



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Alma Azucena Claudio González, Adamari Zuñiga Villatoro, Meylin del Rocío Velázquez Rodríguez

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Seminario de tesis

Nombre del tema: “Factores y consecuencias del síndrome de Burnout en personal de enfermería”

Nombre del profesor: Nayeli Morales Gómez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 8

CAPITULO I: Marco Metodológico

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Pero el problema va más allá: un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo “a burnout case”.

Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. (Murillo L. F., 2015)

Encuestas realizadas en 2023 revelan la prevalencia del síndrome de burnout, también conocido como síndrome del trabajador “quemado”, estrés laboral o desgaste ocupacional.

Datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) indican que, previo a la pandemia, México ya figuraba como uno de los países con mayor fatiga por

estrés laboral. Al menos el 75% de sus trabajadores padecía esta condición, superando los niveles de China (73%) y Estados Unidos (59%). “Las investigaciones confirman que el personal de salud es uno de los sectores más afectados”. El personal de salud es uno de los sectores más afectados por el síndrome de burnout. (Luviano, UNAM global, 2023)

“En el Hospital Materno Infantil del Municipio de Comitán, se detectó la presencia de síntomas y situaciones que generan estrés al personal de enfermería del turno vespertino, debido a la falta de personal y sobrecarga de trabajo, como resultado traen repercusiones como, la mala atención a usuarios y pasantes, disminución en la calidad de sus intervenciones”.

Con respecto al problema mencionado se pretende disminuir el nivel de estrés en el personal y así mejorar la calidad de atención al usuario, realizando encuestas en todos los servicios para detectar factores, así mismo identificar en que áreas se encuentra un alto nivel de estrés y con ello poder implementar platicas y/o talleres para sobrellevar el estrés en su ámbito laboral.

Objetivos

General:

Identificar los principales factores y consecuencias para la disminución del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Específicos:

- Conocer la distribución del síndrome de burnout en las diferentes áreas hospitalarias.
- Elaborar un conjunto de herramientas para examinar el nivel del síndrome de burnout en el personal.
- Evaluar el desempeño laboral para determinar la calidad de atención al usuario.
- Determinar la situación laboral actual enfermero – paciente.
- Proponer y proporcionar, elementos teóricos y prácticos, además de estrategias que permitan mitigar los factores que producen el síndrome de burnout, con ello favorecer la calidad en el desempeño laboral.

Justificación

Hablar de los factores y al mismo tiempo las consecuencias del síndrome de burnout con relación enfermero-paciente, refiere a una situación que se hace presente de manera más frecuente en los profesionales de la salud. Así mismo favorecer la disminución del SB en el personal de enfermería para mejorar la calidad en las áreas en que prestan sus servicios.

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que no solo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación enfermero-paciente. Por consiguiente, se verán beneficiados los pacientes respecto a la calidad de atención y al personal en su estilo de vida.

Los resultados de esta investigación proporcionaran datos valiosos en primera instancia a los profesionales de enfermería acerca de esta problemática y puedan implementar estrategias para su adecuada solución y/o prevención. Realizando encuestas en todos los servicios para detectar factores, así mismo identificar en que áreas se encuentra un alto nivel de estrés y con ello poder implementar platicas y/o talleres para sobrellevar el estrés en su ámbito laboral.

Diversos autores ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome mayormente en el personal de salud tanto a nivel local como nacional. Así mismo se detectó que las investigaciones únicamente se centran en algunas áreas específicas como urgencias y unidad de cuidados intensivos (UCI). Debido a esto se aportarán datos del SB y de las actividades que realizan en su puesto de trabajo, identificando si tiene tareas más allá de los que le corresponde de las cuales estas ocasionan la presencia de estrés, incluyendo todas las áreas del Hospital Materno-Infantil de Comitán.

Hipótesis

Las pláticas y talleres son de vital importancia puesto que con ello se da a conocer el valor de saber detectar, canalizar y manejar de manera adecuada el estrés en el personal de enfermería, con una adecuada implementación de los talleres se pretende disminuir el riesgo a detonar problemas implícitos en la labor enfermero-paciente, además de lograr reducir el índice de estrés detectados en las diferentes áreas del hospital Materno-Infantil.

Hipótesis: El personal de enfermería que recibe platicas y talleres enfocados en el manejo del estrés, tienen menor probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout.

Unidad de análisis: Personal de enfermería de todos los servicios que laboran en el turno vespertino del Hospital Materno-Infantil del municipio de Comitán de Domínguez.

Variable independiente: Personal de enfermería.

Variable dependiente: Platicas y talleres, menor posibilidad de padecer el SB.

Diseño metodológico

El presente estudio es de tipo mixto, debido a que se basa en la realización de encuestas para la recolección de datos con medición numérica, permitiendo cuantificar la información como la incidencia y el número de enfermeros durante el turno vespertino. De igual manera desarrollar preguntas sobre los factores y consecuencias del tema a abordar con las respuestas expresadas por el personal de enfermería.

Según el alcance de la investigación, exploratorio debido a que la información será recolectada en un campo de estudio específico, descriptivo ya que se buscara describir las características y factores que llevan al síndrome de burnout, correlacional porque se buscara la relación entre las variables que influyen en el desarrollo del SB, de igual manera conocer en qué áreas existe mayor susceptibilidad y por último analítico puesto que se analizaran todos los datos obtenidos durante el estudio.

Este estudio se ha realizado por medio de los diseños de cohorte debido a que se realizara un análisis de todas las áreas por distintos periodos de tiempo, en el cual haremos una comparación que nos permita saber en qué área existe más incidencia y por último diseño observacional participante ya que el investigador se involucrara en el área de trabajo para lograr los objetivos establecidos.

Población y muestra

La investigación se realiza al personal de enfermería en todos los servicios del turno vespertino en el Hospital Materno Infantil de Comitán de Domínguez. Tomando como muestra un aproximado de 60 enfermeros. Donde los criterios de inclusión son:

Personal de enfermería que labora en el Hospital Materno Infantil.

Que estén dispuestos a participar en la investigación.

Personal que se encuentre en la edad de 23 años en adelante.

Personal que tenga 6 meses o más de laborar en dicha institución.

Enfermeros que se encuentren activamente trabajando en el hospital.

Criterios de exclusión:

Personal médico, administrativo, pasantes, estudiantes e intendencia.

Enfermeros que tengan menos de 6 meses laborando en dicha institución.

Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones o permisos.

Selección de la muestra:

El siguiente estudio es de tipo probabilístico, ya que se realizaron encuestas a todos los enfermeros de las distintas áreas para determinar la incidencia de SB y así mismo llevar a cabo medidas de control.

Formato de Observaciones	
Actividades de desempeño	Observaciones
Descripción laboral	
Jornada laboral	
Actividades extras	
Entorno laboral	
Comunicación	
Compañerismo	
Trato al paciente	
Sobre carga de trabajo	

Capítulo II: Antecedentes y evolución del tema

Marco referencial

Unas de las primeras referencias que se encuentran con relación al síndrome de burnout, datan en el año 1969, donde H. B. Bradley describe por primera vez este fenómeno. Este autor estadounidense analiza dicho constructo al observar una serie de reajustes conducto-organizacionales en policías, designando el término como “staff burnout” (Bradley, 1969). Sin embargo, siendo más rigurosos, los primeros datos relativos a este constructo datan de años anteriores. En 1953, dos autores (Schwartz y Will, 1953) analizan el caso de una enfermera que presentaba una actitud de cansancio hacia los pacientes, desmotivación e insatisfacción personal, que orienta por primera vez hacia las tres dimensiones del término. Incluso, en 1961 Greene publica su novela denominada “A burnout case”, narrando en su personaje los síntomas más conocidos de este síndrome (Greene, 1961). Aunque la conceptualización del término como constructo psicológico no se contemplaba como tal por aquel entonces, sí que se puede evidenciar la importancia de este desde hace décadas. (Martos, 2020)

Con respecto al párrafo anteriormente mencionado se deduce que en 1953 se dan los primeros registros, sin embargo, el psiquiatra norteamericano H. Freudenberger será quien, en la década de los setenta, registre de manera oficial el concepto de Burnout. En una institución de salud mental alternativa (“Free Clinic”) se observó cómo, durante un año, los voluntarios que allí trabajaban experimentaban una serie de sentimientos negativos hacia el trabajo. (Carballeira, 2017)

En la siguiente fuente de información este autor, También observó los efectos que alrededor de un año sufrían muchos de los voluntarios de la clínica donde trabajaba: una progresiva pérdida de energía que llevaba al agotamiento, ansiedad inespecífica y, en algunos casos, cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de motivación e interés con que iniciaron su trabajo e incluso con la manifestación de intolerancia, resentimiento, agresividad con los

pacientes, actitud de desilusión, irritabilidad, sentimientos de frustración, enfado y desarrollo de actitudes suspicaces llegando incluso la paranoia. Los sujetos se volvían rígidos, tercos e inflexibles.

Dos años más tarde, en 1976, Hall explica que los sentimientos subjetivos de éxito llevan a que el sujeto se implique más en el trabajo, alcance objetivos más retadores y sienta más autoestima, pero cuando un sujeto no experimenta éxito, tiende a desconectar y huir, el sentimiento de fracaso que se manifiesta se identifica como SDP.

Por otra parte, en 1980, Edelwich y Brodsky, enuncian el SDP (síndrome de burnout), desde la psicología social como una pérdida progresiva de idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo y proponen cuatro fases por las que pasaría una persona en un proceso de desgaste profesional: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En ese mismo año Cherniss formula un modelo en el que se sitúa al estrés como estímulo. Plantea que determinados ambientes de trabajo interaccionan con el individuo, especialmente con aquellos que poseen determinada orientación vocacional, aislamiento social y a nivel individual, una serie de demandas y apoyos extralaborales que juegan un importante papel en la implicación del profesional en el trabajo. Estas fuentes de estrés son antecedentes del SDP e incluyen dudas acerca de la competencia, problemas con los usuarios, falta de estimulación y realización personal. Estos factores con el tiempo dan lugar al SDP, que representa una estrategia de adaptación o afrontamiento a particulares fuentes de estrés.

Cherniss propone el SDP como proceso de tres fases que se inspiran en el modelo transaccional del estrés. Lo caracterizó por respuestas de desánimo, desmotivación y cansancio emocional considerados como consecuencias de un afrontamiento incorrecto al trabajo asistencial y de preocupaciones ligadas a él. Fue el primero que conceptualiza al síndrome como proceso continuo y fluctuante en el tiempo que se manifiesta como respuesta defensiva hacia un estrés crónico

e intenso, afrontamiento que lejos de resolver problemas lleva al trabajador a conductas negativas hacia su trabajo y sus usuarios.

Este autor refiere que la estructura organizacional en la que se prestan los servicios tiene más importancia que la propia personalidad del sujeto, cita como factores cardinales en la génesis del SDP: objetivos laborales, características de la tarea, condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, nivel de demanda laboral, medios, estilos de gestión y dirección, formas de supervisión, planificación de carreras y cultura corporativa. En el caso de los servicios de salud, se deben tener en cuenta, además: apoyo inadecuado por parte del equipo, especialmente del supervisor correspondiente, y falta de preparación adecuada al tipo de trabajo que realmente se va a encontrar.

Moreno (1980), Cherniss y Meier (1983) se refieren en sus trabajos a la asociación del término SDP con problemas existenciales como consecuencia del choque entre valores personales y normas grupales relacionadas con el trabajo (choque con la realidad).

Las doctoras norteamericanas Cristina Maslach y Susana Jackson fueron las que popularizaron el término burnout y lo introdujeron en la psicología científica en 1981. Desde una perspectiva psicosocial plantean la dimensión emocional del SDP. El síndrome es concebido como respuesta inadecuada ante el estrés, cuya expresión fundamental consiste en tres dimensiones características y puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Describen el burnout como cansancio emocional que lleva a pérdida de la motivación que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

Consideran al SDP como un fenómeno derivado del trabajo asistencial porque a los profesionales de estos servicios se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor, desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deseccación" emocional, que deja al profesional vacío y en burnout.

Maslach y Jackson definieron el constructo desde una perspectiva tridimensional caracterizado por:

1. **Cansancio emocional:** Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y sostenido con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Aparece el desgaste, fatiga y manifestaciones físicas y psíquicas en representación del vaciamiento de los recursos emocionales y personales, experimentándose sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente.
2. **Despersonalización:** Desarrollo de actitudes negativas hacia las personas destinatarias. Los sujetos presentan incremento en la irritabilidad, pérdida de la motivación, reacciones de distanciamiento y hostilidad hacia pacientes y compañeros de trabajo. Culpan a los usuarios de los servicios de sus propios males, burocratizan su relación con ellos y presentan sentimiento de inadecuación ante las tareas que deben realizar. En este modelo, se entiende la despersonalización como manifestación específica del estrés en profesiones asistenciales. La despersonalización es una forma de defensa contra el cansancio emocional. El profesional se auxilia de ella para disminuirlo al disminuir su implicación personal, por lo que constituye el elemento clave del SDP. El cansancio emocional y la falta de realización personal pueden hallarse asociados a otro tipo de síndrome.
3. **La falta de realización personal:** Existe un sentimiento de inadecuación e incompetencia personal que se traduce en respuestas negativas de estos profesionales en su autoevaluación para trabajar. Afecta la habilidad en la realización del trabajo, la relación con las personas que atiende, hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se considera relacionado a la falta de adecuación de la realidad con las expectativas del sujeto, hay pérdida de motivación e interés por el propio trabajo y su aislamiento en él.

Maslach y Jackson acerca de la evolución secuencial del SDP, plantean que es un proceso de tres fases: la primera fase es el cansancio emocional, para enfrentarlo el sujeto desarrollará una técnica de afrontamiento que se basaría en la segunda fase que es la despersonalización y el resultado de su generalización sería la experiencia de una tercera fase que resulta en falta de realización personal en el ámbito de su trabajo. Se supone que el SDP existiría al final de este proceso, sin embargo, de alguna manera comienza a manifestarse en su momento inicial de agotamiento emocional. (Cantillo, 2010).

A partir de la aproximación teórica de estas autoras se desplegaron colaboraciones: Golembiewski (1986), Golembiewski y Munzenrider (1988), Leiter (1988), en las que se destaca el carácter episódico de un fenómeno descrito a través de fases, pero discrepan tanto en la relevancia de unos aspectos sobre otros como en la secuencialidad de la experiencia del SDP. A pesar de las importantes contribuciones realizadas en las últimas décadas por los estudiosos del tema con relación al SDP, corresponde a trabajos de Maslach y Jackson tener un papel decisivo en la caracterización y evaluación de este.

Pines y Aronson en 1981 proponen una definición más amplia, no restringida a profesiones de ayuda. Tratan al SDP como el estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. Por otra parte, Pines y Kafry describen el trabajo asistencial como interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y de confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el usuario es visto como fracaso del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema.

Pines y colaboradores, manifiestan que el SDP es un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. El componente de cansancio físico es caracterizado como de mayor susceptibilidad a la enfermedad, dolores de espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales, así como una

combinación de cansancio y trastornos del sueño. Unido a estos problemas físicos están los síntomas propios del cansancio emocional, estos se refieren a sentimientos de depresión que en casos extremos pueden llegar a enfermedad mental y pensamientos de suicidio. Finalmente, el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida en general, se incluye un menosprecio en la autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia.

Meier formula en 1983 un modelo denominado cognitivo-conductual, que se conecta directamente con el modelo de autoeficacia de Bandura. Esta propuesta integracionista permite atender tanto a factores institucionales como a los personales, que hace especial énfasis en los aspectos cognitivos. Sin embargo, este modelo se encuentra desarrollado únicamente a nivel teórico y su escaso apoyo empírico no permite dar una definición operativa satisfactoria del SDP.

Otra proyección teórica es realizada por Harrison en 1983, con el modelo de competencia social, en el que los principales factores asociados al SDP son la competencia y la eficacia percibida. A partir de este planteamiento, el autor asume que el SDP es fundamentalmente una función de la competencia percibida desde una perspectiva sociocognitiva. Comprende que sujetos que trabajan en profesiones de servicios de ayuda tienen un sentimiento elevado de altruismo y que en el entorno laboral encuentran circunstancias a las que califica como factores de ayuda cuando facilitan la actividad, o factores barrera cuando la dificultan.

En 1984 Brill expone una definición más precisa acerca del SDP. Plantea que es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes funcionó bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que, luego, ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por intervención externa de ayuda o por reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas. Plantea que el desarrollo del SDP puede tener lugar

en cualquier trabajo y no sólo cuando media un trato directo con el usuario receptor de los servicios que son prestados.

Golembiesky (1986), califica el SDP como un proceso multifacético y multidimensional y distinguen dos formas: crónico y agudo. Proponen que la despersonalización se daría al principio, de tal forma que se ve a los clientes como "culpables" de sus propios problemas, esto repercute en la calidad del trabajo con ellos, a continuación, vendría un descenso del sentimiento de realización o competencia personal y profesional, por lo que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y, por consiguiente, evita en lo posible las relaciones que pueden ponerlo de manifiesto, produciéndose un aislamiento.

Finalmente entraría en el ciclo que lleva a un profundo cansancio emocional en el que cuanto más se intenta mejorar la situación, más se empeora. La progresión sería: despersonalización- falta de realización personal- cansancio emocional, considerándose esta última dimensión como la más característica del SDP avanzado.

Leiter en 1989 propone una secuencia del SDP que vendría iniciada por cansancio emocional, al cual reaccionarían aislándose mediante despersonalización ejercida hacia los clientes, los trabajadores perderían así su compromiso con el trabajo y aumentaría su agotamiento, propiciaría un decaimiento en su realización personal y se llegaría como resultado al SDP.

Moreno (1991) resalta el papel desempeñado por el factor despersonalización, ya que si bien esta respuesta puede ser una vía de afrontamiento aceptable al producir una distancia interpersonal entre los beneficiarios del propio trabajo, unida a una preocupación distanciada del ejercicio de la profesión, dicha respuesta se comporta de forma negativa cuando asociada al cansancio emocional produce un sentimiento inefectivo de controlar la situación, intrínsecamente reñido con el desempeño profesional de los trabajadores de los servicios humanos. La despersonalización es el elemento clave del SDP que conllevaría a una manifestación específica del estrés en profesiones asistenciales.

Gil-Monte y Peiró (1997), consideran al SDP como respuesta al estrés laboral crónico y experiencia subjetiva que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con un cariz negativo para el sujeto. Esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Desde una perspectiva psicosocial, el SDP se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización).

Ortega y López (2004) asumen que el SDP es un proceso que se desarrolla con una secuencia, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que sugieren, así como en el orden o grado de importancia para explicar el resultado final, como en estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo. (Cantillo, 2010)

Por otro lado, en datos más actuales, con el inicio del siglo XXI, se mantienen las líneas de investigación abiertas en periodos anteriores tal como la continuación de los estudios longitudinales o la conservación del ámbito laboral como actor fundamental en la manifestación del Burnout (Weber y Jaekel- Reinhard, 2000; Muheim, 2013).

Al mismo tiempo, se incorporan nuevos hallazgos que contribuyen a la comprensión del fenómeno. Así, los estudios se centran en ampliar los grupos de riesgo a profesiones poco exploradas como el deporte y, en concreto, el atletismo o ámbitos determinados del contexto sanitario tal como la radiología (Lim y Pinto, 2009; Carlin y Garcés de los Fayos Ruíz, 2010), así como en la determinación de la naturaleza individual, grupal y/u organizacional del fenómeno (Gil-Monte, 2005b). Por otro lado, se incide en la realización de diagnósticos adecuados que permitan discriminar el Burnout de otras patologías, entre las que se encuentran la depresión, la alienación, el tedio, la neurastenia, la ansiedad o la fatiga crónica (Weber y Jaekel-Reinhard, 2000; García García y Herrero Remuzgo, 2010). Por último, los esfuerzos empíricos se completaron con programas de prevención (Gil-Monte, 2005b; García García y Herrero Remuzgo, 2010; Awa et al., 2010) y

estrategias de intervención (Weber y Jaekel-Reinhard, 2000), dirigidos al entorno de trabajo en detrimento de la perspectiva individual. (Carballeira, 2017)

Así mismo desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció al burnout como un problema derivado más de las condiciones del ambiente laboral, que de problemas y situaciones personales.

Sin embargo, fue hasta 2019 cuando este síndrome se agregó a la 11a. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). No se le incluyó como una condición médica, sino como un fenómeno ocupacional, lo cual muestra la importante relación del síndrome con las condiciones de trabajo, principalmente los estresores presentes en el ambiente laboral. Para caracterizar al burnout, la OMS retomó lo escrito por Maslach y Jackson y definió al síndrome, como “el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo, que no se ha manejado con éxito”. (Nava, 2021)

Este autor menciona que hace más de cuatro décadas que aparece por primera vez este término, su importancia radica en dos puntos clave, el primero derivado de las grandes consecuencias que presentan sobre los profesionales; y el segundo, relacionado con las repercusiones que ocasionan en clientes, pacientes e incluso a la propia organización (Cadiz, Juan, Rivero, Herce, & Achucarro, 1997). Por ello, es trascendental el protagonismo que ha tenido a lo largo de estos años, hasta alcanzar en la actualidad de la inclusión y reconocimiento oficial por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) como enfermedad laboral, tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CEI-11).

La importancia de este constructo en el tiempo fue tal, que el número de publicaciones científicas fue incrementado de manera exponencial. Tal es así, que, durante los años 90, su estudio se extendió hacia diversos colectivos profesionales e incluso otros colectivos como estudiantes. En la actualidad realizado una búsqueda del término “burnout” en Scopus, y analizando su recorrido histórico encontramos 31.245 registros vinculados, observándose un

crecimiento exponencial que se ha multiplicado desde el año 2000 hasta la actualidad. (Martos, 2020)

Otra bibliografía menciona que el primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greenes en 1961, en su artículo "a burnout case".

Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo.

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) -que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología-. Maslach en su descripción del síndrome, limitó el SB a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral.

En 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud).

Después el síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud 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.

Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. (Morales, 2015)

Otro autor más actual, Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece. (Perez, 2010)

En datos mas actuales en México se encuentran que encuestas realizadas en 2023 revelan la prevalencia del síndrome de burnout, también conocido como síndrome del trabajador “quemado”, estrés laboral o desgaste ocupacional. Patricia Lozano Luviano, consultora en desarrollo humano, afirma que una parte importante de empleados en el mundo se encuentran más agotados que nunca.

La incertidumbre económica y el temor a recortes de empleo se suman al malestar en el lugar de trabajo. Según Lozano Luviano, más del 40% de quienes desempeñan labores de oficina se sienten exhaustos.

Datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) indican que, previo a la pandemia, México ya figuraba como uno de los países con mayor fatiga por estrés laboral. Al menos el 75% de sus trabajadores padecía esta condición, superando los niveles de China (73%) y Estados Unidos (59%). “Las investigaciones confirman que el personal de salud es uno de los sectores más afectados”, asegura la consultora. (Luviano, UNAM Global Revista , 2023)

De acuerdo con lo anterior otra investigación menciona que al menos el 75% de los trabajadores presenta estrés laboral, de acuerdo con el IMSS.

La OMS refiere que México ocupa el primer lugar en burnout.

México ocupa, desde 2017, el primer lugar en burnout o síndrome de “estar quemado” por desgaste laboral, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y al menos, el 75 % de los trabajadores presentan estrés laboral, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El burnout fue reconocido por la OMS como una enfermedad consecuencia de un estrés laboral crónico y afecta no solo al trabajador sino también a la organización en la que desempeña su actividad, debido a que las consecuencias son físicas, emocionales y conductuales.

Es por eso, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, el 10 de octubre, el Doctor Humberto Bautista Rodríguez, especialista en psico-oncología y Coordinador del Servicio de Psico – Oncología en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS y vocero especializado de PiSA Farmacéutica, explicó que:

“Todas las personas somos propensas a desarrollar enfermedades mentales y burnout; pero mucho dependerá de la “estabilidad” psicosocial en la que tenga la persona. Pero se puede presentar en cualquier ámbito laboral, siendo identificado en mayor medida en todas las profesiones en las que se está en relación directa con el trato al público y clientes”. Y especificó que son las personas que tienen mucha exposición social quienes pueden ser más propensas a enfermedades mentales como el burnout, como las personas que se dedican a la docencia y la atención a víctimas.

Además, el Doctor especificó que, haciendo referencia a los datos del IMSS sobre que al menos el 75% de los trabajadores presenta estrés laboral más los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, el número total de personas con tendencia al burnout es de 44 millones 475 mil personas en México.

Es importante recordar que otras enfermedades que causan mayor incapacidad laboral temporal son la ansiedad, depresión y estrés. Por ese motivo, de 2010 a 2018, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha otorgado 130 mil 225 incapacidades por depresión, compartió el Doctor Humberto Bautista Rodríguez: “Es responsabilidad de las empresas cualquiera que sea su giro el estimular la salud mental de sus trabajadores; principalmente porque sus trabajadores son las personas que le dan vida a su empresa y si un trabajador presenta estrés laboral y/o burnout la misma empresa será la responsable del daño a la

ciudadanía porque fomentará la exacerbación de las enfermedades mentales a nivel Nación". (Farmaceutica, 2022)

CAPITULO III: Marco teórico

Síndrome de burnout

1. Concepto

El SB es un término inglés que se traduce como “quemadura” y cuyo uso en español ha sido “agotamiento mental”, “estrés laboral”, “estrés emocional”, “desgaste profesional”, entre otros.

Freudenberger, describió por primera vez este síndrome, y lo definió como burnout o “quemarse” en referencia a la relación que se establece entre el individuo y su trabajo. Al no cumplirse las expectativas de los profesionales se genera un “quemando” paulatino. Otra definición formulada por Pines, et al definen al SB como un “estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”.

Posteriormente Cristina Maslach, desarrolló este término describiendo respuestas emocionales de aquellos profesionales que trabajaban en sectores de ayuda como en el caso de la salud. (Zepeda, 2007)

El síndrome de Burnout o síndrome del trabajador quemado es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, afectando de manera física, mental y emocionalmente a todas aquellas personas que brindan un servicio directo a la población. (Murillo M. E., 2016)

2. Epidemiología

En México la prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en el Hospital de Gineco-pediatría con Medicina Familiar y en el Hospital General fue del 6.79 % mientras que en el Hospital de las Culturas en Chiapas fue del 72 %.

3. Fisiopatología del síndrome

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

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

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

El síndrome general de adaptación ante el estrés se ha dividido en tres fases:

1. La alerta: Como respuesta al estresor, las glándulas suprarrenales se ven estimuladas por el hipotálamo para que secreten adrenalina. El fin de esto es producir la energía necesaria ante una respuesta inmediata (se aumenta el estado de vigilancia, la frecuencia cardíaca y se produce una vasoconstricción con el objetivo de desplazar los nutrientes a los órganos más esenciales ante la respuesta).

2. La defensa: Solo se activa si la respuesta estresante se prolonga en el tiempo. El cortisol es la hormona que será secretada por las suprarrenales. Este se encarga de mantener los niveles de glucosa en sangre constantes, de manera que no falten nutrientes a órganos esenciales como el cerebro, el corazón y los músculos. De esta forma, la adrenalina aporta inmediatamente la energía que se requiere y el cortisol se asegura de que las reservas no sufran disminución. Si la situación no se resuelve en estas dos fases, se presenta la fase

3. el agotamiento con las subsecuentes alteraciones hormonales crónicas, que se manifiesta con síntomas psicológicos y físicos; el organismo se desborda en su propia respuesta, las hormonas secretadas comienzan a mostrar menos eficacia y tienden a acumularse en el torrente sanguíneo, generando a su vez una secuencia de eventos negativos (Duval, González y Rabia, 2010).

Cada una de estas fases, ante la persistencia del estresor laboral, irá generando una serie de signos y síntomas, tanto somáticos como psicológicos, que será la parte visible de la reacción general de que el organismo está sufriendo. (Lovo, 2020)

4. Fases generales del estrés laboral

Rubio (2011, pp.32-33), plantea 3 fases:

Fase de Alarma: Aparece el estresor, de tipo físico o psicológico, produciéndose una activación general del organismo para que pueda afrontarlo, entre las reacciones se encuentra una disminución de la resistencia y una activación del eje hipofisuprarrenal, con una liberación de adrenalina y noradrenalina. Dando como resultados reacciones físicas más o menos intensas, pero en todo caso en esta fase son todavía remisibles, como un aumento de la frecuencia cardiaca y la movilización de las defensas, entre otras.

Fase de Resistencia: El organismo trata de afrontar los factores estresantes para obtener un equilibrio realizando su mayor esfuerzo. Se segregan corticoides y los niveles se normalizan y desaparece la sintomatología si se supera el estresor.

Fase de Agotamiento: Cuando el factor estresante continúa en el tiempo y los recursos no son suficientes para superarlos, se entra en esta fase, donde el organismo ya no dispone de recursos, entrando en un desequilibrio y la aparición de patologías psicosomáticas.

5. Etapas del Síndrome de Burnout

En relación con las etapas del síndrome del trabajador quemado este se va desarrollando a lo largo del tiempo, de manera gradual hasta que llega a ser crónico. Se pueden diferenciar varias etapas en este proceso, planteadas por Rubio (2011):

Entusiasmo e idealismo: Se asume el nuevo puesto de trabajo con gran energía y unas expectativas sobredimensionadas, la persona se involucra demasiado, se produce un exceso de trabajo, y la jornada laboral se alarga voluntariamente.

Estancamiento: No se cumple lo esperado, la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada, el sobreesfuerzo lleva a estados de ansiedad y fatiga. El trabajador ofrece mucho de sí mismo para tratar de superar la situación de estrés psicosocial, para la que siente que no tiene una respuesta eficaz. Se disminuye la actividad si es posible y se empieza a plantear cambios en la vida profesional.

Frustración: Desmoralización y pérdida de ilusión, acompañada de fatiga, mientras incrementa al esfuerzo invertido esperando todavía una recompensa apropiada que no llega. El individuo siente que los recursos no son suficientes, la demanda emocional es muy alta y no se siente recompensado por la organización ni por los usuarios, o siente que sus esfuerzos no son útiles.

Además, cualquier cosa le irrita, el trabajo pierde valor y empiezan los conflictos laborales y sociales, pueden aparecer problemas de salud, emocionales, fisiológicos y de conducta, se dará una falta de rendimiento y una baja autoestima.

Apatía: Cambia su actitud y su conducta, surge una respuesta defensiva, el distanciamiento de los clientes, el cinismo y la tendencia a evitar las tareas

estresantes. Hay una pérdida de vocación, decepción de los valores y la falta de respeto hacia los superiores.

El trabajador evitará las situaciones laborales, comenzando el absentismo y falta de contacto con los compañeros, se percibe una falta de interés en el trabajo y una incapacidad de relacionarse socialmente en el entorno laboral, comienzan o se agravan tanto los síntomas físicos (fatiga, problemas de sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales) como los psicológicos (irritabilidad, ansiedad, depresión, etc.) y conductuales (actitud defensiva y agresiva.)

Quemado: La persona está continuamente frustrada en su trabajo. Se llega a un colapso, con importantes consecuencias para la salud, hay un vacío total, que se va a manifestar en varios planos.

El cambio emocional y cognitivo es crónico, se puede llegar a una vida profesional de frustración e insatisfacción, o abandonar el empleo, se agravan todos los problemas de salud que hayan aparecido, físicos y psíquicos, pudiendo aparecer en los casos más graves neurosis, psicosis e ideas de suicidio, además de problemas graves e irreversibles de salud.

Se puede apreciar entonces que dicho síndrome se desarrolla a lo largo del tiempo; el trabajador primeramente llega lleno de mucho entusiasmo y energía, pero a medida que transcurre el tiempo se va estancando al verse lleno de trabajo y sobre esfuerzos, hasta llegar al incumplimiento de sus labores provocando un colapso de su salud física y psíquica que le provoca el desgaste profesional. (Murillo M. E., 2016)

6. Síntomas

Al igual que el estrés, el síndrome de burnout se manifiesta de maneras diferentes dependiendo de cada persona y de las condiciones de trabajo. A pesar de que normalmente asociamos los síntomas del burnout con los síntomas del agotamiento emocional, en realidad puede afectar la calidad de vida en varios aspectos, incluida la salud física.

Síntomas de agotamiento mental

- Agotamiento mental.
- Sentir pavor por el trabajo.
- Actuar con cinismo.
- Trabajar con irritabilidad o enojo.
- Desmotivación o desinterés.
- Sentirse incapaz de afrontar nuevos retos.
- Procrastinar sin control.
- Desidia.

Síntomas de agotamiento físico

- Cansancio por estrés, agotamiento físico y pérdida de energía.
- Estrés y ansiedad crónica.
- Malos hábitos de sueño.
- Problemas de salud repentinos y frecuentes, desde dolores de cabeza y resfriados hasta enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad.

Síntomas de agotamiento emocional

- Agotamiento emocional.
- Cinismo e irritabilidad o enfado en el trabajo.
- Sentir súbita e intensamente que te disgusta tu trabajo.
- Sentimientos de desesperanza en el trabajo.
- Sensación de tener que aislarse de los demás.
- Creer que eres incapaz de hacer frente a nuevos desafíos, baja autoestima. (Martins, 2024)

7. Niveles del Síndrome de Burnout

El Síndrome del trabajador quemado afecta de distintas maneras, para los cuales se describen 3 niveles de evolución de esta patología (Anónimo 2006):

Bajo: los afectados presentan síntomas físicos (cefaleas, dolores musculares y lumbalgias) vagos e inespecíficos y se vuelven poco operativos, uno de los

primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse en las mañanas o el cansancio patológico.

Medio: aparece insomnio, déficit de atención y concentración, este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Alto: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y los psicofármacos, aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y en ocasiones puede darse riesgo de suicidio.

El síndrome de Burnout afecta en tres niveles, en cada nivel se manifiesta con síntomas diferentes, este síndrome puede irse desarrollando gradualmente hasta llegar al nivel alto, repercutiendo en la esfera vital de la persona.

8. Variables desencadenantes del Síndrome de Burnout.

El riesgo de exposición al síndrome viene determinado por la calidad de las relaciones interpersonales que se dan en el ámbito laboral. Pero estas relaciones y su calidad se ven influenciadas por muchas variables y por las condiciones de trabajo en que se desarrolla la labor.

Variables personales

Según Rodríguez, Rodríguez, Rodríguez, Riveros y Pinzón (2011) mencionan que los aspectos personales son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes etc. Así mismo se mencionan las siguientes: edad, sexo, estado civil.

Edad: aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor edad o menor edad se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo.

Sexo: esta variable no tiene una influencia clara en el síndrome sin embargo el rol familiar-laboral relevante que desempeña la mujer, la hace más vulnerable al Burnout.

Estado civil: existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con una pareja tienen menores índices de estar quemados.

A su vez, otros autores profundizan acerca de las variables personales:

Atance (1997), menciona que en la variable sexo el grupo más vulnerable sería principalmente: las mujeres, quizá la afectación pueda deberse a razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

Cáceres (2006), con respecto al estado civil, menciona que las personas solteras son más propensas a padecer Burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobre implicación en el trabajo.

En el mismo sentido Atance (1997), con respecto al estado civil refiere que se ha asociado el síndrome más con las personas y los individuos que no tienen pareja estable, los cuales pueden presentar mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

Variables sociales

Rodríguez et.al (2011), expresan que las variables sociales están relacionadas con el contexto laboral y con otros ámbitos como son la familia, amigos, estilos de vida, etc. El apoyo que dan estas personas es fundamental en la vida del sujeto, cuando hay conflictos con alguno de ellos hay mayor predisposición de sufrir Burnout.

En la misma línea Rubio (2011), menciona lo siguiente: “La organización donde realiza su trabajo una persona no es un ente separado de su entorno. Este se desarrolla en un medio social donde las costumbres, economía y cualquier otro fenómeno del entorno influyen de manera directa en el sujeto”.

Variables sociales extra-laborales: Relaciones familiares o amigos. Los estudios del burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permite al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado, según Repeti (1989) el apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede asentar otros estresores; ya que las presencias de esta rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influyen sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

Variables organizacionales

Según Rodríguez et.al (2011), menciona las siguientes variables:

Dinámica del trabajo: referido a las interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de roles a desempeñar. El ambiente físico del trabajo puede ser estresor como, por ejemplo: el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, así mismo los turnos de trabajo, el trabajo nocturno, son variables que inciden en el síndrome especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo.

En este mismo sentido Apiquian (2007), expresa que los turnos laborales y el horario de trabajo; el trabajo por turnos y el nocturno facilitan la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardíacos del ciclo sueño-vigilia y del ritmo de excreción de adrenalina.

Al respecto Ferrero (1974), expone que la turnicidad provoca trastornos del sueño poniendo de manifiesto el deterioro del ritmo biológico que esta provoca y

variables horarias en el puesto de trabajo, manifestándose en patologías funcionales, problemas del ciclo de sueño, ansiedad, estrés y bajo rendimiento

Estos síntomas psicosomáticos se unen a alteraciones neuropsíquicas como: irritabilidad mal humor, pérdida de memoria alteraciones serias en el ritmo vigilia-sueño, generando insatisfacción y consecuentemente deterioro en la calidad de vida del trabajador y calidad del trabajo que realiza (Mingote, 2003).

González, Hernández y Moreno (2002) señalan que la incidencia del trabajo nocturno y del trabajo a turnos, es un importante estresor para gran parte de los trabajadores afectados por el síndrome de Burnout, esto a su vez genera la desincronización de los ritmos biológicos circadianos, la aparición de trastornos del sueño y la presencia de una forma de fatiga persistente difícil de recuperar.

En esta misma línea Albaladejo (2004) aborda una serie de áreas de trabajos en los hospitales donde hay mayor incidencia del síndrome de Burnout como es el caso de los servicios de urgencias y la unidad de cuidados intensivos, las características del trabajo que se desarrollan en estas unidades requieren de experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la toma de decisiones rápidas y adecuadas en beneficio de la salud del paciente.

Todas estas situaciones hacen que la persona le sea casi imposible distraerse y relajarse, provocando el desarrollo del Síndrome de Burnout. (Murillo M. E., 2016)

9. Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout

El origen reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas y/o individuales, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del burnout.

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo , falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos, etc., cuando se produce en trabajos en los que

su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el burnout.

Cualquier profesional con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede desarrollar burnout. Sin embargo, ahí no residen las causas de las nocivas consecuencias para la salud que tiene desarrollar el burnout, sino que, además de factores individuales, son factores organizativos, de las condiciones de trabajo y de exigencias del servicio en las interacciones las que desencadenan e incrementan el daño a la salud si no se protege al individuo, entre otros.

Factores de la organización

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental
- Exceso de burocracia
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre departamentos
- Falta de formación
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Relaciones conflictivas
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH

Factores de las condiciones de trabajo

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para atender al usuario/cliente/alumno
- Disfunción de rol
- Carga emocional excesiva

- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

Factores de las relaciones sociales

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos
- Relaciones conflictivas con clientes
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos con compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias
- Proceso de contagio social del burnout

Factores individuales

- Sensibilidad emocional alta y necesidad de los otros
- Alto grado de idealismo
- Alto grado de empatía
- Baja autoestima
- Dedicación al trabajo
- Elevada autoexigencia
- Reducidas habilidades sociales
- Tendencia a la sobre implicación emocional
- Patrón de conducta de tipo A

Además, entre otros, sobrecarga de trabajo y/o ocupación poco estimulante, poca o nula participación en la toma de decisiones, falta de medios para realizar la tarea, excesiva burocracia, pérdida de identificación con lo que se realiza, percepción de que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente, pero sí se puede producir castigo por hacerlo mal y/o baja

expectativa de qué hacer para que el trabajo sea tenido en cuenta y valorado como merece. (Ergobi Salud y bienestar laboral, 2024)

10. Dimensiones del Síndrome de Burnout.

Rubio (2011) define las dimensiones de la siguiente manera:

Dimensión personal de agotamiento emocional: esta se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales, ansiedad, ánimo depresivo, la persona no puede más a nivel afectivo. Se desborda por las demandas emocionales de los otros y no tiene más recursos que ofrecer, esto es a causa del contacto continuo con las personas a las que hay que atender, en unas ocasiones no apropiadas.

Dimensión social de despersonalización: esta dimensión plantea que el trabajador hace uso de diferentes mecanismos de defensa, como son la racionalización, el distanciamiento con usuarios, compañeros, consigo mismo y su trabajo, además presenta conductas evasivas y poca colaboración. Provocando el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes irritables y conducta de cinismo e indiferencia.

Es decir que hay un endurecimiento afectivo y el usuario siente que se comporta con él de una manera cruel, se habla de una “deshumanización del otro”. Este es el recurso emocional que el individuo desarrolla para afrontar la situación extrema de estrés emocional.

Dimensión laboral de reducida realización personal: aparece la sensación de no hacer correctamente el trabajo, con una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, el síndrome está afectando al nivel cognitivo, a la manera de interpretar la realidad. El trabajador se siente descontento consigo mismo, con baja autoestima y con una sensación de impotencia y fracaso profesional y en las relaciones con los usuarios. Esto empeora más el servicio que se ofrece, lo normal es que aparezca una sensación intensa de culpa, aunque también se puede dar el caso de que justifique su comportamiento durante un tiempo.

De igual manera, Maslach y Jackson (1981) afirman que el síndrome de Burnout se configura como un síndrome tridimensional:

Agotamiento Emocional: Hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales.

La Despersonalización: Supone el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuesta cínicas hacia los receptores del servicio prestado.

Baja realización personal: Es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Se puede afirmar entonces que estos autores señalan que el síndrome de Burnout este compuesto por tres dimensiones referidas a desgaste emocional, sentimientos negativos, insatisfacción laboral, pérdida de motivación, fracaso y una baja autoestima, lo que puede causar un mal servicio a la población que requiere de su atención.

11. Consecuencias del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Rubio (2011) cita a Maslach y Jackson (s.f), quienes explican las consecuencias que va a sufrir el individuo a causa del síndrome de Burnout.

Consecuencias físicas: Hay una afectación de la salud con manifestaciones de trastornos psicósomáticos relacionados con la fatiga crónica y malestar general, puede haber alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso). Entre los síntomas se mencionan: falta de sueño, fatiga crónica, tics nerviosos, temblor de manos, taquicardias, dolores musculares, dolores de cabeza, bajo deseo sexual, problemas gastrointestinales, hipertensión, se puede experimentar astenia y agitación al mismo tiempo.

Consecuencias psicológicas: La salud mental del individuo que padece el síndrome es el ámbito más afectado, por el amplio abanico de consecuencias psíquicas que presentan. Se han encontrado que las personas que padecen el síndrome de Burnout presentan actitudes negativas hacia sí mismo y hacia los demás. (Friedman, 1991) También se han señalado como consecuencias

psicológicas los sentimientos de culpabilidad, la baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y las reacciones de ira. (Pines et al. 1981).

Además, se puede mencionar baja autoestima, desmotivación, sensación de desamparo, comportamientos paranoide y agresividad, desconcentración (Anónimo, 2006).

En la misma línea Schwab (1986), Burke y Richardsen (1991) expresan que está demostrado que los individuos afectados por el síndrome sufren un deterioro significativo de su calidad de vida personal y social.

Para concluir Rubio (2011), menciona otras consecuencias que el síndrome de Burnout genera en el individuo, las cuales son:

Cambios en el carácter y la conducta: Se genera agresividad, nerviosismo, inquietud, falta de concentración, cambios de humor, baja tolerancia a la frustración, sentimientos depresivos.

Consecuencias en las relaciones sociales: Los sentimientos negativos pueden disminuir la calidad de vida del individuo provocando aumento de problemas personales, debido a que sus relaciones cambian, se vuelven más hostiles y con una comunicación deficiente por lo cual su vida personal y social se ve afectada.

Consecuencias laborales: Disminuye la motivación por el trabajo, en un primer momento su rendimiento laboral es óptimo, pero en las fases más avanzadas se disminuye, a causa de los problemas de salud y psicológicos, aumentando el absentismo e incapacidades laborales.

Cambia la autopercepción de la persona (nivel cognitivo): La profesión es parte de la identidad de las personas, es un elemento de reconocimiento y de estatus, al verse dañada su autopercepción, el individuo puede entrar en una crisis personal, ya que es su identidad la que está afectada. Su comportamiento no es el adecuado, por lo que la persona establece justificaciones de esa conducta, para ajustarse a lo socialmente aceptable.

Entre estas justificaciones puede pensar que lo hace por el bien del cliente o de la organización, o que la normativa no es justa y no se puede hacer nada.

Los síntomas afectan todas las áreas de la persona, así mismo sus emociones, afectos, pensamientos, comportamiento y salud o sistema fisiológico.

Estos síntomas terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado, que opta por aislarse y quedarse solo. Desde el punto de vista clínico el síndrome del trabajador quemado es un proceso que se acaba manifestándose como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud.

Con lo antes mencionado se deduce que el síndrome de Burnout produce consecuencia que afecta la esfera vital de quien lo padece, con respecto a la salud produce un sinnúmero de malestares físico como psicológico siendo algunos de ellos la fatiga crónica, cefaleas, taquicardia, dolores musculares, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, insomnio, baja autoestima, desconcentración, comportamientos paranoide y agresividad. Además de afectar la salud física y mental también produce consecuencias a nivel laboral ya que quien padece del síndrome del trabajador quemado presenta pérdida de la calidad del rendimiento, absentismo hasta llegar al abandono laboral. (Murillo M. E., 2016)

12. Diagnostico

En cuanto al diagnóstico del síndrome, existe una serie de instrumentos desarrollados en estos últimos años. Sin embargo, el que continúa siendo más utilizado es el Maslach Burnout Inventory, que en su forma original consta de 22 ítems, divididos en tres escalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal [8 ítems] (Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros, 2012). El cuál es el siguiente:

“Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional

en su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= nunca

1= pocas veces al año o menos.

2= una vez al mes o menos.

3= unas pocas veces al mes.

4= una vez a la semana.

5= pocas veces a la semana.

6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	

15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

EVALUACIÓN:

El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte:

CE bajo, ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27

DP bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 ,

RP, baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 .

Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación.

La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en CE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.”

(Elsevier, 2024)

Otras pruebas disponibles son los siguientes: Cuestionario Breve de Burnout, el cual es:

“Cuestionario Breve De Burnout (CBB)”

A. Puesto de trabajo:

B. Años en el puesto:

C. Sexo:

D. Edad:

E. Estado civil

Soltero/a. casado/a. separado/a. otros.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

2. Me siento identificado con mi trabajo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.

5. En la mayoría de las ocasiones.
4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo:
 1. En ninguna ocasión.
 2. Raramente.
 3. Algunas veces.
 4. Frecuentemente.
 5. En la mayoría de las ocasiones.
5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales:
 1. Totalmente en desacuerdo.
 2. En desacuerdo.
 3. Indeciso.
 4. De acuerdo.
 5. Totalmente de acuerdo.
6. Mi trabajo actual carece de interés:
 1. Totalmente en desacuerdo.
 2. En desacuerdo.
 3. Indeciso.
 4. De acuerdo.
 5. Totalmente de acuerdo
7. Cuando estoy en mi trabajo, me siento de mal humor:
 1. En ninguna ocasión.
 2. Raramente.
 3. Algunas veces.
 4. Frecuentemente.
 5. En la mayoría de las ocasiones.
8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo:
 1. En ninguna ocasión.

2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí:

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. Siempre.

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien sus resultados y su alcance:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.

3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

13. ¿Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)?

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

14. Mi trabajo es repetitivo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. . Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

15. Estoy quemado en mi trabajo:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo:

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. Siempre.

19. El trabajo que hago dista de ser el que yo habría querido:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.

4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de las ocasiones.

El Cuestionario CBB consta de 21 ítems sobre los antecedentes del Síndrome, los elementos del burnout y las consecuencias del burnout.

Criterios de evaluación

Factores de Burnout	<u>2</u> , 10, <u>16</u> , 6, 14, 20, <u>4</u> , <u>8</u> , <u>9</u>
Síndrome de Burnout	1, 7, 15, 3, 11, 18, 5, 12, 19
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21

Los ítems subrayados deben ser invertidos, recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes.

El CBB no está elaborado para evaluar específicamente las subescalas que componen los antecedentes, el burnout y sus consecuencias, sino las escalas globales.

	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9-19	>19-29	>29
Síndrome de Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del Burnout	3-6	>6-8	>8

A efectos de diagnóstico de Síndrome de Burnout, se considera el punto de corte 25 puntos. Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el Síndrome de Burnout.

A efectos de consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso, el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico.”

El Burnout Measure, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el Inventario de Burnout de Psicólogos, Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería, Holland burnout Assessment Survey, Teacher Burnout Questionnaire y Staff Burnout Scale for Health Professionals (Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007).

13. Prevencion

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

López-Elizalde (2004), formuló los siguientes puntos clave para la prevención de burnout en personal de salud:

1. Desarrollar un proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar la agenda laboral.
6. Tiempo adecuado para cada paciente.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continua dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos
10. Diálogo efectivo con las autoridades.

14. Tratamiento

El síndrome de burnout es un problema complejo y difícil de abordar. Algunas intervenciones han sido individualizadas, centrándose en la persona con medidas de afrontamiento, de gestión de tiempo y modificación de los estilos de vida (Olmedo y Santed, 1999). Esta visión, ha centrado su enfoque en el individuo, sosteniendo que la persona sufre el síndrome por aspectos de su propia personalidad, carácter o conducta. Esta ha inducido a que las estrategias utilizadas en este modelo se focalicen en cambios individuales.

Este modelo ha sido el predominante en el manejo del síndrome, donde ha prevalecido la promoción de estrategias de afrontamiento ante las crisis. Otros autores, sin embargo, han desarrollado un enfoque social en el que consideran que la causa del burnout reside en la interacción entre las personas y con los sistemas laborales existentes (Leiter y Maslach, 2000), lo que, para su prevención, conllevaría cambios en la organización del trabajo y en la relación entre las personas, es decir, debería ser más estructural, que solo funcional.

Reconocer y eliminar los estresores, mejorar la calidad de vida y el funcionamiento organizacional, junto con promover estrategias de afrontamientos, han sido actividades efectivas. Se debe fortalecer las habilidades y el apoyo sociales que los trabajadores reciben (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003). Las intervenciones individuales son las más implementadas, porque en la práctica su aplicación es sencilla.

La parte más difícil del conglomerado de acciones requeridas recae en el clima organizacional, así como en la estructura misma de los lugares de trabajo, cuyos modelos por lo general son rígidos y muy difícilmente se abren al cambio, aunque sea necesario. En este sentido, se sugieren intervenciones organizacionales, tales como estructuras más horizontales, jerarquía descentralizada y con mayor grado de independencia, promociones internas justas, flexibilidad horaria, apoyo a la formación y fortalecimiento de las relaciones interpersonales (Castro, 2005).

Moss (1989) recomendaba algunas intervenciones personales: explorar oportunidades para aprender y crecer en el trabajo, establecer objetivos personales y metas profesionales alcanzables, practicar una gestión eficaz del tiempo de trabajo, dividir el tiempo personal y laboral en espacios manejables y hacer un inventario personal de todos los recursos positivos con los que se cuenta para la realización del trabajo.

Paine (1982) sugirió un modelo de manejo del burnout basado en los pasos siguientes:

1. Identificar la presencia del síndrome.
2. Su prevención mediante estrategias de afrontamiento y facilitar toda la información del problema a los trabajadores.
3. Realizar actividades de mediación para reducir la evolución del síndrome o invertir el avance negativo que haya presentado.
4. Aplicar un tratamiento a los trabajadores que han sido diagnosticados con el síndrome.

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. (Lovo, 2020)

Aportaciones personales

Así mismo el enfoque clínico defiende que el burnout aparece mas frecuentemente en los profesionales mas comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante presión y demandas de alta exigencia, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales y clientes excesivamente necesitados, que lleva al profesional a realizar un sobre esfuerzo.

Se ha determinado que los principales factores desencadenantes son sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales, carga emocional excesiva, no tener organización, disfunción de rol, falta de apoyo social, insatisfacción en el trabajo y estresores en el mismo.

Con lo antes mencionado se consideran algunos aspectos metodológicos que permitan tener un panorama más claro sobre el tema, ya que el síndrome de burnout resulta ser en la actualidad un tema de relevancia para su prevención debido a que afecta no solo a las personas sino también a las organizaciones laborales y al personal de salud.

Es por ello que se considera que las organizaciones tendrían que dar más importancia a la salud de su trabajadores en un organización para poder ver los problemas que se encuentran dentro que impiden que los profesionales puedan realizar su trabajo de forma correcta y con una buena salud, esto se puede llevar a cabo mediante las herramientas anteriormente mencionadas (Maslach Burnout Inventory) para poder prevenir y cuidar la salud de los trabajadores y hacer así que el ámbito de trabajo sea mas saludable y tenga, en consecuencia mejores resultados y mejor rendimiento.

Marco conceptual

1. **Absentismo laboral:** El absentismo laboral es el incumplimiento de la jornada laboral estipulada en el contrato del trabajador. Esta definición se refiere a las ausencias voluntarias, sean o no justificadas. Las vacaciones no se contemplan como ausencias. (Personio, 2024)
2. **Agotamiento:** es una sensación extrema de cansancio o falta de energía, a menudo descrita como estar exhausto. Las personas presentan este padecimiento incluso cuando parecen estar durmiendo lo suficiente. (Society, 2020)
3. **Ansiedad:** La ansiedad es una respuesta normal a una amenaza o una situación de estrés psicológico. Está relacionada con la sensación de miedo y cumple una importante función en la supervivencia. Cuando alguien tiene que afrontar una situación peligrosa, la ansiedad desencadena una respuesta de lucha o huida. Esta respuesta proporciona al cuerpo, a través de distintos cambios fisiológicos como el incremento del flujo sanguíneo en los músculos y en el corazón, la energía y la fuerza necesarias para afrontar situaciones amenazantes para la vida, como huir de un animal agresivo o enfrentarse a un atracador. (Banrhill, 2023)
4. **Cefalea:** son caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes, son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común. (Salud, 2024)
5. **Cinismo:** El cinismo es ante todo un modo de hacer frente a la vida, una sabiduría práctica basada en una forma de pensar crítica, subversiva y totalmente revulsiva, frente a los sistemas sociales vigentes y las convenciones que vayan en contra de una cierta idea de la vida en libertad y en naturaleza. (Arguello, 2024)

6. **Desgaste profesional:** es considerado una respuesta al estrés laboral que surge cuando fallan las estrategias que todos ponemos en juego frente a factores estresantes en nuestro trabajo que son mantenidos en el tiempo. (Fernandez, 2018)
7. **Desmoralización:** es una situación psicoemocional que se caracteriza por la desesperanza, el desamparo, la pérdida de sentido y el distrés existencial. (Ramo, 2017)
8. **Despersonalización:** es una experiencia subjetiva que se caracteriza por una alteración en la forma habitual que la persona tiene de percibirse a sí misma y a su cuerpo. Es la sensación, generalmente temporal, de “perderse a uno mismo”, notarse “distinto”, “raro” o “como en un sueño”. (Perez G. L., Psicodex, 2024)
9. **Eje hipofisoadrenal:** está compuesto por el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales. Ante agresiones físicas o psíquicas, el hipotálamo segrega la hormona CRF (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la hipófisis y origina la secreción de la hormona adenocorticotropa (ACTH). (Eusebio, 2008)
10. **Emocional:** manera en que una persona es interiormente, es decir: cómo reacciona, cómo manifiesta sus sentimientos o sus emociones. (Brizuela, 2020)
11. **Enfermedad:** Alteración que afecta la estructura o el funcionamiento de una parte o la totalidad del cuerpo y que suele estar relacionada con signos y síntomas específicos. También se llama afección, dolencia, padecimiento y proceso patológico. (Jaen, 2016)
12. **Enfermería:** es la profesión que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. (Salud O. P., 2024)
13. **Estrés:** el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. (Torrades, 2007)

14. **Estresor:** cualquier cosa que nos aleje a nuestro cuerpo del estado de balance homeostático y la respuesta al estrés es el intento de nuestro cuerpo por restablecerlo. (Daneri, 2012)
15. **Eustrés:** cuando nos referimos al “estrés positivo”. Esto es que, ante una situación estresante y que supone un reto, el sujeto es capaz de afrontarla con una respuesta adaptativa, en la que el propio cuerpo se adapta y experimenta emociones agradables ante dicha situación. (Luque, Metacontratas , 2023)
16. **Fisiopatología:** es una disciplina médica que combina la fisiología, la patología y la bioquímica. Su objetivo principal es estudiar las alteraciones de las distintas funciones del cuerpo humano para comprender el porqué de la aparición de diversas enfermedades. (Vitoria, 2024)
17. **Frustración:** respuesta emocional común que experimentamos cuando tenemos un deseo, una necesidad, un impulso y no logramos satisfacerlo; entonces sentimos ira, molestia y decepción, un estado de vacío no saciado, donde cuanto mayor sea la barrera a nuestro deseo, mayor será la frustración resultante. (UNAM, 2022)
18. **Idealismo:** es una teoría filosófica que defiende que las ideas existen más allá de quien las piense. Además, sostiene que es la mejor forma de adquirir conocimiento. Llamamos idealismo a toda doctrina filosófica que afirme que las ideas son el punto de partida de todo conocimiento posible sobre el mundo. (Espinola, 2024)
19. **Lumbalgias:** es la presencia de dolor en la región lumbar, es decir, en la espalda y cintura, que con frecuencia se recorre a los glúteos y muslos; generalmente se presenta después de realizar un gran esfuerzo con una postura inadecuada. (IMSS, 2014)
20. **Neurosis:** hace referencia a un patrón de conducta repetitivo que suele producir relaciones inadaptadas con el otro, con su entorno y consigo mismo. Una cierta desesperación por no querer ser uno mismo, (y tener que serlo), o una cierta desesperación por querer ser uno mismo, (y no poder serlo). (Montraveta, 2017)

21. **Patologías psicosomáticas:** se refiere a la sintomatología física directamente relacionada con motivos psicológicos. Es decir, que nuestro cuerpo se resiente por la influencia psicológica que acaba por agravar los propios síntomas físicos. Los síntomas físicos escapan para ocultar la angustia emocional. (Psicología, 2024)
22. **Prevalencia:** mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, por lo tanto, no hay tiempo de seguimiento. (Gutierrez, 2017)
23. **Procrastinar:** nos referimos a la postergación o el diferimiento de un asunto importante, sustituyéndolo en cambio por otros de menor relevancia, más fáciles de enfrentar o más agradables. No se trata de una forma de pereza u holgazanería, sino de una dificultad para enfrentar los requisitos emocionales que la tarea compleja demanda. (Etecé, 2021)
24. **Psicosis:** se refiere a un conjunto de síntomas que afectan la mente y que hacen que se pierda cierto contacto con la realidad. Durante un episodio de psicosis, se alteran los pensamientos y las percepciones, y la persona puede tener dificultad para reconocer lo que es y lo que no es real. (Mental, 2023)
25. **Ritmos biológicos circadianos:** Ciclo natural de cambios físicos, mentales y de comportamiento que experimenta el cuerpo en un ciclo de 24 horas. (Cáncer, 2024)
26. **Síndrome:** es conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una enfermedad o a una condición que se manifiesta en un sujeto y que puede tener o no causas conocidas. (Salud O. P., 2019)
27. **Sistema límbico:** es un conjunto de estructuras cerebrales que responden a ciertos estímulos ambientales produciendo respuestas emocionales; como: miedo, alegría, enojo o tristeza. (Campellone, 2023)
28. **Turnicidad:** Factor de tipo psicosocial que puede generar alteraciones físicas, psíquicas y/o sociales en la salud del trabajador por la obligación de desarrollar su labor en turnos de trabajo establecidos por la empresa. (Construcción, 2024)

29. **Vasoconstricción:** Es el estrechamiento (constricción) de vasos sanguíneos por parte de pequeños músculos en sus paredes. Cuando los vasos sanguíneos se constriñen, la circulación de sangre se torna lenta o se bloquea. La vasoconstricción puede ser leve o grave y puede deberse a enfermedad, medicamentos, o trastornos psicológicos. (MedlinePlus, 2023)

30. **Vocación:** es la inclinación que una persona siente para dedicarse a un modo de vida, y puede estar relacionada tanto con lo profesional (trabajo, carrera) como con lo espiritual. (Sosteniblepedia, 2022)