EL SÍNDROME DE BURNOUT: UNA APROXIMACIÓN HACIA SU CONCEPTUALIZACIÓN, ANTECEDENTES, MODELOS EXPLICATIVOS Y DE MEDICIÓN

Tirso Javier Hernández Gracia, Omar Ernesto Terán Varela, Dolores Margarita Navarrete Zorrilla, Andrea León Olvera

Resumen

El síndrome de Burnout es un cuadro sintomático que sufren los trabajadores de diversas organizaciones, siendo las más comunes: escuelas, universidades, hospitales, centros de salud y corporaciones policíacas. Los trabajadores que sufren este tipo de padecimiento pueden provocar un contagio en el corto plazo entre sus compañeros y provocar el desánimo generalizado. El Burnout es considerado una consecuencia negativa de los estresores crónicos, el cual es visto desde una perspectiva psicosocial por Maslash y Jackson (1986) como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas e identifican tres dimensiones características: el agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo logro o realización profesional o personal. Con el presente artículo se pretende aproximar a los lectores hacia una conceptualización de este síndrome laboral en las organizaciones, así como dar a conocer algunos antecedentes importantes y modelos científicos para su medición.

Abstract

The syndrome of Burnout is a symptomatic picture that the workers of diverse organizations suffer, being these: schools, universities, hospitals, health centers and police corporations, the most common. The workers that suffer from this type of suffering can cause a contagion in short term with their partners and cause a general discouragement. The Burnout is considered a negative consequence of the chronic stressors, which is seen from a perspective psicosocial, by Maslash and Jackson (1986), as a

three-dimensional syndrome that develops in those professionals whose object of work are people and they identify three characteristic dimensions: the emotional exhaustion, the depersonalization and the low achievement or professional and/or personal execution. The present article intends to approach the readers toward a conceptualization of this labor syndrome in the organizations, as well as to bring to light some important antecedents and scientific models for its measurement.

Introducción

El síndrome de Burnout no es muy conocido, quizás a eso se deba que no exista una definición totalmente consensuada por los estudiosos del tema.[1] Starrin, Larsson y Styborn (1996) indican que todos saben lo que es, aunque muchos pueden ignorar su definición. La mayoría de las personas que lo padecen se sienten insatisfechas y no lo ven como una enfermedad que afecta su desempeño, de hecho no saben ni cómo interpretar ese malestar.

El trabajo no sólo proporciona seguridad económica, sino que puede producir placer y satisfacción, además de ofrecer beneficios importantes para la salud.

No obstante, también constituye una importante fuente de estrés laboral y de riesgo de padecer problemas psicológicos, médicos y psicosomáticos. El estrés crónico laboral se asocia con la sobrecarga de trabajo, la baja utilización de habilidades y otros factores ocupacionales que implican presión laboral, conflicto y ambigüedad en las funciones. Es precisamente el campo de la psicología el que reconoce el síndrome de Burnout como una fatiga laboral o un desgaste profesional que se caracteriza por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como en el familiar, así como enojo, agresividad y desmoralización, causados por problemas del trabajo o del hogar (Vinaccia y Alvaran, 2004).

En las organizaciones públicas es donde se presenta con mayor frecuencia este tipo de padecimientos, sobre todo en aquellas donde el trabajador tiene contacto permanente con usuarios a los que les otorga un tipo de servicio. Tal es el caso de los profesores que laboran en escuelas y universidades, médicos y enfermeras que prestan sus servicios en clínicas y hospitales, policías que trabajan en organismos de seguridad pública, entre otros.

Las pioneras del estudio del Burnout fueron Cristina Maslash y Susana Jackson, en los años ochenta, centrando su foco de atención en profesionales y

[1] Para mayor detalle consultar Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz (2003), tesis sobre el Burnout inédita, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España.

para profesionales de agencias de servicio público. En este tipo de organizaciones el típico profesional define sus creencias, expectativas u opiniones de tal manera que puedan adherirse a las de sus empresas. No obstante, el cumplimiento de sus metas dependerá en gran medida de sus superiores, de tal suerte que de existir diferencias o falta de congruencia entre los objetivos de ambos tipos de profesionales, puede desencadenarse una desilusión por parte del trabajador y generar con el tiempo Burnout (Denoten, 2005).

Uno de los modelos más utilizados para medirlo es precisamente el MBI (Maslash Inventory Burnout) desarrollado por Maslash y Jackson (1986), y aunque actualmente existen más modelos propuestos por otros autores, el más popular es éste, ya que ha sido utilizado en muchas investigaciones, sirviendo como base para desarrollar otros modelos y realizar adaptaciones.

Conceptualización

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como "estar quemado". El primero en describir este síndrome fue Freudenberger en 1974, al establecerlo como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.[2]

El Burnout se define como síndrome por distrés interpersonal crónico en el ejercicio laboral. Está caracterizado por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculado a situaciones crónicas de demandas tanto vívidas como excesivas en el ámbito laboral (Kahill, 1988).

El Burnout es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo (Cherniss, 1980). Es precisamente este autor quien lo describe en tres etapas: *1)* desequilibrio entre los recursos y las demandas; *2)* desarrollo de la tensión, de la fatiga, y del agotamiento emocional; y *3)* cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros.

No obstante, la definición más popular la proporcionan Maslash y Jackson (1981): "es el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas".

Como puede observarse, en la definición de dichas autoras se manejan tres componentes que integran el Burnout. El primer componente es el agotamiento emocional, el cual describe los estados afectivos y las sensaciones del individuo, caracterizado por una carencia

[2] Para mayor detalle véase T. Faura, 1990, Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo, *Rol de enfermería*, vol. 10, pp. 53-56.

de energía y de recursos emocionales. El segundo factor es la despersonalización, caracterizada por actitudes y sensaciones negativas respecto de los demás. El último componente es la baja realización personal, donde los empleados con este padecimiento experimentan un gran descontento e insatisfacción hacia sus labores, acompañado de una mala opinión de su progreso laboral (Wrigth, 1997). Esta descripción de los componentes nos permite tener una idea más amplia sobre lo que es el Burnout y qué consecuencias puede traer en las organizaciones.

Existe una clara relación entre el estrés y el Burnout, esto es, en muchos casos las personas afectadas por este síndrome vienen precedidas de síntomas de estrés, aunque también es válido decir que no siempre ocurre esto. El estrés es un proceso psicofisiológico que se desencadena por una situación determinada que provoca un desequilibrio significativo entre la demanda que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de que dispone.[3]

Selye (1956) planteó dos formas de estrés, la primera, generadora de una activación positiva capaz de develar el mejor potencial de cada persona, a la que llama *eutrés*; y la segunda de signo contrario llamada *distrés*, resultado de sentirse sobrepasado por las demandas y que se traduce en sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos que generan malvivir. Es por esto que tal estrés crónico negativo se considera la principal puerta de entrada hacia la situación de Burnout.

Brodsky (1980) establece cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso a este síndrome:

1. Entusiasmo, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo del síndrome.
4. Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Diversos autores que han estudiado el síndrome de Burnout coinciden en que los profesionistas que tienen demasiado contacto con personas, como los médicos y enfermeras de los hospitales, son los más propensos a contraer el síndrome de Burnout, ya que les va originando una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, en relaciones interpersonales, existenciales y un bajo rendimiento laboral. Muchas pueden ser las causas, mismas que se clasifican en el cuadro 1.

[3] Para mayor detalle véase Jordi Longás Mayayo y Victoria Fernández Puig, *Enseñar o el riesgo de quemarse. Aproximación al concepto de* Burnout *en la docencia y propuestas para su prevención*. Grupo de investigación sobre el Burnout de la F.P.C.E.E., Blanquerna – URL., pp. 5-8.

Cuadro 1
Características y actitudes

CARACTERÍSTICAS BIOGRÁFICAS
• Edad • Género • Experiencia laboral • Estado civil
CARACTERÍSTICAS PERSONALES
• Resistencia • Orientación del control • Autoestima • Neurosis • Extroversión
ACTITUDES RELACIONADAS AL TRABAJO
• Altas expectativas
CARACTERÍSTICAS LABORALES
• Carga de trabajo • Presión del tiempo • Conflictos y ambigüedad • Contacto directo con el cliente • Apoyo social de compañeros y superiores • Participación el la toma de decisiones • Autonomía

Fuente: Waldemar Karwowski, 2001, *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, p. 384

Como complemento a las características y actitudes descritas en el cuadro anterior, se presentan una serie de barreras, soluciones y causas que se expresan durante el desarrollo del proceso del síndrome, como las que se señalan en el cuadro 2.

Cuadro 2
Barreras, soluciones y causas

BARRERAS CARACTERÍSTICAS
• Falta de energía por parte de los profesionales • Falta de interés en los clientes • Los clientes se muestran frustrados, desesperados e intratables • Ausentismo • Desmoralización
SOLUCIONES AL SÍNDROME
• Dar la oportunidad del control • Dar oportunidad de que desarrollen sus habilidades • Variedad en el trabajo • Recompensas financieras • Seguridad física • Dar oportunidad de contactos interpersonales • Brindar una posición social valorada
CAUSAS DEL SÍNDROME
• Demasiadas reglas, falta de autoridad y responsabilidad autónoma • Los grupos de trabajo son demasiados grandes o carecen de cohesión • Exceso de clientes, sintiéndose abrumados • Pocos estímulos • Demasiadas actividades rutinarias

Fuente: World Health Organization Staff (CB); 2005. *Human Resources and Training in Mental Health: Mental Health Policy and Services Guidance Package*.

Antecedentes

El origen del término Burnout se debe a la novela de Graham Greene, A *Burn Out Case*, publicada en 1961, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana. Esta palabra se comenzó a utilizar en la literatura especializada sobre estrés laboral a partir de los años setenta. A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de ocupaciones o empleos relacionados con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda, tales como médicos, enfermeras, profesores, abogados y policías, siendo el resultado de este trabajo un agotamiento de energía que los hace sentirse abrumados por los problemas de otros, que ha sido descrito como síndrome de Burnout (Mc Cornell, 1982).

Este síndrome ha sido estudiado desde hace más de 30 años por diversos autores, entre los que a menudo se encuentran diferencias derivadas de la dificultad de definir un proceso complejo como el Burnout.

El psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger, que trabajaba en la Clínica Libre de Nueva York, es quien en 1974 describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito sanitario. Freudenberger observó en ese momento que los voluntarios tras su primer año de actividades sufrían en su gran mayoría una pérdida de energía, una desmotivación, así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento (Silva, 2001).

En 1976, la psicóloga social e investigadora Christina Maslash utilizó el mismo término para referirse al "proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros del trabajo". En 1981 aparece, como culminación de años de trabajo, el Maslash Burnout Inventory (MBI). En 1986, Maslash lo definió de manera más contundente, de hecho su definición es considerada la más efectiva y precisa de todo lo que se ha establecido acerca de este término, siendo a partir de sus estudios cuando realmente adquiere una verdadera importancia el estudio de este síndrome.

El término Burnout se hizo popular y apareció repetidamente en publicaciones profesionales, en donde se destacaba la importancia de la personalidad (perfeccionismo, idealismo y excesiva implicación con el trabajo). Paralelamente se popularizaron talleres y seminarios de prevención de dicho síndrome.

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout o "síndrome de desgaste profesional" o "síndrome de estar quemado por el trabajo", viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente

hincapié que las organizaciones han hecho sobre preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

Actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización.

Modelos explicativos

Los principales modelos explicativos del Burnout han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome, permitiendo estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborando distintas hipótesis. Desde esta perspectiva se han desarrollado diferentes modelos para su interpretación.

1) Modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo. Según esta teoría existe una serie de procesos de asociación mediante los que las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas. Se han considerado los siguientes modelos: *a)* el modelo de Harrison; *b)* el modelo de Charniss, y *c)* el modelo de Thompson, Page y Cooper.

2) Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más que lo que reciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo. Los modelos elaborados desde este enfoque son: *a)* el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli y, *b)* el de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.

3) Modelos diseñados desde la teoría organizacional. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Ponen énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización (estructura organizacional, clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc.) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Aquí encontramos los siguientes modelos: *a)* modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter, *b)* modelo de Cox, Kuk y Leiter, y *c)* modelo de Winnubst.

Modelos de medición

Un requisito indispensable de cualquier investigación es contar con un instrumento de medida que determine de manera objetiva lo expuesto en dicha investigación. El síndrome de Burnout no queda exento de dicho requisito, incluso dada su dificultad de comprensión muestra la necesidad de un instrumento de medición válido y fiable que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e idealmente en diferentes países, siendo así varios los instrumentos creados para la evaluación del síndrome.

En el cuadro 3 se muestra un listado de instrumentos de medida del síndrome de Burnout que han sido estudiados a lo largo del tiempo.

Muchos de estos instrumentos de medición no tuvieron un desarrollo y sólo quedaron como un intento más por medir el síndrome de Burnout, sin generar una investigación posterior, por lo que se ha convertido en una prioridad la mejora o creación de instrumentos que permitan comprobar los planteamientos relacionados con dicho síndrome.

Cuadro 3
Listado de instrumentos de medida del síndrome de Burnout

Instrumento de medida	Autores
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emener – Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslash Burnout Inventory	Maslash y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depleiton Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Emplyees	Mattews (1990)
Efectos Psiquícos del Burnout	Carcía Izquierdo (1990)
Escala de Variable Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario del Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

Fuente: Garcés de los Fayos, López Soler y García Montalvo, 1999.

El MBI es considerado actualmente el mejor instrumento de medición del Burnout, siendo el más utilizado para las investigaciones relacionadas con el síndrome.

El síndrome de Burnout se presenta principalmente en individuos cuya labor radica en el trato con personas, en cuyo caso las razones principales son: *a)* la atención al paciente, donde de manera involuntaria la persona se identifica con la angustia del enfermo, lo cual genera en él un grado de estrés importante; *b)* la edad, sobre todo en los primeros años de trabajo en donde el profesional pierde ese enfoque idealista; *c)* el género, en donde principalmente se afecta a las mujeres debido a la diversidad de tareas profesionales y de carácter familiar, lo que repercute en su desempeño laboral; *d)* el estado civil, donde se ve un mayor impacto en personas solteras, entre otros factores.

El síndrome de Burnout también tiene un impacto importante en la salud del médico de cualquier especialidad; aunque muchas veces los problemas emocionales de estos profesionales no son tratados debido quizás al hecho de que un médico no necesita depender de otro para solucionar sus problemas de salud emocional, muchas veces podemos estereotipar a los profesionales de la salud debido a la responsabilidad que conlleva su función; es decir, de alguna forma son ejemplo de prevención y cuidado de la salud, tal vez sea ésta la razón por la que no busquen tratamientos para sus propios males.

Las principales manifestaciones de este mal patogénico son: *1)* mentales, en donde se aprecia agotamiento emocional, baja autoestima, mala concentración y baja tolerancia, que regularmente repercute en comportamientos agresivos con pacientes, compañeros de trabajo y con la familia; *2)* físicas, donde se desarrollan aspectos como el insomnio, alteraciones gastrointestinales y taquicardias, entre otras; y *3)* conductuales, donde se desencadenan conductas adictivas, distanciamiento afectivo, conflictos interpersonales en el trabajo y con la familia.

Se ha expuesto de manera general la importancia del síndrome de Burnout, además de sus principales manifestaciones, pero ¿cómo saber en qué grado de este síndrome se encuentra un individuo? La principal herramienta para determinar esta situación es el modelo Maslash Burnout Inventory MBI (Maslash y Jackson, 1996) compuesto por un cuestionario que mide el desgaste profesional de forma autoaplicada por medio de la evaluación del agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Según la última edición del manual (Maslash, Jackson y Leiter, 1996), en la actualidad existen tres versiones del MBI:

a) El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslash y Jackson, 1986). Está constituido por tres escalas que

miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo).

b) El MBI Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas.

c) El MBI-General Survey (MBIGS), elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslash y Jackson (1996). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (Leiter y Schaufeli, 1996). Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems).

Diferentes estudios de carácter exploratorio han reproducido una estructura de tres factores similar a la del manual para las diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal (*v.gr.*, Filian y Blanton, 1987; Belcastro,Gold y Hays, 1983; Gold, Bachelor y Michael, 1989; Söderfeldt, Söderfeldt, Warg y Ohlson, 1996) o rotación oblicua (*v.gr.,* Abu-Hilal, 1995; Gold, Bachelor y Michael, 1989).

Características

El MBI ha sufrido variaciones en su contexto debido a que algunos autores se han enfocado en otras áreas de estudio, dependiendo de circunstancias específicas, como pueden ser medir aspectos individuales o sociales para dar origen a otros métodos. En España surgió el Cuestionario Breve Burnout (CBB), el cual mide características de la tarea, consecuentes y factores propios (guía Burnout, 2006), de igual manera el Burnout Measure (MB) (J. Alarcón, 2002) que es de relevancia para la evaluación del tedio laboral; aunque tiene similitud en algunos aspectos con el MBI no es considerado un instrumento de medición específico para el Burnout. Éste consta de 21 ítems con siete opciones de respuesta y las dimensiones de las que hace mención son agotamiento físico, emocional y mental, entre otros, con algunas variaciones específicas, pero todos coinciden en las mismas dimensiones propuestas por Maslash.

Para el conocimiento de este síndrome es fundamental llevar a cabo su estudio por medio de tres vertientes: *1)* agotamiento emocional, *2)* despersonalización y *3)* reducida realización personal (Maslash y Jackson, 1996; Maslash, 1979, 1999).

Según Maslash y Jackson (1996) un sector muy vulnerable a padecer este mal son principalmente los médicos, y entre 20% y 35% las enfermeras (Maslash, 1982) debido a que los niveles de Burnout entre ambos sectores son de las medias más altas, porque tiene efectos importantes en el desempeño de su trabajo, les genera conflictos laborales e inestabilidad mental que podría llevarlos incluso al suicidio.

El modelo MBI busca evaluar una gama más variada de emociones y pensamientos resultado de la práctica laboral; dicho instrumento es considerado el más utilizado y mide: el agotamiento emocional (AE) la despersonalización (D) y la realización personal (RP) en donde una vez aplicado y obtenidos los resultados, podemos hablar de profesionales con Burnout, cuando las dos primeras dimensiones, AE y D son puntajes elevados, mientras que la dimensión de (RP) se encuentra en un nivel inferior (Maslash y Jackson, 1986).

El cuestionario está compuesto por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Este instrumento tiene una fiabilidad de 0.9 lo cual puede resolverse de manera rápida e ir obteniendo resultados de medición del síndrome muy cercanos a la realidad. Está compuesto por los siguientes ítems.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento quemado por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado con mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de su problemas.

Como ya se ha mencionado, estas preguntas evalúan las tres dimensiones y fueron interrelacionadas, como se muestra en el cuadro 5. Los grados de intensidad para dichas escalas están determinados como se indica a continuación:

(0) nunca
(1) pocas veces
(2) una vez al mes o menos
(3) unas pocas veces al mes o menos
(4) una vez por semana
(5) pocas veces a la semana
(6) todos los días

Cuadro 5
Dimensiones del MBI

Dimensión	Total de ítems	Ítems	Evalúa	Puntuación máxima
AE	9	1,2,3,6, 8,13,14, 16,20.	El cansancio emocional y sobreesfuerzo físico del médico	54
D	5	5,10,11, 15,22.	El grado de desapego	30
RPB	8	4,7,9,12,17 18,19,21.	Autoeficiencia y realización personal en el trabajo	48

Fuente: Garcés de los Fayos, López Soler y García Montalvo, 1999.

Aplicación y puntos de vista de diversos investigadores

Desde inicios de los noventa se han realizado diversos estudios para determinar la validez en diferentes contextos y grupos de trabajadores sobre el síndrome de Burnout cuyo principal enfoque era la evaluación de la escala tridimensional de Maslash, llevándose a cabo diversas modificaciones y formas de interpretarla. Como ya se ha mencionado, el modelo MBI fue desarrollado por Cristina Maslash y Janet Jackson, y ha sido adaptado a diferentes contextos locales por diversos investigadores.

El modelo MBI es el que se ha utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, generalizando su empleo hasta el punto que, hoy en día, el síndrome se define, con base en este instrumento, como aquel que es caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

A continuación se mencionan algunos de estos estudios realizados en diversos países y en México.

En España, Gil-Monte y Peiró (1999) son algunos de los principales investigadores que han realizado estudios sobre el Burnout. Uno de sus trabajos fue la revisión de la estructura factorial del MBI para hacer una adaptación al español, y encontraron que en España las medias, las desviaciones típicas y los valores de consistencia interna para las subescalas de realización personal en el trabajo y agotamiento emocional son similares a las obtenidas por Maslash y Jackson (1986), aunque los valores de la media y el alfa de Cronbach para la subescala de despersonalización resultaron algo más bajos en el estudio que dichos autores realizaron. Asimismo, las correlaciones entre las escalas del cuestionario son parecidas a las del manual.

Gil-Monte y Peiró (1999) consideran necesario que la dimensión de realización personal en el trabajo se divida en dos constructos: competencia profesional autopercibida y sentido existencial del trabajo. Por otra parte, comentan que los ítems 6, 12 y 16 aparecen factorialmente ambiguos. Aunque el problema con los ítems 12 y 16 desaparece al no ser considerados para la factorización, el item 6 continúa agrupándose con los que miden agotamiento emocional (0.50) y con los de despersonalización (0.40). Asimismo, comentan que estos resultados deben ser replicados mediante estudios factoriales confirmatorios.

En resumen, dichos autores consideran que la adaptación del MBI que realizaron reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de Burnout en el contexto sociocultural español (Gil-Monte, Peiró, 1999).

De acuerdo con Alarcón, Vaz y Guisado (2002), el MBI, debe ser trabajado por un mayor número de expertos para facilitar puntos importantes relacionados con conceptos como depresión o satisfacción en el trabajo y puedan ser distinguidos de manera más precisa en un trabajador que presta un servicio.

Shanafelt, Bradley, Wipf y Back (2002) realizaron un estudio en alumnos de medicina interna de la Universidad de Washington, y encontraron una prevalencia de 76% de desgaste profesional, y que el componente de despersonalización era más significativo.

Guevara, Henao y Herrera (2004) realizaron un estudio dentro del Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia, basados en una muestra de 240 médicos internos y residentes; se diseñó un formulario precodificado para determinar variables sociodemográficas además de características del ejercicio de la actividad médica y el síndrome de Burnout, en donde se midió nivel académico, número de turnos, número de horas semanales dedicadas al ejercicio y estudio médico, en donde la variable dependiente fue el desgaste profesional evaluado por el MBI. En dicho estudio se observó una mayor intensidad en el desgaste emocional, y de hecho ese fue el componente observado con mayor frecuencia (52%).

Pérez (2005) realizó un estudio en el hospital Juárez de México, a través de un cuestionario con 55 reactivos, que se dividió en tres partes. La primera se conformó por 13 reactivos de información sociodemográfica y factores de riesgo tales como: edad, sexo, estado civil, si tenían hijos o estaban embarazadas, tipo de especialidad, año académico, condiciones generales de salud, si consumían medicamentos, bebidas alcohólicas y otras sustancias, y si contaban con los recursos económicos necesarios para su manutención. La segunda parte correspondió a una escala autoaplicada de depresión de Zung, la cual es un instrumento conformado por 20 frases formuladas, la mitad en términos positivos y la otra parte en negativos. El paciente cuantificó la intensidad y la frecuencia de los síntomas con una escala de Likert de cuatro puntos, que va desde uno (raramente o nunca) hasta cuatro (casi todo el tiempo o siempre). La muestra se conformó con 80 médicos residentes, 50 en el grupo clínico y 30 en el quirúrgico. De la población estudiada 35% padeció síndrome de Burnout; en el grupo de los clínicos fue de 44% y en el de los quirúrgicos de 20%. Se observó que el área más afectada, en la mayor parte de las variables, fue despersonalización en 25%, seguida por cansancio emocional en 16.2% y finalmente la realización profesional en 7.5%.

James y Anne Sarros (1992) utilizaron una muestra de profesionales australianos cuyos resultados fueron semejantes a lo propuesto por Maslash y Jackson en donde los elementos 6, 11 y 4 obtuvieron cargas superiores, considerado por la diferencia cultural

en el lugar donde originalmente se desarrolló el instrumento.

Walkey y Green (1992) compararon los datos de seis grupos diferentes, secretarias, profesionales de los servicios humanos, consejeros de rehabilitación vocacional, maestros y enfermeras de Nueva Zelanda. Como resultado de dichos análisis concluyen que el MBI arrojó básicamente dos factores: presencia de agotamiento emocional y despersonalización.

Drake y Yadama (1995) aplicaron un estudio a 250 trabajadores en Missouri durante 1993. Encontraron que el elemento que más prevalecía es el agotamiento emocional.

Román (2003) realizó un estudio transversal en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba, acerca de estrés y Burnout, a 287 profesionales de la salud en un municipio de la Habana. El resultado reflejó la prevalencía de Burnout en más de 30% y la de síntomas de estrés en 50%. El Burnout afectó a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

Aranda (2004) realizó un estudio sobre el síndrome de Burnout en los médicos del IMSS de Guadalajara, Jalisco, y se diagnosticó la existencia de dicho síndrome en 43% del total de la muestra estudiada de 835 médicos de 23 clínicas familiares, siendo más constante en los profesionales de sanidad y enseñanza, debido a que se exige entrega, compromiso, perfección y servicio a los demás. Asimismo, se encontró que los médicos asociados con las variables sociodemográficas: género, edad, número de hijos, puesto actual y antigüedad no presentaban riegos de contraer el Burnout, pero que el estado civil y la escolaridad sí presentaban serios riesgos de padecerlo.

Palmer, Gómez Vera, Cabrera-Pivaral y Prince (2005) realizaron una investigación sobre la prevalencia de Burnout en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. Se encuestó a un total de 92 médicos anestesiólogos de los cuales 66% presentó bajo nivel de agotamiento emocional, 16.8% fue moderado y 17.2% muy alto.

En el estado de Guanajuato se llevó a cabo un estudio entre el personal de enfermería en un Hospital de Especialidades para la detección del Burnout, encontrándose agotamiento emocional en 32%, deshumanización, 62%; pérdida de interés en el trabajo, 50%; y agotamiento general, 50%, correlacionadas con el ambiente laboral. Se observó que los resultados correspondían a factores en su mayoría organizacionales, pues los profesionales de la salud trabajan en instituciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada (Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín, y Haro, 2005).

Olivera, Gutiérrez y Herrera (2004) realizaron un estudio de Burnout en residentes del primer año de psiquiatría del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México. La muestra fue

de 19 residentes, de los cuales 10.6% mostraron padecer Burnout de manera severa, mientras que 59.7% de manera moderada y el resto 29.7% sólo tendencias a padecerlo. Las causas del padecimiento son derivadas de situaciones relacionadas con: *1)* sentirse desprotegidos por las autoridades hospitalarias, *2)* las clases y los exámenes, *3)* el cansancio, y *4)* la relación con los médicos adscritos y jefes de piso, la falta de tiempo para estudiar, la falta de enseñanza, el monto modesto de la beca y la obligación de realizar el cuarto año de residencia, y *5)* la crítica destructiva, la burocracia, las guardias extenuantes y la carga de trabajo en general.

La importancia de continuar con las investigaciones respecto al síndrome de Burnout estriba en poder contribuir en la detección de estresores y agotamiento emocional dentro de las áreas laborales y definir estrategias de intervenciones preventivas y curativas, lo cual contribuirá a un mejor desempeño profesional, repercutirá en una mejor calidad de vida del personal e incrementará la efectividad de las organizaciones.

Conclusiones

El síndrome de Burnout es una fatiga laboral con repercusiones en el ámbito laboral y familiar por desgaste emocional del individuo, con la respectiva pérdida de desarrollo y oportunidad tanto en el aspecto personal como profesional. Las investigaciones realizadas están basadas en un modelo MBI (Maslash Inventory Burnout) que da oportunidad a las empresas de medir los síntomas presentados como resultado de la actividad laboral, al existir una demanda excesiva de energía por parte del trabajador.

Este síndrome es un mal que no podemos ver, que afecta y repercute en la calidad de vida de las personas, presentando síntomas psicosomáticos, de conducta, emocionales y laborales.

Las evidencias que afectan al individuo en el inicio de la aparición de esta enfermedad se reconocen en varias etapas y son:

1. Exceso de trabajo
2. Demasiado esfuerzo que lleva a estados de ansiedad y fatiga
3. Desmoralización y pérdida de ilusión.
4. Pérdida de vocación y decepción de los valores hacia los superiores

Lograr organizaciones libres de Burnout puede parecernos una utopía, sin embargo, se requiere trabajar para que esta enfermedad aparezca lo menos posible en las empresas y así no se convierta en una de las enfermedades profesionales de este siglo.

Bibliografía

Alarcón, J., F. Vaz y J. Guisado (2002), "Análisis del Síndrome de Burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II)", *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Bandajoz,* España: Universidad de Extremadura, 29(1), pp. 8-11.

Arana Beltrán, Carolina (2004), "Apoyo social y síndrome de Burnout en los médicos del imss. El caso Guadalajara", *Revista Mexicana del Trabajo y la Previsión Social,* núm. 5, México, pp. 257-377.

Brodsky, A. (1980), Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions, Human, Nueva York: Sciences Press.

Gil-Monte, P. y J. M. Peiró (1997), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse,* Madrid: Síntesis.

Cabrera, L. Gutiérrez, López, P. Rojas Salinas, S. Tovar Ochoa, J. Tirado Marín, I. Cotoñieto y L. Haro García (2005), "Burnout sindrome among Mexican hospital nursery staff", *Revista Médica,* México: imss, 43(1) pp. 11-15.

Cherniss, Cary (1980), *Professional* Burnout *in the Human Service Organizations,* Nueva York: Praeger.

Drake, Brett y Gautam N. Yamada (1995), *Confirmatory Factor Analisis of the Maslash* Burnout *Inventory. Social Work Research,* 19(3), pp. 184-192.

Faura T. (1990), "Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo", *Revista Rol de Enfermería,* vol. 10, pp. 53-56.

Freudenberger, H. J. Staff Burnout, (1974). *The Journal of Social Issues,* 30 (1), pp. 159-166.

Garcés de los Fayos, E. J., C. López Soler y C. García Montalvo (1997), El síndrome de "Burnout" y su evaluación: una revisión de los principales instrumentos de medida, *Cartel presentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología,* Madrid.

Garcés de Los Fayos Ruiz, Enrique J. (2003), tesis inédita, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España, pp. 2-5.

Gillespie, D. F. (1980), "Correlates for active and passive Burnout types of Burnout". *Journal of Social Service Research,* 4(2), pp. 1-16.

Gil-Monte Pedro R. y Peiró José Mª. (1999), Validez factorial del Maslash Burnout Inventory en una muestra Multiocupacional, Revista *Psicothema*, España, vol. 11, núm. 3, pp. 679-689.

Guevara C., D. Henao, J. Herrera (2004), Síndrome del desgaste profesional en médicos internos de residentes del hospital Universitario del Valle en Cali. *Colombia Médica,* vol. 35, núm. 4.

J. Alarcón, F. Vaz. (2004), "Análisis del síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social". *En Revista de Psiquiatría,* Barna 2002, 29:8-17.

Jones, J. (1980). *The staff* Burnout *scale for police and security personnel,* Londres: Park Ridge, London House.

Kahill, S. (1988), "Symptoms of professional Burnout. A rewiew of the empirical evidence", *Canadian Psychology,* 29, 284-297.

Karwowski, Waldemar. (2001), *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors,* p. 384.

Kremer, L. y J. E. Hofman Teacher (1985), "Professional identity and burn-out", *Research in Education*, 34, pp. 89-95.

Maslash, C. y Pines (1979), *A Burn-out: the loss of human caring.* In a Pines & Co.

_____ y S. E. Jackson (1981), mbi: Maslash Burnout *Inventory. Manual,* Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

_____ (1982), Burnout*: the cost of caring.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

_____ y S. E. Jackson (1986), *Maslash* Burnout *Inventory. Manual, 2* rd. ed. Palo Alto: Consulting Psychology Press.

_____, S. E. Jackson, M. Leiter (1996), *Maslash* Burnout *Inventory. Manual, 3* rd. ed. Palo Alto: consulting Psychology Press.

_____ y M. Leiter, (1999), The truth about Burnout. San Francisco: Jossey - Bass Publishers.

Mc. Cornell, E. (1982), Burnout in the nursing profession, St. Louis Mosby Company.

Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. (2006) Madrid.

Palmer Yusvisaret, A. Gómez Vera, C. Cabrera-Pivaral y R. Prince Vélez (2005), "Prevalencia del Síndrome de Burnout de Agotamiento Profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali"*, Gaceta Médica,* vol 141, núm. 3, México, pp. 181-183.

Pérez E. (2005), *Síndrome de* Burnout *como factor de riesgo de depresión en médicos residentes*, Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

Pines, A. y E. Aronson (1988), *Career* Burnout*. Causes and cures*, Nueva York: Free Press.

Pines, A., E. Aronson, y D. Kafry (1981), Burnout*: From tedium to personal growth, e*n C. Cherniss (ed.), *Staff* Burnout*: Job stress in the human services,* Nueva York: The Free Press.

Reyna Olivera G., J. Gutiérrez Aguilar y M. Herrera Estrella (2004), "Síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez", *Psiquiatría,* México, pp. 77-79.

Román, J. (2003), "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores". *Revista Cubana de Salud Pública*; 29/2. pp.103-10.

Sarros, James C. y Joseph C. Santora (2001), "The transformational-transactional leadership model in practice", *Leadership & organization Developtment Journal* 22/8, University Press, pp. 383-393.

Seidman, S.A. y J. Zager (1986), The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly,* 11(1), pp. 26-33.

Selye (1956), *The stress of life.* Nueva York: McGraw-Hill.

Shanafelt T., K. Bradley, J. Wipf, A. Back (2002), Burnout *and self-reported patient care in an internal medicine residency program.* Ann Intern Med, pp. 358-367.

Silva, Rodio, Fredy Drogas (2001), *Ética y trasgresión,* Montevideo Psicolibros, pp. 57-77.

Starrin, B., Larsson, G. y Styrborn, S. (1990), "A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon", *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 4(2), PP. 83-91.

Viniccia, Alpi Stefano y Liliana Alvaran Florez (2004), "El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio", *Revista Universitas Psicológica,* Pontificia Universidad Javeriana, vol. 3, núm. 1, enero-junio, Bogotá, pp. 35-45.

Walkey, F. H. y D. E. Green (1992), "An exhaustive examination of the replicable factor structure of the Maslash Burnout Inventory", *Educational and Psychological Measurement,* 52/2. pp. 309-323.

World Health Organization Staff (CB), (2005), *Human Resources and Training in Mental Health: Mental Health Policy and Services Guidance Package,* p. 59.

Wrigth, D. (1997), "TheContribution of Burnout to Work Performance", *Journal of Organizational Behavior.*