

El síndrome de burnout en un centro de rehabilitación infantil de México

The burnout syndrome in a child rehabilitation center of Mexico

Franco-Bontempo María Ximena*

* Centro de Rehabilitación Infantil Teletón; Estado de México, México.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los profesionistas de la salud se encuentran en constante riesgo de experimentar el síndrome de burnout, un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, genera despersonalización y disminución en la ejecución del tratamiento, creando un autoconcepto negativo, pérdida de interés por los pacientes y actitudes negativas hacia el trabajo.

OBJETIVO: Describir el nivel de síndrome de burnout que presentan los colaboradores del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México, en relación con sus tres factores: agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal. Y determinar si existen diferencias significativas entre sexo, antigüedad, turno, área de trabajo, clínica a la que pertenecen y el nivel de burnout que experimentan.

MÉTODOS: Se investigó el síndrome de burnout en 243 profesionistas de diferentes áreas, de un centro de rehabilitación infantil, aplicándoles el *Maslach Burnout Inventory*.

RESULTADOS: De los tres factores, el agotamiento emocional es el que se presentó en mayor medida, ya que 56.79% presentaron un nivel medio o alto. El área de trabajo es donde existen más diferencias significativas, relacionado con agotamiento emocional y ejecución personal.

CONCLUSIONES: El agotamiento emocional fue el componente más frecuente en el síndrome de burnout. Podemos inferir que si los profesionistas del área sanitaria están exhaustos, si no se atienden también sus necesidades y se busca su bienestar, los pacientes no recibirán una atención óptima.

Palabras clave: Agotamiento profesional, rehabilitación, síndrome de burnout.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health professionals are in constant risk of developing burnout syndrome, a process that exhausts physical and emotional resources, create depersonalization and diminished personal accomplishment of treatment performance, generating a negative self-conception, loss of interest in patients and negative attitudes towards work.

OBJECTIVE: To describe the burnout syndrome levels in collaborators of the Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México, in relation with its three factors: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Also, to determine if there are significant differences between sex, years of service, shift, work area and clinic, regarding burnout level.

METHODS: We investigated burnout syndrome in 243 professionals from different areas of a pediatric rehabilitation center. The Maslach Burnout Inventory was applied.

RESULTS: Of the three factors, emotional exhaustion was the most frequent factor, since 56.79% presented this component with moderate or high levels. The work area is that with more significant differences, associated with emotional exhaustion and personal accomplishment.

CONCLUSION: Emotional exhaustion was the most common component of the burnout syndrome. We can infer that if the professionals of the health area are exhausted, if their needs are not met and their welfare is not seek, not also cater your needs and seeking their welfare, patients will not receive an optimal care.

Key words: Burnout syndrome, professional exhaustion, rehabilitation.

Correspondencia: María Ximena Franco-Bontempo.

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón; Estado de México, México. Tel.: 5321-2223, Ext. 2167.
Correo electrónico: ximenabon@hotmail.com

Artículo recibido: Enero 20, 2014.

Artículo aceptado: Marzo 6, 2014.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales dedicados a la salud se encuentran en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout debido a su labor de prestar ayuda, la cual es común que se lleve a cabo en un ambiente demandante, estresante y que involucra situaciones difíciles como el sufrimiento físico, emocional, la enfermedad e incluso la muerte. Sin embargo, generalmente no se les brinda la atención y apoyo necesario, a pesar de que el costo del burnout puede ser alto. En 1974 Herbert Freudenberger acuñó el término burnout, para describir lo que les sucede a algunos profesionistas, relacionándolo con lo que queda después de un incendio. Padró¹ define el síndrome de burnout como un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente, creando en el profesionista un autoconcepto negativo, pérdida de interés por los pacientes y actitudes negativas hacia el trabajo. Maslach² sostiene que lo que es único del burnout es que surge de la interacción entre el que presta ayuda y el ayudado, se presenta en profesiones que se caracterizan por una atención intensa y continua con personas que están en situación de necesidad o dependencia y donde frecuentemente existe una carga afectiva, principalmente profesionistas de la salud y educación. La misma autora refiere que es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la ejecución personal. El primero comienza cuando el profesional tiene sobrecarga de trabajo y se involucra demasiado emocionalmente con las demandas de otras personas, sintiéndose desgastado física, emocionalmente y sin energía. Para evitar este agotamiento, el individuo reduce su contacto con la gente, distanciándose y evitando involucrarse emocionalmente con las personas a quien presta ayuda. Es cuando llega la despersonalización, lo que conlleva a que se dé una respuesta insensible, inhumana, distante, se pueden ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente o nula ayuda o servicio, disminuyendo la calidad. Debido a estos sentimientos y comportamientos, el sujeto puede sentir angustia o culpa y es aquí donde toma relevancia la ejecución personal disminuida, que es cuando el profesionista duda de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos, presentándose frustración e incluso intento de buscar otro empleo.

Kahill,³ Pines y Aroson⁴ y Potter⁵ señalan que el síndrome de burnout puede tener diversos síntomas; físicos, como fatiga crónica, disminución de la energía, insomnio, cefaleas, problemas gastrointestinales o cardiovasculares, dolor de espalda, etc.; psicológicos, como agotamiento emocional, dificultad para controlar sus sentimientos, falta de motivación, actitudes negativas hacia los pacientes o al trabajo, cinismo, pesimismo, apatía, depresión, etc.; y conductuales, como, por ejemplo, aumentar el consumo de alcohol, alimento, nicotina o cafeína, disminución de la productividad en el trabajo, ausentismo, retardos a la hora de llegada.

De acuerdo con Maslach,² Farber,⁶ Koeske y Kelly,⁷ las causas de dicho síndrome pueden ser:

- Personales, como tener un elevado idealismo, metas poco realistas, falta de criterio para medir logros, poca vida social o recreativa y ciertos rasgos de personalidad.
- Institucionales, como sobrecarga de trabajo, sueldos bajos, poca posibilidad de escalamiento, mayor grado de control, falta de autonomía, ambigüedad de rol, falta de apoyo y de retroalimentación, entre otras y
- Relacionadas con características de los pacientes, por ejemplo, los que son dependientes, difíciles, con problemas desgastantes y que no presentan mejoría.

Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández,⁸ entre otros investigadores, señalan que el burnout no sólo repercute en el ámbito psicológico, sino que afecta en lo social, familiar, institucional, pero, sobre todo, en la salud física del profesionista. Soledad⁹ refiere que algunos elementos que ayudan a tener menores niveles de burnout son:

- Tener de 2 a 4 horas al día de ocio.
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal.
- Asertividad.
- Habilidades sociales.
- Aprender a manejar las emociones y
- Tener estrategias de afrontamiento.

Y, por otro lado, a mayor grado de control existente en las organizaciones, mayor tendencia a desarrollarlo.

Mi objetivo fue describir el nivel de burnout en los colaboradores de un centro de rehabilitación infantil y determinar si existen diferencias significativas en cuanto a los tres factores del burnout y el sexo, antigüedad, turno, área de trabajo y clínica de los colaboradores.

MÉTODOS

Objetivos

Los objetivos de esta investigación fueron:

1. Describir el nivel de síndrome de burnout que presentan los colaboradores del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT)¹ Estado de México, en relación con sus tres factores: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y ejecución personal (EP).
2. Determinar si existen diferencias significativas entre sexo, antigüedad, turno, área de trabajo, clínica a la que pertenecen y el nivel de burnout que experimentan en cada uno de los tres factores.

El CRIT se dedica a la rehabilitación y atiende a pacientes de 0 a 18 años de edad, que tengan alguna discapacidad neuromusculoesquelética, la cual puede ser congénita o adquirida. Y los pacientes están divididos en clínicas, de acuerdo con el tipo de discapacidad que presentan, lo cual se explica con mayor

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de la muestra de sujetos incluidos en esta investigación (n = 243).*

Característica	Núm. Sujetos	(%)
Sexo		
Femenino	192	79
Masculino	51	21
Antigüedad		
< 2 años	69	28.4
3-5 años	93	38.3
6-9 años	41	16.9
10 años o más	40	16.5
Turno		
Matutino	161	66.3
Vespertino	82	33.7
Área		
Médico acompañante/rehabilitador (MA)	13	5.3
Médico interconsultante (MI)	21	8.6
Terapia física (TF)	54	22.2
Terapia ocupacional (TO)	16	6.6
Terapia de lenguaje (TL)	13	5.3
Psicología clínica (PsC)	13	5.3
Psicología atención familiar (AF)	13	5.3
Integración social (IS)	14	5.8
Atención al público (AP)	33	13.6
Enfermería y paramédicos (EnP)	8	3.3
Órtesis y prótesis (OP)	9	3.7
Auxiliares diagnóstico y técnicos (AuxT)	5	2.1
Coordinadores y subdirectores médicos (CooS)	16	6.6
Proyectos especiales (PE)	7	2.9
Voluntariado (Vo)	8	3.3
Clinica ⁴		
1B	16	6.6
1C	10	4.1
1D	11	4.5
2 y 4	12	4.9
3 y 6B	16	6.6
5	14	5.8
6A	11	4.5
6C	11	4.5
A	13	5.3
B	12	4.9
1E	12	4.9
1F	11	4.5
5B	11	4.5
Ninguna clínica	83	34.2

* Los profesionistas que están en las clínicas 1B y 1E atienden a pacientes con lesión cerebral leve o moderada. En las clínica 1C, 1D y A con lesión cerebral severa. La clínica 2 y 4 con lesión medular, espina bifida, deficiencias osteoarticulares y amputaciones adquiridas. La clínica 3 y 6B con enfermedades musculares, estimulación múltiple temprana y riesgo para daño neurológico. En las clínicas 5 y 5B se trabaja con anomalías genéticas y congénitas. En la clínica 6A neuroterapia. La clínica 6C estimulación múltiple temprana y neuroterapia. La clínica B con lesión medular, espina bifida y enfermedades neuromusculares. La clínica 1F con lesión cerebral leve o moderada, pero con un programa de tratamiento intensivo.

claridad en el pie de página de la **tabla 1**. Cada clínica está integrada por un médico rehabilitador, psicólogo clínico y de atención familiar, terapeutas físicos, ocupacionales y de lenguaje, integración social y atención al público que lleva las agendas de los pacientes.

Sujetos

La población total de colaboradores del CRIT que laboran directamente con los pacientes está constituida por 249 personas. Los criterios de inclusión en este estudio fueron precisamente que su trabajo implicara tener contacto directo con

pacientes (físico y/o verbal o emocional) y que aceptaran participar en el estudio, con lo cual se obtuvo una muestra de 245 colaboradores, de los cuales quedaron 243 sujetos (97.5% del total de la población) para la muestra final, de acuerdo con los criterios de eliminación, ya que dos cuestionarios no fueron respondidos correctamente, pues dejaron en blanco algunos reactivos o dieron más de una respuesta.

Instrumento

El instrumento que se aplicó es anónimo y el tratamiento que se le dio es confidencial. Para medir el síndrome de burnout en cuanto a sus tres factores (AE, DP y EP), se utilizó el *Maslach Burnout Inventory*¹⁰ traducido y adaptado en México por Franco.¹¹ El instrumento original consta de 22 reactivos, el adaptado de 16 y utiliza una escala Likert de siete puntos que abarcan desde nunca hasta diario. Cada una de las tres áreas o factores es medida de manera separada y en tres niveles de burnout: alto, medio o bajo. El síndrome de burnout se caracteriza por puntajes altos en las escalas AE y DP y una puntuación baja en EP. Para obtener los datos sociodemográficos se utilizó un cuestionario cerrado.

Procedimiento

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y el de Enseñanza e Investigación del CRIT y los sujetos que participaron firmaron la carta consentimiento informada correspondiente. Con los datos del cuestionario sociodemográfico y el *Maslach Burnout Inventory* adaptado, se creó una base de datos en el programa estadístico de computadora *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). La estadística no paramétrica se consideró la más adecuada, utilizando para la prueba de hipótesis la U Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Respecto a las características de sexo, antigüedad en el centro de trabajo, turno, área de trabajo (relacionada con la profesión) y tipo de clínica en la que laboran, se encontraron los resultados que se muestran en la **tabla 1**.

Nivel de síndrome de burnout en lo referente a sus tres factores

En cuanto a los tres factores del síndrome, los que más presentaron los colaboradores es AE e incluso en un porcentaje importante, siendo que más de la mitad de ellos (56.79%) han desarrollado un nivel medio o alto en este rubro, de los cuales 26.34% tuvieron un nivel alto. En lo que respecta a la DP, 40% de los colaboradores se ubicó en un nivel medio o alto y de dicho porcentaje 13.99% posee un nivel alto. Y lo que menos presentaron es una baja EP, siendo el factor en el que más colaboradores se ubicaron en un nivel bajo del síndrome (casi 70%) y en cuanto al nivel alto sólo 9.47%.

Nivel del síndrome de burnout en cuanto a las características sociodemográficas

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo de los colaboradores y alguno de los tres factores del burnout.

En cuanto a la antigüedad, existieron diferencias significativas sólo en relación con el factor de agotamiento emocional ($p < 0.001$), las personas que llevaban laborando menos de dos años presentaron niveles más bajos de AE (la mayoría se ubican en un nivel bajo o medio de burnout). Sin embargo, la distribución de los resultados fueron uniformes en el resto de la población, ubicándose en un nivel medio principalmente o alto de AE (Figura 1).² No se encontraron diferencias significativas en esta variable relacionada con DP y EP.

En lo referente al turno, también se obtuvieron diferencias significativas sólo respecto al factor AE ($p < 0.001$), siendo las personas del turno matutino quienes lo presentaron en mayor medida (ubicándose la mayoría en un nivel medio o alto del síndrome), en comparación con las del turno vespertino, ya que la mayoría se encontraron en un nivel bajo o medio (Figura 2).

En relación con el área de trabajo se obtuvieron diferencias tanto en el área de AE ($p = 0.004$, Figura 3), como en la de EP ($p = 0.017$, Figura 4).³

Referente al AE, quienes trabajan en el área de psicología clínica son los que presentaron niveles más altos, seguidos muy de cerca por el área de órtesis y prótesis y el área de proyectos especiales, con resultados más compactos esta última. La mayoría de los colaboradores de estas tres áreas obtuvieron un nivel alto de AE (49%) o medio (30.5%). En cambio, el área de voluntariado es la de menores niveles de AE (cerca de 90% estuvieron en el nivel bajo de burnout en cuanto a este factor), seguido por los coordinadores y subdirectores médicos, quienes en su mayoría presentaron un nivel bajo (aproximadamente 70%).

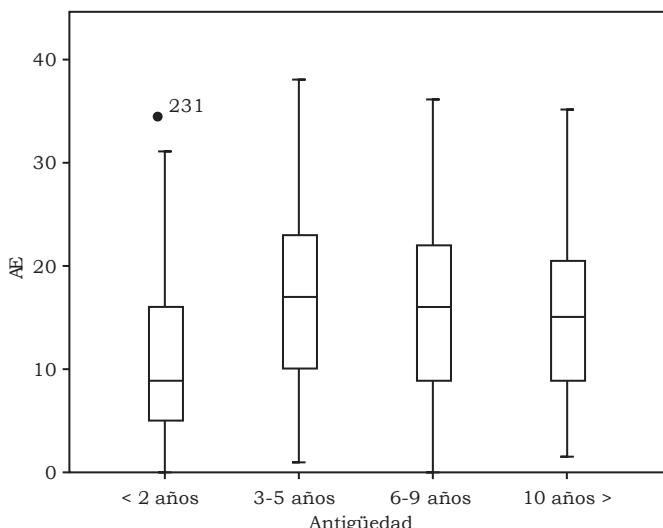


Figura 1. Comparación entre antigüedad y agotamiento emocional (AE).

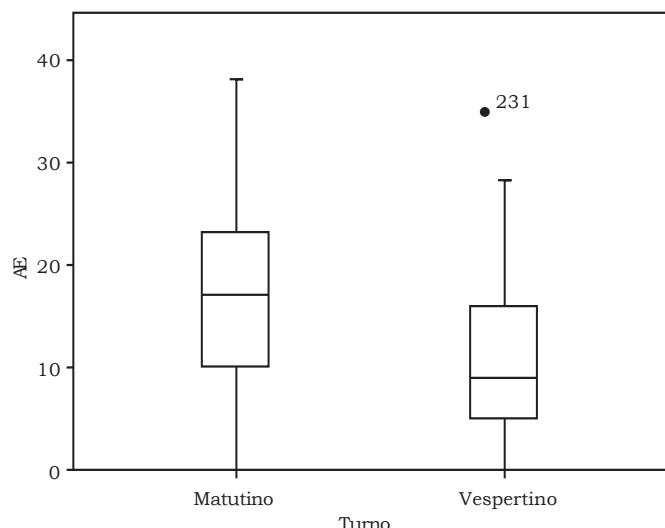


Figura 2. Comparación entre turno y agotamiento emocional (AE).

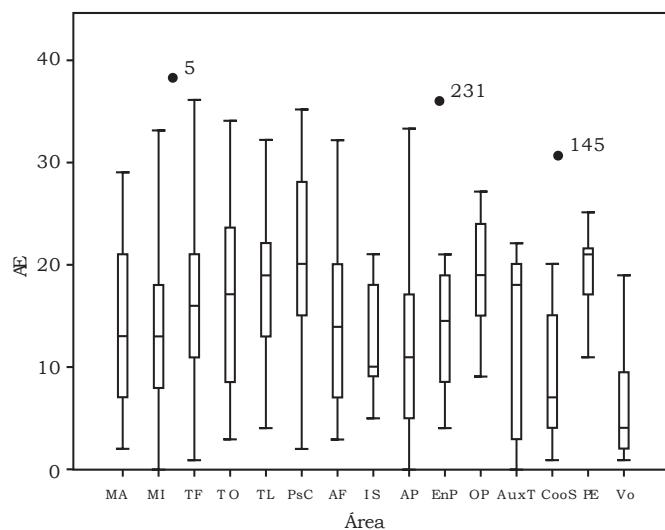


Figura 3. Comparación entre área de trabajo y agotamiento emocional (AE).

En cuanto al factor EP es importante recordar que el burnout implica una puntuación baja en esta área, es decir, una baja ejecución personal, por lo que en dicha gráfica las puntuaciones que se observan más tendientes hacia la parte superior son las de niveles más bajos de burnout y a menor puntuación mayor burnout en relación con EP. Las áreas de trabajo con mayor nivel del síndrome en relación con EP fueron tanto órtesis y prótesis, como enfermería y paramédicos. Sin embargo, en esta última área, los resultados fueron más compactos y la mayoría presentaron un nivel medio (75%) y 12% alto. En cambio órtesis y prótesis es, de todas las áreas incluidas en el estudio, la que mostró resultados menos uni-

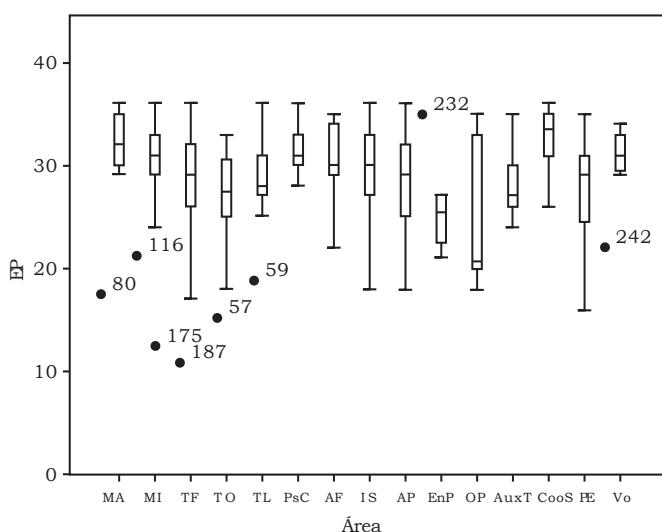


Figura 4. Comparación entre área de trabajo y ejecución personal (EP).

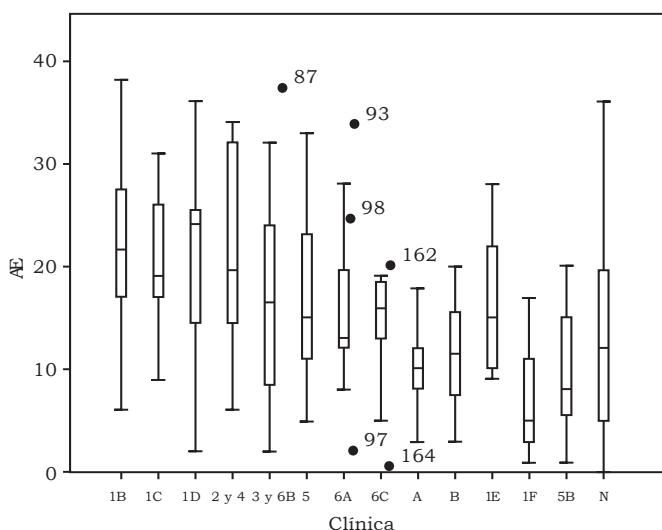


Figura 5. Comparación entre tipo de clínica y agotamiento emocional (AE).

formes y casi la mitad de dichos sujetos presentaron un nivel alto, pero también casi la mitad de ellos uno bajo. Por otro lado, las áreas con menor burnout relacionado con EP fueron psicología clínica, coordinadores y subdirectores médicos, médicos acompañantes y voluntariado. Cabe mencionar que la única área en la que 100% de los colaboradores tienen un nivel bajo de burnout en lo que respecta a EP fue psicología clínica.

En cuanto al tipo de clínica en la que laboran, sólo se observaron diferencias relacionadas con el factor AE ($p < 0.001$, Figura 5). Las clínicas con mayor nivel de agotamiento emocional fueron la 1D (lesión cerebral severa) y 1B (lesión cerebral

rehabilitable), sin embargo, aunque ambas clínicas tienen prácticamente el mismo porcentaje de colaboradores con un nivel alto de AE (63 y 62%, respectivamente), la 1D obtuvo 27% en el nivel bajo y en cambio la 1B sólo 6%. En segundo lugar las clínicas que mostraron mayor nivel de burnout en cuanto a AE fueron la 2 y 4 (lesión medular y osteoarticulares) y la 1C (lesión cerebral severa), pero a pesar de que ambas clínicas tuvieron casi los mismos porcentajes en los tres niveles, los individuos de la 2 y 4 que se encontraron en un nivel alto lo están con puntuaciones más elevadas, que los que están también en el nivel alto de la clínica 1C.

Por otro lado, la clínica 1F (lesión cerebral rehabilitable) fue la de menor nivel de AE (82% obtuvieron un nivel bajo), seguida por la clínica A (lesión cerebral severa), con 77% en el nivel bajo. Cabe mencionar que las clínicas en las que ningún colaborador se ubica en un nivel alto de AE fueron la 1F (lesión cerebral rehabilitable), A (lesión cerebral severa), B (lesión medular, neuromusculares, osteoarticulares) y 5B (enfermedades genéticas y congénitas), las cuales pertenecen al turno vespertino.

DISCUSIÓN

Los colaboradores del CRIT Estado de México se encuentran en constante riesgo de presentar el síndrome de burnout, debido al tipo de población que atienden, a su trabajo altamente desgastante, demandante y que implica generalmente una interacción afectiva y un contacto continuo con seres humanos necesitados y que presentan sufrimiento tanto físico como emocional. Es importante tomar en cuenta que el burnout es una constante y no existe un nulo nivel de dicho síndrome, cuando hay que llevar a cabo acciones y se produce un problema, es cuando se desarrolla un nivel medio o alto de éste. En esta investigación se observó que de los tres factores del síndrome, el más importante fue el AE, es decir, lo que predomina en los colaboradores, ya que un poco más de la mitad de ellos presentaron un nivel medio o alto de burnout. Y donde se percibieron mejor fue en cuanto a EP, lo que significa que están muy desgastados física y emocionalmente, pero a pesar de esto tienen sentimientos de logro y éxito profesional, pues la mayoría tienen la impresión de que llevan a cabo su trabajo adecuadamente.

Algarín, *et al.*¹² obtuvieron resultados similares al presente estudio en cuanto al nivel alto de agotamiento emocional, en despersonalización obtuvo 7% más en el nivel alto y 8% más en relación con la ejecución personal; siendo una de las pocas investigaciones existentes del tema en un área de rehabilitación. En México, Alcazar¹³ realizó una investigación sólo con médicos y enfermeras de medicina familiar, en el cual los resultados referentes a DP y EP son casi iguales al de la presente investigación, sin embargo, el porcentaje de AE alto reportado por él resultó más bajo, la mitad del obtenido en el presente estudio. Específicamente hablando del área de rehabilitación en México, Ravelo¹⁴ obtuvo resultados mucho más bajos, 0% de AE alto, en cuanto a DP sólo 5.6% obtuvo un nivel alto y en EP sólo 4.6%. Se incluyen estos datos porque es de las pocas investigaciones existentes en México, sin

embargo, no puede hacerse una comparación como tal, ya que el trabajo de Ravelo tiene una muestra muy pequeña.

Por otro lado, el agotamiento emocional es el factor en el que se encontraron más diferencias, en relación con la mayoría de las características sociodemográficas. En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el burnout, contrario a lo que Franco,¹¹ Aranda, *et al.*¹⁵ y Albaladejo, *et al.*¹⁶ reportan.

Respecto a la antigüedad, los colaboradores que llevaban menos de dos años laborando en la institución presentaron menor AE, sin embargo, en el resto de la población no existieron diferencias significativas, aun en los que llevaban más de diez años, lo que significa que no estaba influyendo el que se tenga más antigüedad para que la persona desarrolle mayor agotamiento emocional, sino que son otros factores los que intervienen. En otras investigaciones no existen coincidencias en cuanto al nivel de burnout y la antigüedad.

Referente al turno de trabajo, también se encontraron diferencias sólo en cuanto al factor AE, siendo los del turno matutino quienes presentaron mayores niveles, ubicándose la mayoría en un nivel medio o alto y en cambio los del turno vespertino principalmente en un nivel bajo o medio, lo cual seguramente se relaciona con el hecho de que en el turno matutino se trabajan más horas (ocho horas y en el vespertino cinco) y además se atiende a más cantidad de pacientes.

Por otro lado, la variable área de trabajo es la única en la que se encontraron diferencias significativas en dos de los tres factores, tanto en AE como en EP. Respecto al primero, quienes trabajan en el área de psicología clínica obtuvieron niveles más altos, seguidos con muy poca diferencia por órtesis y prótesis, así como proyectos especiales.

En relación con la EP, las áreas de psicología clínica, coordinadores y subdirectores médicos, médicos acompañantes y voluntariado, son las que tuvieron menor burnout en cuanto a este factor. Pero en el caso de psicología clínica, fue la única área donde 100% de los colaboradores obtuvieron un nivel bajo del síndrome relacionado con EP, lo que significa que a pesar de ser el área que presenta mayor agotamiento emocional y físico, a su vez tienen mayores sentimientos de logro, de éxito profesional, de que están realizando adecuadamente su trabajo, perciben que tienen la habilidad para ayudar y relacionarse con los pacientes.

En cuanto al tipo de clínica en la que laboran, sólo se obtuvieron diferencias relacionadas con AE. Cabe mencionar que las únicas clínicas en las que ningún colaborador se ubicó en un nivel alto de AE son la 1F (lesión cerebral rehabilitable), A (lesión cerebral severa), B (lesión medular, neuromusculares, osteoarticulares) y 5B (enfermedades genéticas y congénitas) y todas éstas pertenecen al turno vespertino. Así que contrario a lo que se pensaría, la variable principal que influye en el AE es el turno y no el tipo de padecimientos o discapacidades que se atienden, ni por lo tanto la severidad de las mismas.

De las cinco características de los colaboradores tomadas en cuenta para esta investigación, al parecer el turno y área

de trabajo son las que se encuentran más relacionadas con el burnout y con un mayor nivel de éste.

En el 2000 la OMS lo calificó como riesgo laboral al que se le debe dar importancia. Estos conocimientos pueden ayudar a prevenir el desgaste en los profesionistas y a mejorar la calidad de los servicios brindados, lo cual genera ventajas tanto para los pacientes, la institución y los mismos profesionales. Grau, Suñer y García¹⁷ consideran imprescindible controlar la alta prevalencia del burnout, para lo cual se debe considerar un incremento en la comunicación entre los trabajadores y directivos para identificar las áreas que deben mejorar, se debe dar mayor autonomía a los trabajadores, equidad en la distribución del trabajo y los recursos, unido a mayores incentivos y reconocimiento del trabajo. En México todavía existen pocos estudios sobre el burnout y a nivel mundial son muy escasas las investigaciones del tema en el ámbito de la rehabilitación y/o la discapacidad, por lo cual es difícil poder hacer comparaciones en cuanto a este estudio y otras poblaciones similares.

Por último, es importante mencionar que existen diversas técnicas individuales o personales, sociales, institucionales y con los pacientes, para prevenir o una vez presentado, combatir el síndrome de burnout.¹⁸

CONCLUSIONES

La persona que se dedica a la salud trata con el problema que tiene el paciente, ya sea físico, emocional y/o psicológico, lo cual conlleva a que se centre principalmente en lo “negativo” de la persona y se vuelva más vulnerable al síndrome de burnout, el cual repercute no únicamente en los profesionistas en su propia salud física y mental, sino también en su familia, en los pacientes que reciben sus servicios o ayuda y además puede dañar a la institución, afectando el rendimiento y calidad de la labor profesional. Si los cuidadores están exhaustos, si no se atienden también sus necesidades y se busca su bienestar, tampoco los pacientes estarán bien, ni recibirán una atención óptima. Tanto el que provee, como el que recibe ayuda pueden ser afectados negativamente por el burnout. Debido a todo lo anterior, es relevante conocer el nivel de burnout que presentan los colaboradores de una institución dedicada a la rehabilitación, ya que así se pueden implementar estrategias preventivas o de tratamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No existió una fuente de financiamiento particular para este informe científico.

REFERENCIAS

1. Padró R. El Síndrome de Deterioro (Burnout) en las instituciones de salud mental, causas, efectos y alternativas de solución. Tesis inédita.

- ta de Maestría en Psicología. México, D.F: Universidad Iberoamericana; 1982.
2. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Nueva York, Estados Unidos: Pentice-Hall; 1982.
 3. Kahill S. Symptoms of professional Burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology* 1988; 29: 284-97.
 4. Pines A, Aronson E. *Career Burnout, causes and cures*. Nueva York, Estado Unidos: The Free Press; 1988.
 5. Potter B. *Preventing job Burnout*. California, Estados Unidos: Consulting Psychologists Press; 1987.
 6. Farber B. *Stress and Burnout in the human service professions*. Inglaterra: Pergamon Press; 1985.
 7. Koeske G, Kelly T. The impact of overinvolvement of Burnout and job satisfaction. *Am J Orthopsychiat* 1995; 65: 282-92.
 8. Hernández-Vargas C, Dickinson M, Fernández M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Facultad de Medicina UNAM, México, D.F. 2008, at www.ejournal.unam.mx/fm/no51-1/RFM051000102.pdf
 9. Soledad M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria* 2008; 25: 5-27.
 10. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. California, Estados Unidos: Consulting Psychologists Press; 1986.
 11. Franco X. Nivel de Síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría* 1999; 34: 252-60.
 12. Algarín MI, Díaz P, Cayuela A, Expósito JA, Echevarría C, Del Pino-Algarrada R. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* 2004; 38: 59.
 13. Alcazar CD. Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel. Tesis para grado especialista en medicina familiar. Colima: Universidad de Colima, IMSS; 2006.
 14. Ravelo M. *Burnout en el servicio de rehabilitación*. IMSS, Bajío. 2011, at www.efisioterapia.net/articulos/bo-en-el-servicio-de-rehabilitacion
 15. Aranda C, Pando M, Salazar G, Torres T, Aldrete G, Pérez B. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública* 2005; 31: 1409-29.
 16. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 2004; 784: 1-16.
 17. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19: 463-70.
 18. Franco X. Manual integral de prevención: comparación del nivel del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, D.F. Universidad Iberoamericana; 1997.