros aspectos, el reconocimiento académico.

El desarrollo de investigaciones y la producción de publicaciones científicas son factores generadores de Burnout entre los profesores universitarios. Por otra parte, la Satisfacción con el Crecimiento Profesional fue una variable que presentó el mayor porcentaje explicativo, en relación con la dimensión del Burnout de la Baja Realización Profesional, aspecto directamente inverso. Esto sugiere que los profesores universitarios se dedican a crecer en su carrera académica en vinculación con la obtención de satisfacción con este proceso de desarrollo y mayores índices de realización en el trabajo. Esta situación se confirma en la medida en que la variable de la necesidad de auto-realización entra en el modelo como segunda variable explicativa.

Hay que destacar que la variable referida a la Satisfacción con el crecimiento profesional, fue el de mayor poder explicativo para tres dimensiones del Burnout. Estar satisfecho con el rumbo de la carrera profesional atenúa la posibilidad de la aparición del síndrome Burnout. Este resultado sugiere que este grupo profesional, debido a poseer en general mayor reconocimiento social, se ve afectado en mayor proporción con los aspectos motivacionales intrínsecos. Igualmente, se puede asumir que, al actuar en instituciones de menor importancia, los profesores tienen mayor proximidad con los gestores escolares, y, en consecuencia, reciben una mayor respuesta a nivel institucional (45).

Un estudio en una Universidad del Ecuador, determinó la existencia del síndrome de Burnout entre el personal docente y de investigación. Así mismo, se identificaron variables como el exceso de trabajo, el sobre esfuerzo que causa ansiedad y fatiga, desmoralización y falta de motivación, el sentimiento de que se ha perdido la vocación y los valores profesionales y la distancia y desconfianza hacia los superiores.

Se agrega entonces el síndrome de Burnout a los riesgos laborales específicos de la profesión docente, tales como la hipoacusia y las afecciones de la voz. Ante ellos, el docente puede apreciar que se deben a alguna debilidad de su organismo, y no por factores ambientales, propios de su sitio de trabajo, como la cantidad de alumnos que atiende o la mala ventilación y peor higiene de las aulas pequeñas.

Estos elementos conforman un ambiente estresante que en múltiples investigaciones se han asociado con la aparición del síndrome de Burnout entre los docentes, con lo cual se convierte en un riesgo laboral adicional.

Otro riesgo laboral de los docentes es la depresión, la cual a veces no se la distingue del síndrome de Burnout. Por supuesto, hay algunos rasgos parecidos entre ambas enfermedades: cansancio, retiro social y sentimiento de fracaso.

Estas situaciones de riesgo muchas veces pasan desapercibidas porque los docentes no manifiestan lo que están sufriendo. No existe conciencia del problema, aunque estos riesgos deben valorarse igual a cualquier otro peligro que existe en los medios laborales.

En este sentido, es muy importante tomar medidas de precaución frente al síndrome. La primera acción es desarrollar actividades para ilustrar acerca de esta enfermedad laboral, así como la previsión de intervenciones terapéuticas.

De esta manera, hay que prestar atención a la autoevaluación de los docentes y el desarrollo de ejercicios de autoconocimiento para identificar y reducir el impacto de los estresores propios de su actividad profesional, para eliminarlos o por lo menos disminuirlos. Así mismo, es necesario atender y potenciar las habilidades sociales y el apoyo de los colegas en los equipos de trabajo. Entre las medidas preventivas se encuentra también las de ofrecer apoyo social para aliviar las respuestas inadecuadas frente a los estresores (46)

Las nuevas realidades sociales, producto de la nueva situación de los trabajadores en el marco del capitalismo, implican la flexibilización laboral, el debilitamiento del Estado de Bienestar y la creciente globalización. Todo ello tiene un impacto sobre aquellos profesionales cuya función es precisamente atender las consecuencias de esos procesos, las crecientes demandas de los ciudadanos, sus valores y principios profesionales. También estas son condiciones propicias para la aparición del síndrome de Burnout en profesionales tales como el Trabajo Social.

Se registra entonces un aumento de los casos de síndrome de Burnout, manifestada en agotamiento emocional, la despersonalización, insensibilidad y agresividad o irritabilidad de los prestadores de servicios, así como sensaciones de falta de realización personal y un declive de la autoestima profesional.

Como se sabe, en la etiología del síndrome de Burnout aparecen como antecedentes algunos factores de la organización para la cual se trabaja, el tipo de tarea y la clase de destinatario de los servicios. Las consecuencias se notan a nivel individual, tanto en los aspectos físicos, como los psicológicos y sociales, y con comportamientos irregulares evidentes en el ausentismo laboral, la rotación del trabajo y el abandono.

En la literatura científica se aprecia el incremento del síndrome de Burnout entre profesionales tales como cuidadores en retenes de menores, en asilos de ancianos, y trabajadores sociales que atienden familias en estado de extrema necesidad.

La deficiencia de las estrategias de afrontamiento por parte de este tipo de profesional de atención social, ha sido identificada como un factor de gran importancia como etiología del síndrome de Burnout entre empleados de instituciones de acogimiento de menores con problemas. Al aplicarse instrumento como el MBI y el cuestionario de afrontamiento

COPE, se ha evidenciado la asociación significativa entre las deficientes estrategias de afrontamiento y la percepción de baja realización personal. Por otra parte, es importante el impacto en grupos como las mujeres, así como aquellos con sobrecarga de turnos, insatisfacciones respecto a la remuneración, la edad y la antigüedad en el cargo.

Ante estos resultados de los estudios, se impone la urgencia de intervenir, aportando en talleres y demás actividades, algunas variantes de estrategias de afrontamiento, así como la urgencia de cambios organizativos, con el fin de hacerlas más amigables.

Los niveles del síndrome de Burnout en los profesionales de cuidado dependen de algunas variables sociodemográficas y las demandas del trabajo. En este sentido, cabe destacar que las mujeres se sienten más realizadas en su trabajo y con ello se protegen frente al síndrome. Otro aspecto interesante es que la despersonalización, uno de los síntomas del síndrome, se aprecia más en aquel personal de mayor antigüedad. Esto se explica por el alto nivel de implicación física y emocional con el trabajo, lo cual es en sí un factor de riesgo de estrés. Con el transcurso del tiempo, aumenta el riesgo de contraer el síndrome, y ofrecer respuestas cada vez más impersonales y reducir su grado de implicación con los usuarios de los servicios. Otra asociación se registra entre la edad del profesional y su percepción de baja realización personal y agotamiento emocional.

Las variables organizacionales también son relevantes entre los profesionales de atención social. Así, Los profesionales menos satisfechos con su trabajo tienen mayor agotamiento laboral. También se ha observado que la percepción de un bajo reconocimiento social de la profesión contribuye al agotamiento emocional. Ambos son factores etiológicos del síndrome de Burnout.

Circunstancias como no disponer de una adecuada residencia o la insatisfacción con la retribución salarial, se asocian también con el ago-



tamiento emocional. Si se agrupan todos estos factores, se encuentra la asociación de los síntomas del síndrome con un exceso de demandas del trabajo, lo cual lleva a subrayar la relevancia de lograr un equilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles. Estos estudios parecen dirigirse a confirmar el carácter central del agotamiento emocional en la presentación del síndrome (47).

Existe un consenso en la necesidad de desarrollar más investigación relativo a la presentación del síndrome de Burnout en el personal de los trabajadores sociales como grupo de riesgo. Aún así, la literatura científica da cuenta de la creciente relevancia de la enfermedad entre este tipo de profesionales. Estudios como los realizados en los servicios sociales comunitarios de la comarca de Santiago de Compostela, en España, muestran la presencia de las dimensiones de la dolencia: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. De nuevo, estas investigaciones reafirman la necesidad de estrategias de prevención y atención terapéutica (48).

Las estructuras organizativas de las instituciones donde laboran los trabajadores sociales, son factores de gran importancia en la presentación del síndrome; pero igualmente el contexto social general. Las características sociodemográficas de los profesionales, el nivel de su formación, la disponibilidad de recursos, las relaciones de trabajo y la precariedad, deben formar parte de la descripción de la epidemiología del síndrome de Burnout entre los trabajadores sociales. Especialmente las condiciones y relaciones laborales.

Los factores psicosociales laborales incluyen las condiciones de trabajo, salarios, turnos, pero también aspectos menos específicos que se manifiestan de manera emocional, cognitiva, conductual y fisiológico. Los estudios sobre el síndrome de Burnout y los trabajadores sociales ya tienen cierta trayectoria en el mundo anglosajón. En ellos, se resalta la vinculación de las variables de satisfacción en el trabajo con el estrés y los contextos, muchos de ellos violentos, de este tipo de pro-



fesional. Así, hay algunas constantes en estas investigaciones que es importante resaltar:

1. La relevancia de las características organizativas de las instituciones donde trabajan los profesionales. Ellas adoptan la estructura de “burocracias profesionalizadas, que implica descentralización de las decisiones y una delegación sistemática del poder.
2. La existencia de un contraste entre los valores y la filosofía de la profesión, profundamente asumida por los sujetos, y las condiciones reales con que se encuentran en su ejercicio profesional. Ello significa una tensión entre los ideales y la práctica.
3. Las consecuencias de la burocratización, que son el aislamiento, la fragmentación y la desprofesionalización. Los mecanismos de evaluación encuentran resistencias importantes entre estos profesionales.
4. Las restricciones presupuestarias para las instituciones de atención social, debidas a cambios en la política general del Estado hacia los sectores más sensibles.
5. En esas instituciones se presentan situaciones en las que los roles implican contradicciones entre diversas expectativas. La ambigüedad de rol significa en este contexto que el individuo no sabe qué sentir acerca del rol que le toca desempeñar.

Una demostración de estos elementos, es el estudio realizado en el Instituto nacional de Trabajo Social en Inglaterra, donde se detectó que casi la mitad de los trabajadores sociales sufrían de estrés debido a las exigencias del trabajo, mientras que la quinta parte era afectado por conflictos de roles. Era también un factor estresante el no desempeñar las tareas para las que habían sido formados: el trato de los usuarios de sus servicios y la utilización de sus habilidades interpersonales. Esto entraba en contradicción con la burocracia y las presiones organizativas.

El contacto permanente con las personas atendidas: La relación entre el desgaste profesional y el contacto con los receptores de la acción profesional, fue un factor clave en el desarrollo original del concepto de Burnout. En los trabajadores sociales, el estrecho contacto con los usuarios del servicio, forma parte esencial de su trabajo, siendo en muchos casos la principal actividad profesional. Las investigaciones en esta área se han centrado especialmente en el estudio de la influencia de la intensidad del contacto con los usuarios, su tipología y las consecuencias de la sobreimplicación del profesional. A las dificultades inherentes a la atención de personas con graves problemas se añade el clima de creciente frustración de los usuarios o sus familiares que dirigen hacia los profesionales su enfado en forma de ataques verbales e incluso agresiones físicas ocasionales. Estos episodios provocan sentimientos de vulnerabilidad y aumentan los niveles de ansiedad (49).

Los trabajadores sociales se encuentran abocados a situaciones cada vez más complejas y estresantes. Situaciones que devienen de las propias características del entorno en el que ejercen su profesión, el lugar de trabajo, las condiciones laborales, y las propias características de la población con la que trabajan, a las que habría que sumar las características individuales de los profesionales, sus expectativas, cualificación, formación, y su capacidad de afrontar las situaciones de dificultad laboral (49) (50).

### *Pacientes*

El síndrome Burnout no es un problema individual del sujeto que es su víctima. Todo el trabajo que él desarrolla, se ve afectado. En otras palabras, la existencia del síndrome en los profesionales atenta contra la calidad del servicio que prestan.

Esto es especial notable y hasta peligroso en la labor del personal de salud, médicos y enfermeras. Un profesional de salud afectado por el síndrome de quemarse por el trabajo pone en peligro directamente la seguridad del paciente y ocasiona en él mismo una situación de gran estrés y exigencia que puede redundar en el empeoramiento de su estado de salud.

El agotamiento emocional y el estrés crónico tienen efectos complejos en el sitio de trabajo, sea la consulta o, peor, las Unidades de Cuidado Intensivo. Todo ello se evidencia en el empobrecimiento de la calidad de la atención sanitaria. Afecta la organización misma de la institución sanitaria y pone en peligro a los pacientes.

Los eventos adversos, situaciones que deben ser cuidadas para garantizar la seguridad del paciente, están asociados con la presencia del síndrome Burnout. Generalmente se producen por un agotamiento emocional en médicos y/o enfermeras.

Es por ello que el cuidado a los profesionales de la salud debe ir parejo a la atención hacia la seguridad del paciente. Los aspectos psicológicos y emocionales del personal de cuidado, se ven generalmente presionados por la acumulación de tareas, sobrecarga de trabajo, trabajos nocturnos y el contacto directo e inmediato con el sufrimiento. Ello demanda una atención especial por parte de los directivos de los hospitales y demás centros asistenciales.

Los estudios realizados confirman que el ambiente de trabajo caracterizado por condiciones precarias y una excesiva sobrecarga de trabajo

en las enfermeras y demás personal de salud, contribuyen a la presencia de estrés crónico y la aparición de casos con el síndrome de Burnout, lo cual los puede incapacitar para prestar un servicio adecuado a los pacientes internos. Se impone entonces que las instituciones de salud asuman políticas de resguardo de este aspecto de la salud de sus trabajadores (51).

### *Estudiantes*

Se ha manifestado el síndrome Burnout en aquellos estudiantes universitarios que no logran adaptarse a los eventos de estrés propios del ambiente educativo. Se calcula que una proporción importante, de aproximadamente la sexta parte de la población de los alumnos de pregrado de las universidades, presentan signos del síndrome, especialmente en lo que se refiere a agotamiento emocional, mordacidad actitudinal (“cinismo”) y, en menor proporción, pérdida de eficacia académica.

Las variables sociales y demográficas más frecuentes en la presentación del Burnout en los estudiantes universitarios, son el pertenecer al género masculino, pertenecer a la zona urbana y estudiar en los turnos diurnos.

El Burnout puede ser el resultado, pero también puede convertirse en causa, de los fracasos académicos. Los estudiantes como población, si bien no tienen exigencias laborales, se estima que se enfrentan a mayores responsabilidades en la universidad en comparación con los otros niveles educativos, cursos y docentes que les exigen y asignan diferentes actividades, como defender trabajos grupales, presentar informes, realizar prácticas, trabajos de investigación y exámenes. Todo ello supone situaciones que son fuentes de estrés, que puede llegar a ser crónico. Su afrontamiento inadecuado puede ocasionar respuestas tales como el sentimiento de total agotamiento, de no poder dar más, y responder con actitudes mordaces y extremadamente autocríticas, desvalorización de las propias aptitudes, pérdida del interés y trascendencia del estudio.

De tal manera, que los estudiantes son una población donde se producen casos de síndrome de Burnout que puede generar situaciones de depresión, malestar psicosocial y puede llevar incluso al abandono de los estudios.

En los estudios se ha mostrado que los estudiantes de sexo masculino tienen más probabilidad de sufrir el síndrome de Burnout. Esto se advierte sobre todo en las variables de pérdida de la autoestima y de la apreciación de la propia capacidad y autoeficacia académica.

Por otra parte, los estudiantes pertenecientes a las zonas urbanas son los que están más sensibles a sufrir síntomas tales como el agotamiento emocional y la pérdida de la confianza en sí mismos.

El agotamiento emocional se aprecia en los estudios como la sintomatología más relevante del Burnout, seguido por la pérdida de la confianza en la autoeficacia académica. En esa población se observan signos de ansiedad, estrés académico, insatisfacción social por la apreciación de la carga que significa para la familia mantenerlos en la universidad. Igualmente, notable, junto al agotamiento emocional, el surgimiento de actitudes agresivas o mordaces, caracterizadas como “cinismo”, y expresiones desvalorizadoras de la actividad del estudio en general.

Un dato interesante es que los estudiantes solteros son los más proclives a adquirir en síndrome Burnout. La hipótesis que se ha formulado en relación a este dato, es que los sujetos con pareja probablemente tienen una mayor estabilidad emocional, debido al hecho de poder exteriorizar emociones y sentimientos, pudiendo recibir el apoyo de la pareja, lo cual alivia el malestar y contribuye a la relajación. Conversar con una persona de confianza sobre los problemas aparejados con el síndrome, permite el control sobre el problema, y ayuda a concebir maneras de actuar cuando se presentan nuevamente los síntomas.

Estos estudios sobre el síndrome de Burnout en la población estudiantil son de gran utilidad para desarrollar programas de apoyo psicológico hacia el estudiantado desde la organización misma de la institución universitaria.

### *Deportistas*

El síndrome Burnout entre deportistas tiene ciertas peculiaridades que es bueno resaltar. Los signos más evidentes en un deportista afectado por el síndrome son las siguientes:

- Pérdida progresiva del idealismo, de la energía y la motivación
- Estado de fatiga crónica
- Incremento de la irritabilidad
- Pérdida del entusiasmo por el “trabajo duro” realizado durante demasiado tiempo en situaciones de alta presión
- Sentimientos de incompetencia
- Fragmentación, alienación y frustración

Se ha confirmado que el síndrome de quemarse en el trabajo resulta de un agotamiento general, físico y psicológico, en el deportista que se dedican persistentemente hacia el logro de una meta, cuya consecución no se logra nunca, lo cual produce los síntomas del síndrome. Un cansancio general que surge después de un trabajo constante hacia un logro del que no se obtienen resultados recompensas sistemáticas (52).

El síndrome de Burnout puede hacerse patente, tanto en el entrenador, como en el deportista que es entrenado. Ambas figuras constituyen juntas una sola realidad que funciona como un sistema que se retroalimenta, en lo positivo y en lo negativo.

El entrenador es la persona clave en el desarrollo del deportista. Es por eso, que, al atenderse como víctima del síndrome, debe plantearse también observar cómo incide en el deportista la dolencia de quien debe constituir la figura clave, exigente y de apoyatura en el entrenamiento del deportista.

El entrenador y el profesor de educación física por sus interacciones humanas, tienen más riesgos de desarrollar el Burnout. Es interesante saber que ha habido más atención científica la presencia del Burnout en entrenadores. Al quedar afectado por el síndrome el entrenador, el deportista pierde parte de sus estrategias de afrontamiento y ello aumenta el riesgo de ser afectado él también.

Los deportistas que guardan una relación negativa con sus entrenadores tienden a sufrir el Burnout. El papel del entrenador en el desarrollo del deportista va más allá de la enseñanza de habilidades físicas específicas, sino que abarca también funciones de consejero en asuntos personales y profesionales. Es labor suya indicarle al deportista cómo progresar física y técnicamente, así como afrontar de una manera eficaz los retos y problemas que aparecen en su carrera deportiva.

Algunos estudios, al aplicar el MBI, aparecen puntuaciones altas referidas a baja realización profesional, mientras que hay aceptables índices en agotamiento emocional y despersonalización. Los estresores y predictores más fuertes para el entrenador se refieren a conflictos de rol por muchas horas de contacto directo con los deportistas, predominio del locus de control externo y ambigüedades de rol. Los hombres entrenadores son los que más presentan el síndrome, aunque otros estudios señalan la incidencia de entrenadoras mujeres y jóvenes. La aparición de la enfermedad puede ir asociado con el abandono del entrenador.

Incide también en la presentación del Burnout en los entrenadores, los factores situacionales fuera de su control.

Otro elemento evidenciado en los estudios es que mientras más años la persona desempeña el rol de entrenador, más riesgo tiene de sufrir el Burnout. Esto se advierte en las mediciones por el incremento de la variable referida a la realización personal.

Los entrenadores con un estilo de liderazgo orientado a las personas y preocupado por ellas, presentan puntuaciones más altas de riesgo en el MBI, especialmente en los ítems referidos a agotamiento emocional y despersonalización. Lo contrario se observa en aquellos entrenadores que desarrollan su trabajo con un estilo más autoritario y orientado a metas.

En algunos estudios, las mujeres entrenadoras presentan mayor nivel de agotamiento emocional que los hombres. Pero sería más correcto afirmar que esos resultados son mixtos, dependen de las condiciones organizativas de la institución donde desarrolla sus actividades, en cuanto a la presentación del síndrome en entrenadores de uno u otro sexo.

Un factor que puede incrementar los ítems predictores del síndrome, es la percepción acerca del rol del entrenador, en lo relacionado con la carga de demandas, autocontrol o autonomía, realización profesional, recompensas en el trabajo, éxitos en el trabajo, manejo de emociones. La presencia de la ansiedad es predictora de Burnout. Pero se estima que los factores determinantes son los situacionales e intrapersonales. Son fundamentales los rasgos de personalidad (asociados a la ansiedad) y las valoraciones cognitivas como mediadoras de los factores situacionales que pueden predisponer individualmente al Burnout.

El Burnout puede presentarse en deportistas de todas las edades. Se caracteriza por una amplia diversidad de componentes físicos, cognitivos, actitudinales y comportamentales. Las presiones intensas recibidas durante la infancia pueden favorecer la génesis del síndrome. Incluso, se han observado casos de adolescentes de 16 años, y hasta 10 años, con el síndrome. En este aspecto, puede jugar un papel estimulador de la enfermedad la estructura organizativa del deporte, por lo que, en Estados Unidos, incluso se formó una Comisión que supervisa las condiciones de entrenamiento de los más jóvenes.



Existe un instrumento específico para la medición del Burnout en deportistas, desarrollado por el investigador Eades, el EABI (Eades Athlete Nurnout Inventory), instrumento que en su fase experimental tenía 36 items, midiendo seis aspectos fundamentales del síndrome en esta población: autoconcepto negativo en relación a la habilidad deportiva, agotamiento mental y físico, retirada psicológica por una devaluación en la participación deportiva, devaluación por parte del entrenador y el equipo, reducida realización personal y deportiva. Así mismo, se han hecho importantes adaptaciones del MBI para aplicarlo a los deportistas de alto rendimiento. De esta manera se miden aspectos como frustración, capacidad de logro y creación de clima positivo, dureza emocional, fatiga en las relaciones personales, desgaste físico y empatía, lo cual corresponde a las tres dimensiones básicas del síndrome Burnout, aunque aplicados a las características particulares de los deportistas.

Un cuadro completo de las variables predictores dl síndrome Burnout mostraría los elementos que se muestran en la tabla siguiente.

**Tabla 8.** Predictores del Burnout en deportistas

GRUPO	VARIABLE
Dinámica propia del deporte y la competición	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrenador</li><li>• Altas demandas competitivas</li><li>• Excesivas demandas de energía y tiempo</li><li>• Monotonía del entrenamiento</li><li>• Sentimientos de estar apartado</li><li>• Carencia de refuerzos positivos</li></ul>
Personales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aburrimiento</li><li>• Falta de habilidades</li><li>• Negativas estrategias de afrontamiento</li><li>• No adecuaciones expectativas originales-logros</li></ul>
Del contexto ambiental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de apoyo</li><li>• Intereses mercenarios de los padres</li><li>• Estilo de vida externo</li></ul>

**Fuente:** Garcés de los Fayos E. (21)

El síndrome de Burnout en los deportistas se profundiza en tres fases:

1. El sentimiento de entusiasmo y energía comienza a disminuir. Los eventos aversivos por los que pasa el deportista, chocan con sus expectativas, ilusiones y energías. La frustración aumenta y comienzan los sentimientos negativos hacia el deporte
2. Abandono y angustia. La práctica habitual del deporte comienza a ser angustiosa y desesperante para el deportista, por lo que comienza a perder la confianza en sí mismo y su autoestima inicia un proceso de deterioro. Se presentan abandonos coyunturales de las prácticas.
3. Pérdida de autoestima, evidencias de depresión, alienación y abandono. Aparecen señales de indefensión aprendida conducente a cuadros depresivos que pueden culminar en el abandono total de las prácticas.

El abandono de las prácticas y del deporte como actividad, es una consecuencia directa del síndrome Burnout (21).

### *Otras categorías laborales (militares, policías)*

A pesar de que se tiene una suficiente caracterización teórica acerca de las formas en que se presenta el síndrome de Burnout, hay que resaltar que sus dimensiones, tal y como aparecen en varios instrumentos de medición, sobre todo el MBI, varían en cada población profesional o de actividad. Estas diferencias son más notables en lo que se refiere al orden de la presentación de las fases en cada segmento poblacional: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. De esta manera, se observan discordancias en cuanto a las dimensiones de la despersonalización y la presencia del estrés, el cual no siempre conlleva al desgaste profesional.

El síndrome Burnout es una entidad nosológica de amplio espectro, con gradación de los síntomas, que van desde los más severos hasta los más leves. La primera fase que afecta a gran cantidad de profesio-

nales, no es una situación patológica en sí misma, sino una situación de estrés que tiene respuestas normales en el individuo. Es en esa fase cuando aparecen sentimientos de insatisfacción debido al contraste entre las altas expectativas individuales de los profesionales, y su realidad laboral influida, por supuesto, por diversos factores sociales. Ello conllevaría a despertar sentimientos de desmotivación profesional, lo cual daría origen a la aparición del síndrome de Burnout como entidad psicopatológica.

Los estudios comparativos son complicados, porque cada realidad profesional es distinta, y habría que proceder a una labor de interpretación que se presta a sesgos. Las diferencias en las mediciones de las dimensiones del síndrome Burnout, entre grupos profesionales, pueden reflejar realidades laborales heterogéneas, así como circunstancias de la vida de las instituciones.

Esto es especialmente notable en el personal sanitario que son, o no, dependientes de la organización militar, o adscritos a instituciones como la policial.

En todos los estudios, hay peculiaridades que han motivado a los investigadores a desarrollar sus propios instrumentos, que adapten los ítems e incluso algunas categorías o dimensiones.

En profesiones como la militar o policial, la aparición del síndrome puede resultar de las frustraciones propias de una organización claramente jerarquizada. La aparición de sentimientos de frustración en la realización de las actividades, en la apreciación que se tenga de la consideración de los superiores hacia sus subordinados, en el cumplimiento riguroso de las órdenes o los reglamentos, pueden estar directamente relacionados con el establecimiento de relaciones distantes y superficial, sometidos a conveniencias del momento y el surgimiento de desconfianzas personales. De esta manera, la comunicación interpersonal tiende a fracasar ello repercute en la merma de las propias habilidades

de comunicación y una elevación de los niveles de despersonalización, hasta llegar al abandono definitivo de la institución.

Se ha observado la alta prevalencia del síndrome Burnout en personal militar y policial, sobre todo, y en ese orden, en las dimensiones del cansancio emocional, de despersonalización y percepción de falta de realización personal.

Actualmente, con el reconocimiento de la relevancia del síndrome Burnout entre los riesgos laborales reconocidos, ya existe una amplia variedad de estrategias para reducir los estragos de esa enfermedad, lo cual conlleva a mejorar la calidad de las condiciones de trabajo y prevenir los factores estresantes. Estas intervenciones y conjunto de acciones programadas en vista de contener el síndrome, ya no atacan únicamente el aspecto individual, sino que le dan su justa importancia al contexto laboral.

En la prevención de la enfermedad se debe cuidar el conocimiento acerca de ella misma, entre los responsables de los recursos humanos y las relaciones laborales, para desarrollar las estrategias correspondientes.

La repetida comprobación de que el riesgo del síndrome de Burnout es propia de cierto tipo de profesiones, como los dedicados a la salud, la docencia, el trabajo social, la vigilancia, etc., lleva a plantear la necesidad de mecanismos de prevención específicos a esos trabajadores.

Ello debiera incluir:

1. Apoyo emocional: vinculado con afecto, confianza y atención
2. Apoyo instrumental: de todo tipo, tanto económicos como de equipo
3. Apoyo informativo: para poder conocer la situación y estar listos para afrontar los riesgos en ella.
4. Apoyo evaluativo: para que los trabajadores conozcan el resultado de sus labores y así apreciar objetivamente su efectividad y competencia (38)

En general, hay tres niveles de actuación frente al síndrome de Burnout: el correspondiente a la organización donde laboran los individuos, el nivel de las interacciones entre las personas en el seno de la institución dada y, finalmente, el nivel de cada individuo. Se entiende que las estrategias deben ser responsabilidad de la organización en cuestión.

Así, tenemos que a nivel de la organización se debe:

1. Identificar y evaluar los riesgos psicosociales,
2. Establecer un conjunto de actividades de acogida que permita ajustar los objetivos de la organización con las percepciones de los individuos,
3. Contemplar mecanismos de respuesta y retroalimentación acerca de los resultados del trabajo de los sujetos,
4. Promover la integración en equipos de trabajo
5. Garantizar actividades de formación en medio del desarrollo del trabajo,
6. Brindar autonomía y control de trabajo a los individuos mediante la descentralización
7. Clarificar, disolviendo cualquier ambigüedad que pueda haber, mediante un análisis de los puestos de trabajo, los fines de cada cargo y el correspondiente a cada profesional
8. Aclarar líneas de autoridad y responsabilidad
9. Explicación clara de las competencias y responsabilidades mediante un diseño de las funciones de la actividad
10. Adecuar las demandas sobre la carga de trabajo
11. Establecer adecuadas redes de comunicación y mecanismos de participación en la organización
12. Promover la colaboración entre los miembros de la organización,
13. Establecer modalidades que permitan la flexibilidad horaria,
14. Planificar la promoción de una manera transparente.

Otras medidas profilácticas se refieren a la organización de talleres terapéuticos, seminarios y demás actividades de divulgación de conocimientos acerca de la enfermedad y las normativas laborales. Esto puede servir para estimular y mejorar la comunicación para poder atender los problemas que conlleven riesgo del síndrome de Burnout.

Así mismo se recomienda crear grupos de soporte, promover la seguridad en el empleo, garantizar la asistencia por parte de personal

especializado, dar recursos adecuados a los trabajadores para lograr resultados en su trabajo.

Las medidas a nivel interpersonal deben tender a mejorar los vínculos entre los trabajadores, así como el trabajo en equipo. La formación debe estar orientada a brindar estrategias de colaboración y cooperación. Así mismo, se debe respaldar con una planificación del apoyo social. La dirección debe aplicar los mejores métodos para asignar, controlar y evaluar las actividades, brindando entrenamiento para las habilidades sociales y reglas democráticas y participativas. De este modo se buscaría consolidar la dinámica de los grupos y el control del trabajador sobre las demandas psicológicas de su cargo.

Las acciones preventivas del síndrome a nivel individual abarcarían desde la orientación profesional, la diversificación de las tareas así como la rotación de ellas, poner en práctica planes de formación continua. De esta manera se buscaría mejorar los recursos de resistencia frente a las situaciones de estrés que se pudieran presentar. También, pueden implementarse talleres para el manejo del estrés y de la ansiedad, así como la superación de la distancia emocional. Todo ello conllevaría a aumentar las habilidades comunicativas de los individuos, fortalecer la retroalimentación en los grupos y un mayor ajuste entre el cargo y las expectativas profesionales de los individuos.

Como complemento, hay que incrementar el manejo de técnicas para modificar los procesos de conocimiento y de autoevaluación de los profesionales. Se debe adiestrar en el manejo del control del tiempo y la solución de problemas. Incluso, se pueden promover talleres y oportunidades de relajación.

Ahora bien, cuando se detectan los casos del síndrome de Burnout, hay que prestar atención a lo que observan los que constituyen el entorno inmediato de la persona afectada. Son ellos también los que pueden facilitar el apoyo social inmediato para evitar la profundización del

síndrome, identificar la fase a la que ha llegado. Es consenso entre las investigaciones que el apoyo social puede moderar mucho los efectos de la dolencia.

El mejoramiento de apoyo social debiera ser una política interna de las organizaciones. Se ha comprobado que el síndrome de burnout puede controlarse y moderarse significativamente si existe ese apoyo social de los propios compañeros de trabajo, porque así se satisface la necesidad de comunicación humana y se puede brindar una información adecuada para afrontar este tipo de situaciones. Por ello, es fundamental fortalecer los vínculos interpersonales entre los trabajadores, posibilitando así la resolución de los problemas.

No hay ninguna técnica para tratar efectivamente el síndrome Burnout. Por ello hay que combinar, en un modelo de intervención, varias estrategias que se complementen entre sí. En principio, cualquier técnica adecuada es válida para la intervención, a nivel individual, los grupos y la organización. A nivel individual, se trata de lograr que los individuos afronten los estresores del trabajo de manera efectiva y mejorar la percepción de control, la autoeficacia personal y la autoestima. Usualmente, se han aplicado técnicas cognitivo-conductuales, que incluyen estrategias de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, terapia racional emotiva y ensayo conductual. Así, se logra enfrentar las cogniciones erróneas tales como las expectativas irreales y las falsas esperanzas.

La recomendación básica para el técnico en prevención es atacar las causas del síndrome, y no tanto las consecuencias, cuando evalúa las situaciones y se dispone a planificar acciones preventivas. Por ello es que se requiere un profesional especializado para acometer la evaluación centra en la respuesta ante el daño del trabajo y recetar el tratamiento y medidas relativas a las condiciones de trabajo y otros niveles de intervención.



Hay que identificar los riesgos del síndrome de Burnout para establecer un plan preventivo y de tratamiento, también atendiendo a los daños. Entre las modalidades de apoyo social del trabajo, tenemos las siguientes:

- La escucha activa de la persona con problemas,
- Brindar apoyo técnico para apoyarlo cuando esté haciendo bien las cosas,
- Estimular la creatividad e implicación en el trabajo por aporte de los compañeros más experimentados,

### **Ilustración 4.** Modelo de desarrollo del síndrome Burnout



**Fuente:** Ministerio de Asuntos Sociales de España (18)

- Ofrecer un apoyo incondicional a los afectados
- Hacer reflexionar al trabajador afectado acerca de si ha agotado todas las salidas a su problema,
- Confirmar o cuestionar las creencias sobre su propio desempeño de acuerdo a la realidad de la organización y la misma persona. Este apoyo social es muy importante, sobre todo cuando la persona expresa que está perdiendo sus capacidades para evaluar de forma adecuada su realidad.

Otros aspectos que debe contemplar cualquier plan de prevención del síndrome se refieren al ambiente y al clima institucional.

Otra recomendación es el desarrollo de programas de socialización anticipatoria para acercar a los profesionales a la realidad y de esta manera evitar el choque entre sus expectativas y lo que efectivamente está ocurriendo. Así mismo, es bueno ejercitar procesos de retroalimentación grupal e interpersonal. Así se mejoraría significativamente el clima organizacional y se mejora el rendimiento de los equipos de trabajo.

Hay que tomar en cuenta que la trayectoria profesional atraviesa por diversas fases. En cada una es posible identificar factores estresantes. Esto hay que identificarlo, así como la percepción de la falta de oportunidades de promoción. Esta puede representar un gran problema que puede traer cierto grado de frustración que contribuye al síndrome.

Entre los factores estresores se encuentra la inseguridad o falta de estabilidad en el trabajo. Esto tiene un aspecto objetivo que se refiere a la realidad del mercado de trabajo o la situación económica del país, pero el aspecto subjetivo, es decir la percepción y los sentimientos del sujeto en relación al peligro de perder al trabajo, es el que expone con mayor rigor al estrés al individuo. Al percibir así su realidad, el trabajador se hace más sensible a otras fuentes de estrés, como la sobrecarga de trabajo, el mayor esfuerzo exigido, el aumento de las horas de

trabajo, entre otras situaciones que, al prolongarse, volvería crónico el estrés, lo cual puede convertirse finalmente en el síndrome de Burnout (46).

Frente al síndrome, las terapias individuales usuales son insuficientes. Hay que tomar en cuenta la complejidad ya apuntada de la dolencia, referidas a sus niveles organizativos y sociales, además de la psicológica. Por ello, los planes de atención y prevención deben atender a esta complejidad de factores.

Es fundamental la amplitud de las intervenciones, lo cual implica reunir de manera sistemática varias terapias posibles, desde el manejo del estrés, hasta la modificación de conductas, hasta las técnicas racionales, al mismo tiempo que se atacan los factores organizativos y sociales. En ocasiones, incluso puede ser necesario recurrir a tratamientos farmacológicos (ansiolíticos, antidepresivos) como complemento a las terapias personales.

La siguiente tabla ilustra los objetivos de las intervenciones frente al síndrome de Burnout en todas las profesiones:

**Tabla 9.** Objetivos de intervención frente al síndrome de Burnout

ASPECTOS PSICOLÓGICOS	ASPECTOS SOCIALES	ASPECTOS ORGANIZATIVOS
Prácticas de orientación	Altos estímulos	Mejor dirección del trabajo
Sensación del problema	Rediseño del trabajo	Corrección de sobrecarga del trabajo
Estimulación óptima en el trabajo	Colección de datos	Conflictos interpersonales
Incremento de los contactos con el público	Confrontación con el feedback	Entrenamiento en habilidades
Desarrollo de autonomía	Interés en los grupos	Estrategias de afrontamiento
Participación en la toma de decisiones	Planificación de acciones	Extensión de la supervisión
Compromiso con las metas organizacionales	Apoyo de organización y compañeros	Presentación de la dirección

Observación de los trabajadores con mayor experiencia	Revisión y puesta al día	Contactos con los usuarios
Entrenamiento en liderazgo	Mejor reorganización	Moderación de expectativas

**Fuente:** Garcés de los Fayos E. (21)

El cuadro de objetivos de intervención frente al síndrome Burnout puede leerse de manera vertical, columna por columna, así como de manera horizontal, fila a fila. Esto se debe a que la consecución de estos objetivos no puede darse de manera aislada, sino en coordinación, como una acción orquestada desde diferentes frentes. El logro de un tipo de objetivos está condicionado con la consecución del otro. Por ello deben armonizarse los objetivos a la hora de diseñar el plan de intervención en la organización o institución donde el síndrome Burnout comienza a afectar a sus trabajadores. En todo caso, la directiva de la institución debe comprender la importancia del problema y asumir su significación en el cumplimiento del servicio que ofrece al público. Así, no basta una atención a cada caso, sino en el contexto de una acción en conjunto, para la cual estén ganados todos los niveles de la organización y su dirección.

De esta manera, las prácticas de orientación que se den a los trabajadores para lograr mayor eficiencia en el cumplimiento de sus labores, deben acompañarse con estímulos que sean apreciados por los responsables de las tareas y que ayuden a neutralizar posibles sentimientos de frustración que al acumularse se convierten en factores estresantes que contribuyan al estrés crónico. Pero esto no es suficiente, ni de lejos, si a la orientación y los estímulos no le acompaña una mejor dirección del trabajo, en el sentido de la claridad de las exigencias, la adecuación de las metas y los lapsos exigidos, el sentido mismo de las actividades y la capacidad para ganar la voluntad de las personas responsables.

En todo caso, la directiva de la organización o institución deben saber apreciar la importancia de atender el problema de la presentación de

casos de Burnout y siempre relacionarlo, desde un punto de vista sistémico, con los estilos de trabajo y de dirección que privan en la totalidad del centro de asistencia sanitaria, universidad o corporación donde se presentan. No hay que perder de vista que cada aspecto de la vida de la institución repercute en los demás, reforzando o neutralizando los factores que pueden llevar a “quemar” al staff.

Esta atención al problema puede llevar a rediseñar todos los planes de cumplimiento, métodos, las guías y la distribución del trabajo entre los diferentes empleados. Ello permite darle respuesta a los casos de sobrecarga de trabajo que es un factor estresante del trabajador de primer orden.

El estímulo a la calidad y productividad que muestren los trabajadores en el cumplimiento de sus responsabilidades no debe ser aplicada, sin prestar atención a sus posibles repercusiones en las relaciones personales entre ellos. Es importante atender este último aspecto, pues las tensiones, pugnas, sentimientos de injusticia en las decisiones de la dirección o las dificultades de comunicación entre los trabajadores es uno de los estresores más significativos. De hecho, el síndrome de Burnout se manifiesta con una gran claridad en la evolución de las relaciones entre las personas que trabajan juntos, destruyendo posibles relaciones de cooperación y compañerismo.

Como el síndrome de Burnout afecta principalmente a aquellas profesiones y ocupaciones que tienen que ver con la atención al público, es fundamental que la dirección de la organización aborde directamente los problemas que se susciten en las relaciones entre los usuarios y los trabajadores encargados de atenderlos. En este aspecto, se requiere un entrenamiento importante que pasa por racionalizar la manera cómo los individuos procesan las respuestas a su trato en las salas de atención sanitaria, en las aulas de clase u otros espacios donde se produce esa interacción. La orientación general en este sentido es que cada oportunidad debe convertirse en una situación de aprendizaje y de

transacciones satisfactorias donde cada petición, demanda, pregunta, cuidado debe ser procesada adecuadamente, para que se mantenga en un nivel de estrés manejable por los trabajadores, capacitándolos para ofrecer las respuestas debidas y que no afecten su salud mental. Una de las claves de cualquier plan de prevención frente al síndrome de Burnout es el manejo de estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes. Estas pueden ser compartidas con los trabajadores de diversas maneras: en planes de entrenamiento y capacitación, en los protocolos para realizar las actividades e, incluso, introduciendo elementos de ellas en los reglamentos y procedimientos internos de las instituciones. En este sentido, la planificación adecuada de la actividad en el tiempo y contando con los recursos adecuados, es una garantía importante para controlar los factores estresantes que, a la postre, pueden conducir a la “quemadura” del staff.

Llama la atención la relevancia que ha adquirido el síndrome de Burnout, evidenciado por su entrada en el catálogo de enfermedades reconocidas por la OMS, al tiempo que, en el plano del pensamiento abstracto, específicamente la filosofía, ha venido adquiriendo importancia el tema del agotamiento de la subjetividad en la sociedad actual.

Este es precisamente el tópico de reflexión del filósofo alemán de origen coreano, Byung-Chul Han. Las sociedades occidentales en el capitalismo son interpretadas desde su óptica, con el concepto de la *sociedad del rendimiento*.

De esta manera, el rendimiento, la autoexplotación o la sobreabundancia de positividad son los rasgos centrales para comprender la actualidad. En su libro (2) realiza una interpretación crítica de los postulados de algunos autores representativos de las ciencias humanas y sociales, para luego exponer las tesis de lo que él llama la *sociedad del cansancio*, que le da el nombre a su texto, y, al mismo tiempo, a su propuesta frente a las vicisitudes del capitalismo contemporáneo.

Byung Chul Han distingue, en primer término, la superación de una lógica de pensamiento que tiene que ver con el procedimiento *inmunológico*. Este se caracteriza por las acciones de ataque y defensa que buscan repeler lo extraño, aunque este no pretenda ningún acto hostil. Esa lógica pugna por eliminar al extraño a causa de, precisamente, su extraña otredad. La clasificación del adentro y el afuera será la topología en la cual se hace posible localizar lo idéntico y lo extraño, la identidad y la otredad, como parte de una dialéctica de la negatividad en la cual la otredad hace parte de la constitución de lo propio.

Pero para Byung-Chul estamos en presencia del ocaso de esa dialéctica de la otredad. En la sociedad contemporánea se ha instaurado lo idéntico en todo(s), frente a la hibridación o promiscuidad general, donde la negatividad de lo otro extraño es reemplazado por la “sobreabundancia de lo idéntico: el exceso de positividad”. Es decir, ha-

bitamos un “espacio libre de negatividad de lo idéntico, ahí donde no existe ninguna polarización entre amigo y enemigo, entre el adentro y el afuera, o entre lo propio y lo extraño”; una homogeneización permisiva, da lugar a la masificación de la positividad o al fin de la extrañeza negativa de lo otro.

Esta tesis del ocaso del procedimiento inmunológico permite la crítica a la noción de la sociedad viral de Jean Baudrillard, en tanto el virus es un agente inmunológico, que ataca lo otro distinto a él, pero solo ese otro permite la existencia del virus, tal como Baudrillard asume al terrorismo como figura principal de la violencia viral. El *otro inmunológico* debe ser eliminado física o simbólicamente, las prácticas sexistas, racistas, xenóforas, excluyentes o depredatorias operan en esta lógica que quiere negar la negatividad, el agujón de la otredad. Esa es la batalla constante del virus, y la cura del conflicto y la paz. Siempre habrá un otro, chivo expiatorio, al cual dirigir las fuerzas.

Al mismo tiempo de la lógica inmunitaria, el filósofo coreano-alemán señala el proceso de la mutación de la *sociedad disciplinaria*, descrita por Michel Foucault, que se convierte en la *sociedad del rendimiento*.

Ya las instituciones que sirven de modelo de las topologías de la sociedad no son la cárcel, el manicomio, el ejército o la Iglesia, sino los centros comerciales, los gimnasios, las oficinas, los laboratorios genéticos. Paralelamente, la otra transformación es el pasaje de ser “sujetos de obediencia” a convertirnos en “sujetos de rendimiento”, los primeros caracterizados por el no-poder. Mientras que el primer tipo de sujetos se caracterizan por ser disciplinados, docilizados y normalizados al orden social; los del segundo tipo, de la actualidad, están signados por el poder-hacer sin límites, gestores de múltiples emprendimientos personales.

De modo que nos encontramos en plena mutación topológica y subjetiva, afirma Byung-Chul Han: el paso de una sociedad donde los sujetos



estaban inscritos en regímenes de obediencia disciplinar e instituciones y profesionales encargados de administrarla sobre el otro inmunológico u objeto de captura social, a otro tipo de sociedad donde el poder se conjuga en un “plural afirmativo, y dice ‘**Yes, we can**’ [que], expresión que evidencia precisamente su carácter de positividad.

Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan la prohibición, el mandato y la ley. A la sociedad disciplinaria todavía la rige el **no**; mientras que la sociedad del rendimiento tiene como rasgo esencial el éxito personal, el **sí** puedes. Según el filósofo, “El sujeto de rendimiento está libre de un domino externo que lo obligue a trabajar o incluso que lo explote. Es dueño y soberano de sí mismo”. Es decir, no está interpelado por un otro que lo coaccione, se ha separado del procedimiento inmunológico, es libre y puede-poder-hacer. En este punto, el autor se interroga acerca de las consecuencias de dicho ejercicio de la libertad y expone su tesis más radical:

La paradoja de esta mutación histórica consiste en que la supresión de un dominio externo no conduce hacia la libertad; más bien hace que la libertad y la coacción coincidan. Así, el sujeto de rendimiento se abandona a la **libertad obligada** o a la **libre obligación** de maximizar el rendimiento. El exceso de trabajo y rendimiento se agudiza y se convierte en autoexplotación. Esta autorreferencialidad genera una libertad paradójica, que, a causa de las estructuras de obligación inmanentes a ella, se convierte en violencia.

El ideal de la libertad moderna, tamizada por las lógicas del trabajo, el éxito y el rendimiento, se hace profundamente coactivo, porque alcanzar o ejercer la libertad implica unas obligaciones consigo mismo; es decir, no podemos escapar a la tarea de ser incasablemente libres. Pero, ¿acaso en estas sociedades del capital, las mercancías, la eficacia, la eficiencia, el trabajo, el éxito, el glamour y la exaltación individual existe alguna duda de esa libertad? El autor insiste en que, si bien hemos trascendido las instituciones cerradas de la disciplina foucaultiana

del deber y la obediencia, ahora la fuerza descansa en la autoafirmación personal de la libertad que, a la vez, es una obligación mayor; mucho más cuando ella está determinada por “tu” rendimiento y sirve de valía para ser el gran gerente, el deportista de alto rendimiento, la superestrella pública o el trabajador del año. Pero tener y sostener el rendimiento produce autoexplotación y enfermedades.

La sobreabundancia de positividad, paradójicamente, genera cansancio, el cansancio de ser uno mismo, de autoobligarse a rendir igual o cada vez más, de vivir la ilusión de “pensar que cuanto más activo uno se vuelva, más libre se es”.

Esta libertad obligada del mundo contemporáneo, exaltada por muchos discursos de la gestión, la autoayuda y el management, deja ver su lado violento al producir enfermedades como la depresión, el trastorno por déficit de atención o el síndrome del desgaste ocupacional o Burnout, que corren paralelas al rendimiento. Ser exitoso en esta lógica es estar enfermo de trabajar para alcanzar, sostener y expandir dicha condición, a costa de afectar la salud in medir las consecuencias, producto además de las relaciones que se inscriben en la flexibilización laboral. Es decir, además de buscar el éxito “cueste lo que cueste”, el trabajador no tiene las garantías y seguridades que antaño las empresas y los Estados ofrecían como protección social; el nuevo escenario lo deja “desnudo”, desprotegido y como responsable de su propia seguridad y éxito. La noción de *empresario de sí mismo* resume la situación.

Pero, así como las enfermedades emergen, también el *Burnout* o el *karoshi*, y la práctica del dopaje, el uso de drogas o bebidas energizantes, alimenta una sociedad donde el fracaso no parece tener lugar. Alcanzar incesantemente el rendimiento en el trabajo, el deporte, el espectáculo y la esfera pública se logra dopando el cuerpo bajo el principio de explotar su máxima potencia, extender sus capacidades hasta más allá de los límites que la biología corporal lo permite, que se logra

acudiendo a la farmacéutica dedicada al fomento del alto rendimiento, tal como queda demostrado con los escándalos del ciclismo mundial. La autoexplotación, su excedente de producción y la sobreabundancia de positividad engendran una paradoja existencial: las enfermedades y las drogas del éxito, que han terminado naturalizadas o en ocasiones como signo de distinción y orgullo por el cúmulo de trabajo y logros alcanzados, una especie de banalidad heroica del rendimiento. El cansancio solo es un episodio a superar, bien sea por la vía del esfuerzo a superar lo hecho o por la vía del dopaje; ambas situaciones no resuelven el problema, son paliativos que a la postre lo reproducen de manera violenta. La violencia de la abundancia de positividad, de alcanzar el éxito a cualquier precio (53).

Observamos entonces que la violencia se traslada al interior. El sujeto de rendimiento se explota hasta quedar abrasado. Se asiste a la transformación de sujeto a un proyecto en pleno desarrollo. Cada quien es un empresario de sí mismo. El sujeto va entonces del deber al poderlo todo y ello le produce una suerte de bulimia psíquica.

El sujeto del rendimiento, con su violencia autogenerada, se consume en una rueda de hámster en la que da vueltas sobre sí mismo cada vez más rápido. Proliferan la depresión, la fatiga de ser uno mismo. El Burnout es más bien una consecuencia patológica de una explotación voluntaria promovida por las nuevas relaciones de poder en la sociedad contemporánea.

Byung Chul Han sostiene que vivimos en una sociedad del rendimiento que vive con la necesidad permanente del poder. Por ello, se impone el miedo a “no poder” hacer. La existencia se ve saturada por las demandas de la industria, las organizaciones y los medios. No alcanza el tiempo para pensar en los otros. No hay diálogo posible, más bien se vive en medio de un bombardeo permanente de noticias cuyas consecuencias se nos escapan, mientras vemos programas sin contenido importante en los cuales, a veces, sólo se busca despertar reacciones

de temor ante muertos que caminan, extraterrestres siniestros, crímenes y proezas de detectives, además de enfermedades tremendas. Ya no hay reflexión ni inteligencia. Todos estamos aislados aún en medio de un permanente “texteo” superficial. Todos estamos perdidos en nuestras pantallas.

También en las empresas se vive este exceso de positividad. El rendimiento es la principal exigencia. Ya no se ve ni al jefe ni a los compañeros de trabajo. No se construyen relaciones. El tiempo pasa y avanzamos a través de los años sin conocer a nadie.

Al mismo tiempo, se vive como si cada uno fuese dueño de sí mismo, pues cada quien se impone tareas, objetivos, demandas en exceso. Se vive para el trabajo, incluso sin el control de un jefe. Ya no importa ser reconocido. Nos hemos metido el jefe adentro de cada uno de nosotros. Todos van corriendo del trabajo al gimnasio, de este a la empresa, todos los días, igual. No hay conversación. No se habla con nadie realmente. La consecuencia no tarda: depresiones, ansiedad, trastornos de la personalidad, desorientación en cuanto a lo que se quiere y adónde se desea avanzar. El narcisismo se convierte en fuente de dolor.

La competencia es la relación social por excelencia. La colaboración ya no es posible y muere. Hay un temor disperso acerca de lo que se cree saber de sí mismo y de los demás. Es un ambiente lleno de cámaras escondidas, inspección de los emails, verificación de las páginas visitadas. Pareciera que todos supieran de todos a través del Internet pues todo lo “personal” se publica: fotos, mensajes, historias, recuerdos.

Ya no son posibles los secretos. Ha muerto el misterio y con él los intercambios realmente personales. Unos minutos frente a la computadora sustituyen el encuentro con el otro. La relación es una no-relación.

La positividad de la que nos habla Byung Chul Han es en realidad la negación del otro que a su vez nos niega. Todo gira velozmente, hay violencia, consumo, competencia, individualismo, hartazgo, silencio, escaso pensamiento, la atención es sólo fugaz. Además se difumina el desprecio hacia los pobres. Se ve con desprecio a las víctimas de las guerras, a los niños famélicos. Se termina creyendo en una especie de darwinismo social donde se impone el más fuerte.

Este ambiente social nos cansa profundamente. Chul han se refiere entonces a la sociedad de la extenuación o del Burnout, que viene siendo más o menos lo mismo, pero con dimensiones patológicas. De hecho, el Burnout aparece como la consecuencia patológica de una explotación voluntaria (54).

Ya no hay tiempo ni espacio para la frescura. No hay relajación posible, ni trabajo grato, ni comunicación auténtica. Sólo hay una especie de recreamiento mutuo, mientras nos negamos unos a otros. Se muere también la diferencia y todo se iguala. Todo se entiende en función de medida del dinero (55).

Por eso, Chul Han resalta que hemos pasado, de una sociedad que caracterizaba sus enfermedades con las bacterias, a otra donde las dolencias son sobre todo neuronales. La depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno límite de la personalidad o el propio síndrome de Burnout constituyen el panorama de enfermedades propio de la época.

Ya no hay infección, sino infartos ocasionados por un exceso de positividad. Esto no se puede atacar ni tratar con técnicas inmunológicas, concebidas para expulsar o neutralizar lo extraño en su negatividad. De esta manera, la obra de Byung Chul Han se desplaza entre meditaciones filosóficas, históricas y sociológicas, entre las cuales el síndrome de Burnout connota el símbolo por excelencia de la época. Se trata de una dificultad para las organizaciones, pero que ahora es el signo

por antonomasia de los tiempos que vivimos, los mismos de una nueva revolución científico-técnica.

1. Mouzo Quintans J. El “bournout” toma peso en la lista de dolencias de la OMS. [Online].; 2019 [cited 2021 abril 7. Available from: [https://elpais.com/sociedad/2019/05/27/actualidad/1558956228\\_933147.html](https://elpais.com/sociedad/2019/05/27/actualidad/1558956228_933147.html).
2. Han BC. La sociedad del cansancio. primera ed. Herder , editor. Barcelona: Herder; 2012.
3. Gutiérrrez Aceves G, Célis López M, Moreno Jiménez S, Farías Serratis F, Suárez Campos J. El síndrome Burnout. Archivos de Neurociencia. 2006 octubre; 11(4).
4. Freudenberg H. Staff Burnout. Journal of Social Issues. 1974 marzo; 30(1).
5. Médicos y pacientes.com. La OMS reconoce como enfermedad el Burnout o “síndrome de estar quemado”. [Online].; 2021 [cited 2021 abril 7. Available from: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/la-OMS-reconoce-como-enfermedad-el-Burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>.
6. Andrade Salazar J, Sanabria Sanabria Y, Morales Olivera M, Rodríguez Cardoso J, Oyuela Cortés J. Prevalencia del síndrome Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. Psicogente. 2013 septiembre; 16(29).
7. Salgueiro Labrador L, Rodríguez López T, López Salgueiro H, López D. Enfermedad de Tomás en el sector de salud pinareño. Revista de Ciencias Médicas. 2012 Septiembre-octubre; 16(5).
8. Gil Montes P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome Burnout) en profesionales de la enfermería. Revista Interacción Psy. 2003 febrero; 1(1).
9. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista de psicología científica. 2001 abril; 3(5).
10. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Serie Protección de los trabajadores. Primera ed. OMS , editor. París: OMS; 2004.
11. Ministerio del trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 705: Síndrome de quedar quemado por el trabajo (Burnout): consecuencias, evaluación y evolución. Oficial. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de Es-

- paña, Instituto nacional de Sanidad e Higiene del Trabajo; 2006. Report No.: 100000.
12. Gálvez J. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005 abril- junio; 34(1).
  13. Morales S, Hidalgo Murillo L. Síndrome de Burnout. Una revisión bibliográfica. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015 Marzo; 31(1).
  14. Alvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2002 octubre; XI(39).
  15. Forbes Álvarez R. El síndrome Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*. 2011 agosto; 30(22).
  16. Gil Monte P. el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. primera ed. Pirámide E, editor. Madrid: Pirámide; 2006.
  17. Apiquian Guitart A. El síndrome Burnout en las empresas. In Tercer Congreso de escuelas de Psicología de la Universidad Red Anáhuac; 2007; Mérida, Yucatán. p. 24-31.
  18. Ministerio de Asuntos Sociales de España. NTP 704: síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout": definición y proceso de generación. NTP. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales de España, Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006. Report No.: 500.000.
  19. Formica N, Muñoz C, Rojas Y. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería en el servicio de terapia intensiva pediátrica. primera ed. Cuyo Ud, editor. Mendoza, Argentina: Universidad de Cuyo; 2015.
  20. Velásquez Pérez L, González M. Síntomas depresivos y agotamiento en personal trabajador del Instituto Nacional NN. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2010 junio; 12(2).
  21. Garcés de los Fayos E. Burnout en deportistas. un estudio de la influencia de las variables de personalidad, sociodemográficos y deportivas en el síndrome. primera ed. Murcia Ud, editor. Murcia: Universidad de Murcia; 2000.
  22. García Allen J. Síndrome boreout: aburrimiento en el trabajo. [Online].; 2019



- [cited 2021 abril 2. Available from: <https://psicologiaymente.com/organizaciones/boreout-aburrimiento-trabajo>.
23. Barraza Macías A, Carrasco Soto R, Arreola Corral M. Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Innovación. Revista Universidad Pedagógica de Durango*. 2007 octubre; 5(4).
  24. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores de cuidado. Para un futuro con trabajo decente. ejecutivo. Nueva York: Organización Internacional del Trabajo, Trabajo decente; 2020. Report No.: 20000.
  25. Consejo Económico para América Latina, Organización Internacional del Trabajo. Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. primera ed. ONU OC, editor. Santiago: ONU; 2020.
  26. Eiris S. Primeros auxilios emocionales en tiempos de pandemia. Guía Método INTEGRA. primera ed. Ricardo E, editor. Madrid: Sirio; 2020.
  27. Espinoza Pérez M. La comunicación como herramienta del cuidado de enfermería en el alivio del sufrimiento. Primera ed. Madrid UAd, editor. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
  28. Ortega Loubon C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome Burnout en el personal sanitario del Hospital Aquilino Tejeira. *Archivos de Medicina*. 2011 abril; 7(2).
  29. Bunge M. Epistemología. Primera ed. XXI S, editor. México: Siglo XXI; 1980.
  30. Palos S. Pasión de las matemáticas. primera ed. Paidós, editor. Barcelona: Paidós; 2006.
  31. Morin E. El método. El conocimiento del conocimiento III. primera ed. Cátedra, editor. Madrid: Cátedra; 1988.
  32. Luhmann N. Sistemas sociales. primera ed. Anthropos, editor. Barcelona: Anthropos UIA CEJAS; 1984.
  33. Reynoso C. Complejidad y caos. Una exploración antropológica. Primera ed. Aires UdB, editor. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006.
  34. Nicolescu Bea. Carta de la transdisciplinariedad. Tercera ed. Nicolescu B,

- editor. París: Ediciones du Rocher; 1998.
35. Atance Martínez J. aspectos epidemiológicos del síndrome del Burnout en personal sanitario. Revista de Salud Pública. 2001 mayo; 71(3).
  36. Yslado R, Atoche R, Cermeño B, Rodríguez D, Sánchez J. Síndrome Burnout y factores sociodemográficos organizativos en profesionales de la salud. Revista IIPSI. 2013 Enero; 16(1).
  37. Rodríguez C, Santos V, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout syndrom. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN. 2017 octubre; 70(5).
  38. Thomae M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Postgrado de la sexta cátedra de Medicina. 2006 enero; 1(153).
  39. Martínez López C, López Solache G. Características del síndrome Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivos de Medicina familiar. 2005 enero-abril; 17(1).
  40. Carballo Herrera R, Roman Hernández J, Rosado Fernández Y, Rosado Fernández Y. Estrés y síndrome Burnout en estomatólogos. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2014 enero-marzo; 15(1).
  41. Carrillo Esper R, Gómez Hernández K, Monteros Estrada I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Medicina Interna de México. 2012 Noviembre-Diciembre; 28(6).
  42. Carlotto M, Camara Goncalves S. Riscos psissociais associados a síndrome Burnout en professores universitarios. Avances en Psicología Latinoamericana. 2017 junio; 53(3).
  43. Pineda Valladares M, Rivera Rodas M, Ríos Verdugo P. Prevalencia y factores influyentes del síndrome Burnout en los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. primera ed. Cuenca Ud, editor. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
  44. Barbosa Ramírez L, Muñoz Ortega M, Rueda Villamizar P, Suárez Leiton K. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento. Revista Iberoamericana de psicología, ciencias y tecnología. 2010 mayo; 2(1).

45. Carlotto M, Goncalves Camara S. Preditores de síndrome Burnout em professores. *Revista de Psicologia Escolar e educacional*. 2007 abril; 11(1).
46. Marrau C. El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajo docente. *Revista Fundamentos en humanidades*. 2005 junio; 5(11).
47. Jenaro Río C, Flores Robaina N, González Gil F. Síndrome Burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento de residencias de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007 enero; 7(1).
48. Focal Fondo T. Prevalencia del síndrome Burnout en trabajadores sociales del servicio social comunitario. *Portularia*. 2012 Enero; 12(1).
49. Barrera Algarin E, Malagon Bernal J, Sarasola Sánchez Serrano J. El trabajador social, su contexto profesional y el síndrome de Burnout. *Comunitaria. revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. 2015 enero; 10(9).
50. Lázaro Fernández S. El desgaste profesional (síndrome Burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia*. 2004 mayo; 2(4).
51. Filgueira Martins C, Pereira Santos V, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and burnout syndrome. *Revista Brasileira de Enfermeria*. 2017 octubre; 70(5).
52. Henschen K. Cansancio y agotamiento deportivos: diagnóstico, prevención y tratamiento. In Nueva B, editor. *Psicología aplicada al deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1991. p. 472-492.
53. Rubio J. La sociedad del cansancio de Byung Chul Han. *Prospectiva. Revista de trabajo social e intervención social*. 2013 marzo; 1(20).
54. Silva Giraldo E. Sociedad del rendimiento y del cansancio. [Online].; 2020 [cited 2021 abril 7. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/34398093>.
55. Orozco J. De la sociedad del cansancio a la sociedad del aburrimiento: un estudio del pensamiento de Byung Chul Han. *Revista Estudios*. 2015 agosto; XIII(113).