

**Universidad del Aconcagua**

**Facultad de Psicología**

# **Tesina de Licenciatura:**

## ***“Habilidades de Afrontamiento y Síndrome de Burnout en Médicos de Guardia de Emergencia”***

**Alumna:** Mariana Alejandra Jiménez

**Director:** Arturo Piracés

Mendoza, Marzo de 2012

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**TRIBUNAL:**

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Arturo Piracés

Nota:

**AGRADECIMIENTOS:**

- A mi mamá y a mi papá, por acompañarme y apoyarme siempre, a lo largo de mi carrera.
- A mis hermanos, Pablo y Gerardo, siempre presentes.
- A mi tía Mirta, por su guía, ayuda, acompañamiento, fuerza y generosidad.
- A Edu, mi sol.
- A todas las amigas y amigos que estuvieron presentes a lo largo de mi carrera, en especial a Claudia, Mariela, Marina, Natalia y Vicky, por contenerme
- A mi director, Arturo Piracés, por brindarme su valioso tiempo, su sabiduría y su buena disposición.
- A los médicos de guardia de emergencia del hospital Luis Lagomaggiore, que aceptaron participar en este estudio.
- A mis abuelos, que me cuidan desde otro lugar.

**Resumen:**

El presente trabajo tiene como objetivo detectar la existencia de Síndrome de Burnout en un grupo de médicos que realizan guardias de emergencia, como así también, determinar distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos. De esta manera, intentamos establecer la relación existente entre el estrés laboral asistencial y las estrategias de afrontamiento que implementan, con el fin de detectar posibles relaciones entre ambas.

El diseño de la investigación es de tipo transversal. Se trabajó con una muestra intencional de 10 médicos, a quienes se les aplicó el MBI (Inventario Burnout de Maslach) para medir el estrés y el CRI (Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos) para determinar las distintas respuestas del afrontamiento utilizadas por los médicos.

Los resultados muestran que no se detectó síndrome de Burnout en la muestra de médicos de esta investigación, sin embargo existen tres médicos que se encuentran en riesgo de desarrollarlo. La mayoría de los médicos de la muestra utilizan mayormente estrategias de afrontamiento de acercamiento, pero los tres médicos que se encuentran en riesgo de tener Burnout, en general utilizan estrategias de evitación, por encima de las de acercamiento.

**Abstract:**

The purpose of this work is to detect the presence of Burnout Syndrome in a group of doctors who perform emergency rooms, as well as to determine different coping strategies used by them. Thus, we try to establish the relationship between welfare and work stress coping strategies implemented in order to detect possible relationships between them.

The investigation design is a transversal one. We worked with a purposive sample of 10 doctors, who were administered the MBI (Maslach Burnout Inventory) to measure stress and CRI (Moos' Coping Response Inventory) to determine the different coping responses used by physicians.

The results show that burnout was detected in the sample of physicians in this study, however there are three doctors who are at risk. Most physicians in the sample used approach coping strategies, but the three doctors who are at risk of Burnout, use avoidance strategies, over the approach.

## ÍNDICE

<b>Título</b> .....	2
<b>Hoja de evaluación</b> .....	3
<b>Agradecimientos</b> .....	4
<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Índice</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	10
<b>PRIMERA PARTE: Marco Teórico</b> .....	13
<b>Capítulo I: “El Estrés Laboral”</b> .....	14
1.1. Introducción.....	15
1.2. El Estrés.....	15
1.2.1. Historia del término.....	15
1.2.2. ¿Qué es el estrés?.....	17
1.2.3. Teorías que explican el estrés.....	18
1.2.3.1. Teoría Basada en la Respuesta.....	18
1.2.3.2. Teoría Basada en el Estímulo.....	20
1.2.3.3. Teoría Basada en la Interacción.....	20
1.3. El Estrés Laboral: Modelo Socioambiental de French y Kahn (1962).....	22
1.3.1. Entorno objetivo: Desencadenantes del Estrés Laboral.....	24
1.3.1.1. Estresores del ambiente físico del trabajo.....	24
1.3.1.2. Estresores individuales.....	25
1.3.1.3. Estresores grupales.....	26
1.3.1.4. Estresores organizacionales.....	27
1.3.1.5. Estresores extraorganizacionales.....	29
1.3.2. Entorno Subjetivo: Experiencia de Estrés.....	29
1.3.3. Respuestas de Afrontamiento.....	30
1.3.4. Consecuencias del Estrés Laboral.....	31
1.3.5. Estrategias de control del Estrés Laboral.....	33
<b>Capítulo II: “El Síndrome de Burnout”</b> .....	37
2.1. Introducción.....	38
2.2. Historia del concepto.....	39
2.3. Definiciones.....	40
2.4. Dimensiones.....	41
2.5. Evaluación.....	42
2.6. Diferencias con otros conceptos.....	42
2.7. Evolución.....	44
2.8. El síndrome y sus consecuencias asociadas.....	47
2.9. Variables que influyen en el síndrome de burnout.....	49
2.9.1. Variables individuales.....	49

2.9.1.1. Variables Demográficas.....	49
2.9.1.2. Características de Personalidad.....	50
2.9.1.3. Orientación Profesional.....	52
2.9.2. Variables Sociales.....	54
2.9.3. Variables Organizacionales.....	56
2.10. Perspectivas Teóricas.....	57
2.11. Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout.....	58
2.11.1. Teoría Sociocognitiva del Yo.....	58
2.11.2. Teoría del Intercambio Social.....	59
2.11.3. Teoría Organizacional.....	60
2.12. Estrategias para el Tratamiento.....	61
2.12.1. Programas centrados en el Objetivo de la Intervención.....	61
2.12.2. Programas centrados en el Nivel de la Intervención.....	62
<b>Capítulo III: “El Afrontamiento”.....</b>	<b>66</b>
3.1. Introducción.....	67
3.2. Historia del Concepto.....	67
3.3. Definiciones.....	68
3.4. Distintos Abordajes del Afrontamiento.....	69
3.4.1. Abordaje Disposicional.....	70
3.4.2. Abordaje Contextual.....	70
3.4.3. Abordaje Conceptual Integrativo.....	71
3.5. Diferencia entre Recursos, Estrategias y Estilos de Afrontamiento.....	72
3.5.1. Recursos de Afrontamiento.....	72
3.5.2. Estrategias de Afrontamiento.....	76
3.5.3. Estilos de Afrontamiento.....	76
3.6. Categorización del Afrontamiento.....	77
3.7. Modelo Teórico de Moos.....	79
3.8. Afrontamiento y Crisis.....	80
3.9. Efectividad del Afrontamiento.....	82
3.10. Entrenamiento en Conductas de Afrontamiento Efectivas.....	85
<b>Capítulo IV: “El médico de Guardia de Emergencia”.....</b>	<b>87</b>
4.1. Introducción.....	88
4.2. El médico que realiza Guardias de Emergencia.....	88
4.2.1. El médico de Planta.....	88
4.2.2. El médico Residente.....	89
4.2.2.1. Factores de estrés laboral en médicos residentes.....	89
4.2.3. El síndrome de Burnout en el médico residente y en el médico de planta.....	94
4.3. La Guardia de Emergencia.....	94
4.3.1. Perfil del paciente a asistir.....	95
4.3.1.1. Paciente ambulatorio.....	95
4.3.1.2. El paciente que se interna.....	95
4.3.2. Organización de servicios de guardia de emergencia.....	96

4.3.2.1. Planta Física y Equipamiento.....	96
4.3.2.2. Recurso Humano.....	97
4.3.3. Estresores en la Guardia de Emergencia.....	98
<b>SEGUNDA PARTE: Marco Metodológico.....</b>	<b>102</b>
<b>Capítulo V: “Metodología de la Investigación”.....</b>	<b>103</b>
5.1. Objetivos.....	104
5.2. Método.....	104
5.2.1. Tipo de diseño de investigación.....	104
5.2.2. Tipo de diseño utilizado.....	105
5.2.3. Sujetos.....	105
5.2.4. Tipo de Muestra.....	106
5.2.5. Instrumentos.....	106
5.2.5.1. MBI: Inventario Burnout de Maslach.....	106
5.2.5.2. I.R.A.: Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos.....	110
5.2.5.3. Encuesta de Datos Socio-Demográficos.....	115
5.2.6. Procedimiento.....	115
<b>Capítulo VI: “Presentación y Análisis de Resultados”.....</b>	<b>116</b>
6.1. Descripción de los Datos Sociodemográficos.....	117
6.2. Análisis de resultados obtenidos en el Inventario de Burnout.....	117
6.3. Análisis de resultados obtenidos en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento.....	124
6.4. Estilos de Afrontamiento en relación al Síndrome de Burnout.....	137
<b>Conclusiones.....</b>	<b>139</b>
<b>Propuestas.....</b>	<b>147</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>148</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>153</b>

## **INTRODUCCIÓN:**

El síndrome de Burnout aparece en el individuo, como una respuesta al estrés laboral crónico. Es el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación, entre las demandas y los recursos del sujeto. Este constructo, abarca tres dimensiones: el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Baja realización Personal. El Agotamiento Emocional se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento, a causa del contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización se manifiesta a través de la irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías hacia las personas. La Falta de realización personal, es la tendencia de los profesionales, a evaluarse negativamente.

La presencia del síndrome de Burnout puede tener resultados muy negativos, tanto para el sujeto que lo padece, como para la institución en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto, puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización, puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto, que trae como consecuencia un deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas e inclusive, el abandono del puesto de trabajo.

Por otra parte, aunque se subraya que el síndrome de Burnout surge como una respuesta al estrés laboral crónico, cabe destacar que aparece como el resultado de un proceso continuo, en el que sobre todo, fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear en sujeto.

Cuando hablamos de afrontamiento, hacemos referencia a cualquier tipo de respuesta (física, psicológica o conductual) que una persona emite, con el fin de controlar, disminuir o eliminar la experiencia de estrés.

El trabajo realizado por los médicos que se desempeñan en las guardias de emergencia, conlleva mucha tensión. El continuo contacto de estos profesionales con el sufrimiento y la muerte, la ansiedad del enfermo y la familia, la frustración al no poder

solucionar algunas dificultades que surgen a lo largo del proceso, así como la sobreimplicación, pueden disminuir la capacidad emocional de los profesionales sanitarios y derivar en el “Síndrome de Burnout”. Pero cabe destacar que la prevalencia del estrés y la respuesta a éste, varía de médico a médico, dependiendo de las estrategias de afrontamiento que se utilicen.

El estudio del síndrome de Burnout en el personal sanitario, se ha incrementado sustancialmente en las últimas dos décadas en todo el mundo, dado su impacto potencial tanto en la salud de los trabajadores que lo padecen, como en la calidad de atención brindada a la población beneficiaria de los servicios de salud.

En relación a este tema planteado, me propongo llevar adelante mi investigación, cuyos objetivos son:

- Determinar si los médicos de emergencias han desarrollado el Síndrome de Burnout, y qué nivel del mismo presentan en cuanto a sus tres factores: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP).
- Analizar los resultados de las tres dimensiones del síndrome de Burnout, teniendo en cuenta:
  - Género
  - Edad
  - Experiencia (cantidad de años que lleva trabajando en guardias de emergencia)
  - Estado Civil
  - Condición Laboral (Residente o de Planta)
  - Cantidad de Trabajo (cantidad de horas que trabaja en total por semana)
- Evaluar las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los médicos que realizan guardias de emergencia, para hacer frente a las distintas situaciones consideradas estresantes.
- Resolver si existe alguna relación entre el tipo de Estrategia de Afrontamiento utilizada, con el nivel de Burnout, si este último se presentara.

El trabajo de investigación estará conformado por dos partes, las cuales se componen de seis capítulos en su totalidad. La estructura temática es la siguiente:

- La primera parte, el **Marco Teórico**, contiene los primeros cuatro capítulos.

En el **capítulo I** se hará referencia al concepto de estrés en general y al concepto de estrés laboral.

En el **capítulo II** se desarrollará el tema de “Síndrome de Burnout”. Siendo este el tema específico de la investigación, se expondrá todo lo referente a dicho término.

Posteriormente, en el **capítulo III** se trabajará el tema “Afrontamiento”, especificando las dimensiones, estilos de afrontamiento, entre otros.

En el **capítulo IV**, denominado “el médico de guardias de emergencia”, se describe a la guardia de emergencia, y a los estresores que la caracterizan.

- En la segunda parte, el **Marco Metodológico**, se compone de los restantes capítulos del trabajo.

En el **capítulo V** se expondrá el método de investigación, diseño, muestra e instrumentos utilizados en la realización del trabajo.

En el **capítulo VI** se detallarán los resultados obtenidos en la investigación, a través de una descripción de los mismos por medios de gráficos y tablas acerca de los dos métodos utilizados.

Por último se expondrán las **conclusiones** obtenidas a lo largo del trabajo realizado y se sugerirán **propuestas** a tener en cuenta para profundizar esta temática en futuras investigaciones.

PRIMERA PARTE:  
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:  
EL ESTRÉS LABORAL

## **1.1. Introducción**

En el contexto laboral se suelen dar múltiples y variadas fuentes de estrés, que pueden resultar nocivas para la salud y el bienestar del trabajador. La mayoría de los estresores que existen en el ámbito profesional, proceden del entorno laboral, de la manera en que la organización estructura sus tareas y responsabilidades y del modo en que se organizan los diferentes procesos desarrollados en ella. Cuando el individuo pierde el control sobre las situaciones causantes de su experiencia de estrés, puede llegar a un estado de indefensión. Este hecho se encuentra determinado, sobre todas las cosas, por la ineficacia de las estrategias de afrontamiento. (Ardid y Zarco, 1999).

Por otro lado, la presencia del estrés laboral influye, asimismo, en el nivel salud y eficiencia organizacional. Por lo tanto, la experiencia de estrés no sólo tiene efectos sobre el trabajador, sino también sobre los distintos resultados organizacionales, tales como el nivel de desempeño conseguido por los trabajadores, índices de rotación y absentismo o el grado de motivación y satisfacción laboral. (Ardid y Zarco, 1999).

Por ende, la prevención y el control del estrés laboral deben pasar por un cambio en la filosofía de la organización, que esté dirigido a incrementar la calidad de vida laboral y a potenciar sus recursos humanos. Dicho cambio, tiene como principal objetivo, optimizar y rentabilizar los diferentes recursos puestos en juego, ya sea para conseguir altos niveles de productividad, así como también la implicación, la satisfacción y la motivación de los trabajadores. (Ardid y Zarco, 1999).

## **1.2. El estrés**

### **1.2.1 Historia del término**

El término "estrés", como muchas otras palabras, es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado desde el siglo XVI para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. (Lazarus y Folkman, 1986)

Posteriormente (a finales del siglo XVIII), Hocke utilizó esta palabra en el contexto de la física, aunque su utilización no se sistematizó hasta principios del siglo XIX. Se definió la palabra “load” como una fuerza externa; “stress” refiere a la fuerza generada en el interior del cuerpo, como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load), que tiende a distorsionarlo; y “strain” era la deformación o distorsión sufrida por el objeto. (Hinkle, 1977 citado en Lazarus y Folkman, 1986).

Fue Walter Cannon, en el año 1911, quien por primera vez empleó el término para denominar a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Posteriormente, este término también se utilizó para designar a aquellos factores del medio, cuya influencia exige un esfuerzo no habitual de los mecanismos de regulación del individuo. (Ayuso Marente, 2003).

En 1936, Hans Selye utilizó el término estrés para definir a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo. A este conjunto de reacciones él les denominó “Síndrome General de Adaptación”. (Lazarus y Folkman, 1986).

Durante los años sesenta e incluso en los setenta, los acontecimientos que fueron más estudiados como situaciones estresantes, se refieren a situaciones de origen externo y no se atiende a la interpretación o valoración subjetiva, que pueda hacer el sujeto de las mismas. Se hace hincapié en las circunstancias o sucesos importantes que producían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigían un reajuste. En esa línea, se encuadran los trabajos de Holmes y Rahe (1967) sobre la cuantificación del potencial estresante de diversos acontecimientos vitales y en los que tratan de relacionar la aparición de enfermedades con el estrés. (Ayuso Marente, 2003).

Posteriormente, y luego de numerosos estudios, se ha ido aceptando de forma progresiva, la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en lo que respecta a la adaptación como resultado final. (Lazarus y Folkman, 1986).

### 1.2.2. ¿Qué es el estrés?

Como muchos conceptos de origen científico, el “estrés” ha pasado a formar parte de nuestro lenguaje cotidiano. Para nosotros, estar estresado puede equivaler a estar ansioso, enojado, preocupado, cansado, fastidioso o mal dormido, entre otros tantos adjetivos por los que habitualmente intercambiamos la palabra “estrés”.

Habitualmente, una de las connotaciones más extendidas, es la que asocia al término “estrés”, con una experiencia negativa, que trae aparejadas consecuencias adversas para la salud física, psicológica y social de la persona que la padece. Sin embargo, esta creencia es errónea, porque se ha demostrado, a través de numerosas investigaciones, que la presencia de un determinado nivel de estrés tiene efectos beneficiosos para el individuo, favoreciendo una respuesta eficaz a las diferentes demandas del entorno. (Ardid y Zarco, 1999).

El hecho de que los resultados y las consecuencias del estrés sean tan diversos, llevó a Selye (1956, citado en Ardid y Zarco, 1999), a hablar de dos términos distintos:

- **Eustrés:**

Alude a la vivencia positiva de estrés. Selye sostiene que la existencia de un nivel medio de estrés puede ser positiva para el sujeto, permitiendo la activación física y mental del organismo y, por ende, una respuesta eficiente a la fuente que genera el estrés.

También se le denomina “estrés facilitador”, ya que posibilita una mejor percepción de la situación y de las demandas. Esto lleva a que la persona pueda hacer un análisis más rápido de la información, una búsqueda más asertiva de alternativas para tomar una decisión y una mejor selección de respuestas para hacer frente a la solución elegida.

- **Distrés:**

Hablamos de distrés cuando nos referimos a la experiencia negativa del estrés. Ocurre cuando el grado de estrés aumenta, y la persona es incapaz de adaptarse a las nuevas demandas de la situación. Por lo tanto, la experiencia de estrés se torna nociva y desemboca, frecuentemente, en una serie de respuestas físicas, psicológicas y comportamentales negativas para la persona. (Selye, 1956, citado en Ardid y Zarco, 1999).

El uso de eustrés y distrés se ha reducido a una aparición fugaz en los capítulos iniciales de todas las obras referidas al tema; después se obvian de forma consciente. Los propios estudiosos y teóricos del tema han optado por considerar sólo el aspecto más “urgente” del mismo: el distrés, que conlleva importantes consecuencias negativas para el individuo que lo sufre. Es el distrés el que ha recibido más atención en la investigación científica, y habitualmente se ha entendido en este sentido al término estrés (Peiró, 1993, en Gutierrez García, 1998).

Consideramos importante aclarar que a lo largo de este capítulo haremos hincapié en el distrés, es decir, en la experiencia negativa del estrés, fundamentalmente por los efectos nocivos que ésta experiencia produce, no sólo en el individuo, sino también en la organización. Por lo tanto, cuando nos referimos al término “estrés” en el presente trabajo, nos estamos refiriendo a la situación en la que las demandas sobrepasan los recursos del sujeto, para dar una respuesta eficaz.

### **1.2.3. Teorías que explican el estrés**

Existen distintas teorías que explican el estrés. Podemos hablar de tres orientaciones teóricas principales: Teoría Basada en la Respuesta, Teoría Basada en el Estímulo y Teoría Basada en la Interacción. A continuación, se describe brevemente cada una de las mismas:

#### **1.2.3.1. Teoría Basada en la Respuesta**

Esta teoría, formulada por Selye (1960, citado en Sandín, 1995), entiende al estrés como una respuesta no específica del organismo, a demandas hechas sobre él. Este autor sostiene que si bien cada demanda hecha sobre el individuo es única, todos los agentes

estresores poseen una característica común: aumentan la necesidad de ajuste del organismo, es decir, la necesidad del volver al equilibrio. Esta respuesta inespecífica, es una respuesta estereotipada, ya que siempre implica la activación del eje hipotálamo-hipófiso- suprarrenal. Si esta activación persiste, produce el síndrome de estrés característico, denominado “Síndrome General de Adaptación”, que es un síndrome que se caracteriza por una hiperplasia suprarrenal, una atrofia en el timo y en los ganglios linfáticos, y por signos de úlcera de estómago, junto con otros cambios orgánicos que se producen paralelamente. El desarrollo completo del síndrome, incluye las siguientes etapas o fases:

- **Reacción de alarma:**

Es la reacción del organismo, cuando es expuesto de forma repentina, a estímulos a los que no está adaptado. Esta etapa tiene dos fases: choque y contrachoque.

La fase de choque es la reacción inicial e inmediata al estresor. Los síntomas típicos de esta fase son la taquicardia, la pérdida del tono muscular y la disminución de la temperatura y de la presión sanguínea.

La fase de contrachoque es una reacción de rebote (defensa contra el choque), en la cual se produce una hiperactividad de la corteza suprarrenal. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque, es decir, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc.

- **Fase de resistencia:**

Durante esta etapa se produce una adaptación del organismo al estresor, que trae como consecuencia la mejora y la desaparición de los síntomas. Esta etapa se caracteriza por una resistencia aumentada al estresor particular y por una menor resistencia a otros estímulos. La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos que estaban presentes durante la reacción de alarma desaparecen durante esta fase, y en algunos casos, se invierten.

- **Fase de agotamiento:**

Si el organismo continúa expuesto al estresor de manera prolongada, pierde la adaptación que adquirió en la fase anterior y entra en la fase de agotamiento. El

agotamiento se produce cuando el estresor es muy severo y prolongado. Vuelven a aparecer los síntomas que caracterizan a la reacción de alarma. La vida del organismo corre riesgo.

### **1.2.3.2. Teoría basada en el estímulo:**

Esta teoría, interpreta y entiende al estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés se localiza fuera del individuo. (Sandín, 1995).

El grupo de T. H. Holmes (1967, citado en Fernández Martínez, 2009), es uno de los principales responsables del desarrollo de esta orientación del estrés, que también se conoce como enfoque psicosocial del estrés, o enfoque de los acontecimientos vitales. Este modelo considera al estrés como una variable independiente, definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo, provocando un malestar. Es decir, consideran al estrés como una fuerza externa o como situaciones a las que son expuestos los individuos que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia, experimentarían estrés.

Los sucesos vitales, son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Para realizar una estimación objetiva de los estresores, sobre el estado de salud del sujeto, se ha acudido al procedimiento de construcción de instrumentos de medida. (Holmes, 1967, en Fernández Martínez, 2009).

Un inconveniente de estos enfoques, es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes, ya que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero poco y nada para otra. Los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud, suelen aparecer en individuos que tienden a pensar acerca de sí mismos, en términos negativos. (Ardid y Zarco, 1999).

### **1.2.3.3. Teoría Basada en la Interacción:**

En esta categoría, se recogen las definiciones que hablan del estrés como una transacción entre individuo y ambiente, considerando a esta interacción como un proceso dinámico y recíproco. (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Ardid y Zarco, 1999).

Estas teorías se caracterizan por maximizar la importancia de los factores cognitivos que median entre los estímulos estresantes, y las respuestas de estrés. La principal teoría y máximo exponente de la perspectiva interaccional del estrés corresponde a R. Lazarus (Sandín, 1995).

Los autores que adhieren a esta teoría sostienen que aunque ciertas presiones y demandas ambientales produzcan estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre notorias.

El estrés es concebido por estos teóricos, como el resultado de que el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos, poniéndose en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Sandín, 1995).

La idea central de la perspectiva interaccional, se focaliza en el concepto de evaluación. La evaluación cognitiva es definida por Lazarus, como un proceso mental universal por medio del cual el sujeto valora constantemente el significado de lo que está ocurriendo, y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. (Sandín, 1995).

La teoría de Lazarus (1986, citado en Sandín, 1995) distingue tres tipos de evaluación, primaria, secundaria y reevaluación:

- **Evaluación Primaria:** Este tipo de evaluación se produce en cada encuentro o transacción con demandas internas o externas. Es el primer mediador psicológico del estrés. Puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:
  - Amenaza:** Anticipación de un daño o pérdida que parece inminente, pero que aún no ha ocurrido.
  - Daño-Pérdida:** Hace referencia a un daño psicológico que ya se ha producido.
  - Desafío:** Refiere a la valoración de una situación como una posible ganancia positiva, y como una amenaza a la vez. Es el resultado de demandas difíciles, ante las que la persona se siente segura de superar, siempre y cuando utilice sus recursos de afrontamiento de manera adecuada.
  - Beneficio:** Este tipo de valoración no provocaría reacciones de estrés.

- **Evaluación Secundaria:**

Refiere a la valoración de los propios recursos a la hora de afrontar una situación. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. El individuo puede sentirse asustado, desafiado u optimista, de acuerdo a la evaluación que realice de sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos materiales.

- **Reevaluación:**

Implica procesos de retroalimentación o feedback, que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas internas o externas. Permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas, durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere, por lo tanto, al cambio efectuado en una evaluación previa, a partir de la nueva información recibida del entorno. Esto se debe a que las apreciaciones cambian constantemente, a medida que se dispone de nueva información.

Lo que diferencia a la teoría de Lazarus de las aproximaciones anteriormente mencionadas, es la gran importancia que le otorga a la evaluación cognitiva. Esta última, es un factor que determina que una situación estresante en potencia, pueda producir o no, estrés en el sujeto (Sandín, 1995).

Teniendo en cuenta las teorías basadas en la interacción, podemos decir que sólo se produce una experiencia de estrés cuando un sujeto desea responder a las demandas planteadas por el ambiente, pero percibe que no dispone de los recursos necesarios para hacerles frente, o bien cuando la discrepancia entre las características que percibe del entorno y lo que desea, excede su capacidad para resolver tal desajuste (Harrison, 1978, citado en Ardid y Zarco, 1999).

### **1.3. El Estrés Laboral: Modelo Socioambiental de French y Kahn**

A partir de la década del sesenta, comienzan a elaborarse modelos que analizan las particularidades de la experiencia de estrés en el mundo laboral. Se investigan los efectos del trabajo en el bienestar psicológico de los sujetos. También en esta época, se comienza a notar la influencia que tiene este fenómeno, no sólo en la salud del trabajador, sino también en la eficiencia y en la salud de la organización. (Ardid y Zarco, 1999).

Uno de los modelos más importantes, es el Modelo Socioambiental de French y Kahn, desarrollado en 1962 en la Universidad de Michigan. A partir de este modelo, considerado como pionero, aparecen otros que amplían o modifican aspectos contemplados en éste, diferenciándose por su objeto de estudio o por la importancia que le otorgan a determinados aspectos (Mariana Elvira, 2002).

French y Kahn (1962, citados en Ardid y Zarco, 1999) incluyen en su modelo seis conjuntos de variables, estableciendo una serie de relaciones entre ellas.

Parten de lo que denominan “medio ambiente objetivo”, entendido como las características concretas y objetivas que definen al entorno laboral de una persona.

Este entorno objetivo, a la vez, es percibido de una determinada manera por el sujeto, dando lugar al “medio ambiente psicológico”, que será el que afecte en el tipo de respuestas de afrontamiento emitidas por el individuo.

Finalmente, los efectos que dichas respuestas tengan en el individuo, podrán dar lugar a ciertos estados de salud o de enfermedad física y psicológica.

No obstante, las relaciones causales que se establecen entre los distintos estados o categorías analizados están moduladas por dos conjuntos de variables: las características estables de la persona (genéticas, demográficas, etc.), y las relaciones interpersonales, siendo éstas las que matizan la experiencia de estrés vivida por el individuo.

A continuación, desarrollaremos las fases del modelo socioambiental, aplicándolas al contexto laboral e integrando los diversos aportes realizados por autores que han investigado este fenómeno.

### **1.3.1. Entorno objetivo: Desencadenantes del Estrés Laboral**

Si bien es cierto que cualquier evento del entorno puede ser un potencial estresor, no hay dudas de que en el contexto laboral existen una serie de situaciones que, por sus características, pueden considerarse fuentes potenciales de estrés para los trabajadores. (Ardid y Zarco, 1999).

Las particularidades propias del trabajo, el ambiente laboral, los grupos ocupacionales, etc., han dado lugar a numerosas investigaciones, cuyo objetivo fundamental, es la identificación de las fuentes de estrés propias de las organizaciones (Moriani Elvira, 2002).

Desde esta perspectiva, algunos autores (Ivancevich y Matteson, 1978; Peiró, 1993), han construido distintas taxonomías en las que intentan categorizar aquellos estresores que tienen una mayor posibilidad de provocar consecuencias negativas para la salud de los trabajadores.

De acuerdo a los autores Ivancevich y Matteson (1985, en Ardid y Zarco, 1999), las características del ambiente de la organización que inciden de forma más clara en la experiencia de estrés vivida por los trabajadores, se pueden clasificar en cinco categorías básicas: estresores del ambiente físico del trabajo, estresores individuales, estresores grupales, estresores organizacionales y estresores extraorganizacionales.

#### **1.3.1.1. Estresores del ambiente físico del trabajo:**

En esta categoría se hace referencia a los excesos, carencias y/o alteraciones que presentan ciertas condiciones físicas del trabajo y que pueden resultar molestas para el trabajador.

Estos estresores afectan directamente la seguridad e higiene en el trabajo. Pueden llevar no sólo a la aparición de procesos de estrés, sino también a la de enfermedades físicas y lesiones o secuelas como la sordera, invalidez, etc.

#### **Principales estresores:**

- Iluminación

- Ruido
- Temperatura
- Vibración
- Higiene
- Toxicidad
- Condiciones climatológicas
- Disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo

#### **1.3.1.2. Estresores individuales:**

Son aquellos que se asocian al rol que el trabajador cumple en la organización, así como también a las tareas que debe realizar en ella. Además se incluyen en esta categoría a aquellos estresores que se derivan del desarrollo de la carrera laboral de un individuo.

##### **Principales estresores:**

- **Desempeño de Roles:**

**-Conflicto de Rol:** Sería la contradicción causada por las demandas diferentes y antagónicas a un individuo, que provienen de la organización.

**-Ambigüedad de Rol:** Ausencia de claridad sobre el rol del sujeto en el trabajo, sobre los objetivos a realizar y sobre la extensión de sus responsabilidades

- **Demandas estresantes de la tarea:**

**-Sobrecarga de trabajo:**

**Cuantitativa:** Exceso de actividades a realizar, en un determinado período de tiempo.

**Cualitativa:** Excesivas demandas, en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador.

**-Falta de carga de trabajo:**

**Cuantitativa:** La cantidad de trabajo no cubre el tiempo laboral.

**Cualitativa:** La calidad de la tarea está por debajo de la calificación del empleado.

**-Responsabilidad sobre personas**

**-Relaciones interpersonales derivadas del desempeño de tarea:**

Hace referencia a las relaciones con superiores, compañeros, subordinados y clientes.

- **Desarrollo de carrera:**

-Inseguridad en el trabajo

-Transiciones de carrera:

Cambio de puesto de trabajo, de nivel jerárquico, de organización, del empleo al desempleo y viceversa.

-Estresores en las diferentes fases del desarrollo de carrera:

Fases iniciales, de consolidación, de mantenimiento, de preparación para la jubilación.

### **1.3.1.3. Estresores grupales:**

Comprenden las fuentes de estrés que provienen de la influencia de los grupos formales e informales de la organización, sobre las actitudes y comportamientos de los trabajadores.

**Principales estresores:**

- Falta de cohesión en el grupo.

- Presiones de grupo.
- Inadecuado clima grupal.
- Conflictos intra y/o intergrupales.

#### **1.3.1.4. Estresores Organizacionales:**

Se incluyen las fuentes de estrés que proceden de las características generales que definen a una organización, tales como la manera en que se estructuran las tareas, funciones y responsabilidades, el diseño de los puestos de trabajo, el desarrollo tecnológico o el clima que predomina en la organización.

#### **Principales estresores:**

- **Estructura organizacional:**

- Centralización en la toma de decisiones.
- Excesivo número de niveles jerárquicos.
- Posición jerárquica.
- Formalización y estandarización de tareas y procedimientos.

- **Clima organizacional:**

- Falta de participación en la actividad laboral.
- Falta de implicación en la toma de decisiones.
- Supervisión estrecha.

- **Cambios organizacionales:**

Se refiere a los cambios en las políticas empresariales, debido a reorganizaciones, fusiones, adquisiciones y eliminación de niveles, que provocan incertidumbre y estrés.

- **Diseño del puesto de trabajo:**

En este apartado se hace referencia a la ausencia de ciertas características, como por ejemplo:

-Grado de autonomía.

-Variedad de tareas y oportunidad para el uso de habilidades.

-Retroalimentación de la propia tarea.

-Importancia de la tarea.

-Identidad de la tarea.

- **Tecnología:**

Introducción de nuevas tecnologías.

- **Gestión de personal:**

Incluye las estrategias administrativas para el manejo de recursos humanos. Entre ellas, se destacan las siguientes:

**-Evaluación de desempeño:** Proceso por el cual se identifica el cumplimiento o el incumplimiento de las tareas u objetivos propuestos para cada trabajador. También se realiza un reconocimiento de la labor realizada.

**-Planes de inducción:** Hace referencia al proceso que tiene por objetivo facilitar el ajuste de un empleado a la empresa y a la labor a desempeñar, en el momento de su incorporación a la misma.

**-Planes de carrera y política de ascenso:** Son aquellas estrategias adoptadas formalmente por la organización, con el fin de garantizar el crecimiento profesional del empleado.

**-Capacitación:** Son las herramientas que la organización brinda a los trabajadores para su perfeccionamiento profesional.

**-Estabilidad Laboral:** Está referido a las garantías que la organización le ofrece al trabajador, para su permanencia dentro de ella.

**-Remuneración:** Es el reconocimiento económico, de acuerdo a la labor desarrollada por el trabajador.

#### **1.3.1.5. Estresores extraorganizacionales:**

Estos últimos hacen referencia a las experiencias y acontecimientos externos al trabajo, que pueden influir sobre la experiencia de estrés laboral.

#### **Principales estresores:**

- Provenientes de la vida familiar.
- Conflictos familia-trabajo.
- Estresores provenientes de otros ámbitos de actividad (alcohol, drogas, problemas legales, hipotecas y deudas, etc.).

#### **1.3.2. Entorno Subjetivo: Experiencia de Estrés**

Una vez que se analizan los estímulos que en el contexto del trabajo pueden considerarse como generadores de estrés, se necesita adelantar un paso en el estudio del estrés laboral, porque su aparición y desarrollo no depende solamente del valor estresante “objetivo” de una determinada situación, sino que, lo que va a ser decisivo para la experiencia de estrés, va a ser la valoración que realice el individuo del estresor. (Ivancevich y Matteson, 1985, en Ardid y Zarco, 1999)

Podemos decir que existen una serie de factores o variables pertenecientes al entorno individual y social del trabajador, que son susceptibles de aumentar o de disminuir la

percepción estresante que realice, de la situación en la que se encuentra. Estas variables van a influir en el tipo de respuestas que emita el sujeto, para restablecer el desequilibrio percibido.

A continuación, haremos mención de aquellas variables del ambiente sociodemográfico y psicosocial de individuo que tienen mayor repercusión en el sentimiento de estrés laboral, y por lo tanto, en el bienestar de los trabajadores. (Ardid y Zarco, 1999)

Las variables mencionadas, aparecen desarrolladas en el capítulo que refiere al Síndrome de Burnout, que es el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y recursos del sujeto. Es decir, cuando la persona no logra adaptarse a los estresores laborales, puede llegar a desarrollar el síndrome de Burnout.

#### **Variables Sociodemográficas:**

Edad, género, nivel educativo y clase social.

#### **Variables Psicológicas:**

Autoestima, tolerancia a la ambigüedad, locus de control y patrón de conducta tipo A.

#### **Variables Sociales:**

Apoyo social.

### **1.3.3. Respuestas de afrontamiento**

Realizaremos una breve alusión de esta fase del modelo socioambiental, debido a que este tema aparece desarrollado en profundidad en el capítulo denominado “afrontamiento” de la presente tesina.

Cuando hablamos de estrategias de afrontamiento, hacemos referencia a cualquier tipo de respuesta (física, psicológica o conductual), que emite una persona, para intentar el control, la disminución o la eliminación de la experiencia de estrés. (Ardid y Zarco, 1999).

Cabe destacar la importancia de las estrategias de afrontamiento, porque la presencia del estrés laboral nos indica que hay una falla en las estrategias de afrontamiento que acostumbra a utilizar el sujeto.

#### **1.3.4. Consecuencias del estrés laboral:**

Podemos decir que la aparición del estrés laboral está determinada, sobre todo, por la percepción subjetiva del estrés y también por el nivel de eficacia de las respuestas de afrontamiento utilizadas para controlarlo, disminuirlo o eliminarlo. Este proceso de génesis y desarrollo del estrés laboral determina la presencia y la magnitud de los efectos o consecuencias negativas en la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores. (Ardid y Zarco, 1999).

Los costos del estrés laboral pueden ser muy altos, tanto desde su valor individual como empresarial u organizacional. (Durán, 2010).

Con respecto a las consecuencias que puede provocar a nivel individual, podemos decir que cuando el estresor es duradero, frecuente e intenso, y además, la estrategia de afrontamiento utilizada provoca una estimulación a nivel fisiológico, podría llegar a producirse un agotamiento de los recursos disponibles y, por lo tanto, la aparición de algún trastorno, ya sea a nivel de la salud física, de la salud mental, en la conducta o en la dimensión social. (Ardid y zarco, 1999).

A continuación, describimos las consecuencias a nivel personal: (Durán, 2010).

- **Salud Física:** Trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculares, aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, sudoración, sequedad de la boca, escalofrío, dilatación de pupilas, tensión muscular, insomnio o hipersomnia, alergias, úlceras, etc.
- **Salud Mental:** Frustración, ansiedad, angustia, depresión, enojo, irritabilidad, baja autoestima, culpa, incapacidad de tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental.

- **Aspectos conductuales:** Irritabilidad y mal humor, adicciones, agresividad, apatía.
- **Dimensión Social:** Distanciamiento y/o dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo.

Los efectos o consecuencias negativas del estrés se diferencian de forma considerable, en función de las características de los estresores del entorno laboral y de la cualidad física y psicológica del trabajador. Este hecho explica las diferencias individuales en la presencia e intensidad de los diversos trastornos físicos, psicológicos y/o conductuales que se derivan de la experiencia de estrés. (Ardid y Zarco, 1999).

Por otro lado, entre las consecuencias del estrés a nivel organizacional, podemos mencionar las siguientes: (Durán, 2010).

- Disminución de la cantidad y/o de la calidad del trabajo realizado.
- Falta de cooperación entre compañeros.
- Aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo.
- Necesidad de una mayor supervisión del personal.
- Aumento de quejas y de conflictos.
- Incremento de costos en salud (incapacidades, médico de empresa y otros).
- Aumento del ausentismo, accidentes e incidentes.
- Conflictos interpersonales.
- Mayor índice de errores.
- Distanciamiento afectivo con los clientes.

Concluyendo, podemos decir que las consecuencias negativas del estrés no sólo afectan a la salud física y psicológica del sujeto, sino que también inciden en la salud organizacional, ya que no se puede desestimar la importancia de los recursos humanos en una

organización. Si no existe una filosofía organizacional que se dirija a prevenir y controlar las diversas fuentes de estrés laboral, y a proporcionar una mejor calidad de vida laboral, la insatisfacción en el trabajo y la desmotivación serán los resultados más previsibles. (Ardid y Zarco, 1999).

### **1.3.5. Estrategias de control del Estrés Laboral:**

El concepto de control del estrés laboral, hace referencia al conjunto de estrategias dirigidas a la prevención y/o intervención de la experiencia de estrés y de sus consecuencias negativas. (Peiró y otros, 1994, en Ardid y Zarco, 1999)

Las estrategias de control del estrés recogidas en la literatura al respecto, se pueden clasificar siguiendo varios criterios: (Calzada, 2010).

- **Según el momento en el que se actúa:**

Según este criterio, podemos encontrar estrategias de prevención o de intervención:

-A través de las estrategias de prevención del estrés laboral, se intentan eliminar los factores que lo desencadenan, o bien, impedir que puedan llegar a convertirse en fuente de estrés. (Ardid y Zarco, 1999).

-En cambio, las estrategias de intervención, están dirigidas a disminuir los efectos negativos derivados de la percepción de estrés. Es decir, es una acción paliativa que pretende combatir los efectos y consecuencias negativas que ya se han producido, tras una experiencia de estrés. (Calzada, 2010).

- **Según el nivel de intervención:**

Individual, organizacional y nivel interfaz individuo-organización. (Peiró, 1994, en Calzada 2010).

- **Según el objeto de intervención:**

Peiró (1994) distingue: control de estresores, procesos de apreciación y estrategias de afrontamiento. Estas estrategias no son excluyentes entre sí, y en algunos momentos convergen. (Peiró, 1994, en Calzada 2010)

Los objetivos que persiguen las estrategias mencionadas anteriormente, son los siguientes: (Ardid y Zarco, 1999)

**-Control de estresores:**

En esta estrategia, se pone el énfasis en el control de los principales desencadenantes de estrés laboral y/o en la consecución de ciertos recursos personales que permitan un afrontamiento eficaz.

**-Procesos de apreciación:**

Con estas estrategias, se busca disminuir la discrepancia percibida entre las demandas del ambiente y las capacidades del sujeto. Para ello, se utilizan técnicas dirigidas a modificar la valoración subjetiva del trabajador de los estímulos del entorno y los recursos disponibles para hacerles frente.

**-Estrategias de afrontamiento:**

Por último, los programas de intervención que se centran en las estrategias de afrontamiento se orientan, básicamente, hacia la búsqueda, selección, aprendizaje y emisión de respuestas adaptativas. En este tipo de intervención cobran especial relevancia los programas aplicados en el nivel individual, puesto que la eficacia de estas técnicas depende, exclusivamente, de su puesta en práctica por parte del trabajador.

Para decidir qué estrategia aplicar ante un problema, es necesario conocer las distintas opciones. (Calzada, 2010)

El siguiente cuadro, describe diferentes estrategias de control del estrés laboral, clasificadas de acuerdo al objeto de intervención y al nivel de actuación:

Nivel de actuación	Objeto de intervención		
	Control de estresores	Procesos de apreciación	Estrategias de afrontamiento
<b>Individual</b>	<p>-Mejora de los recursos para afrontar situaciones de riesgo: entrenamiento en habilidades sociales; solución de problemas; conflicto y negociación; relaciones interpersonales o liderazgo; técnicas del puesto.</p>	<p>-Técnicas dirigidas a modificar la valoración de los estímulos: desensibilización sistemática; inundación; solución de problemas.</p> <p>-Técnicas dirigidas a modificar la valoración de los recursos disponibles: reestructuración cognitiva; técnicas de autodiálogo; solución de problemas; inoculación.</p> <p>-Modificación cognitiva: autoestima, locus de control; tolerancia a la ambigüedad.</p>	<p>-Técnicas cognitivo-conductuales: detección del pensamiento; inoculación; solución de problemas; establecimiento de objetivos; reorganización cognitiva; modelado; moldeado; desensibilización sistemática; inundación.</p> <p>-Relajación, meditación</p> <p>-Biofeedback</p> <p>-Ejercicio físico, mantenimiento de la salud.</p>
<b>Organizacional</b>	<p>-Mejora en las condiciones de trabajo</p> <p>-Cambios en los horarios de trabajo: elección de turnos; horarios flexibles; semana laboral comprimida.</p>	<p>-Formación de equipos de trabajo: potenciación del apoyo social; reducción de la incertidumbre ambiental, incremento de la disponibilidad de recursos; etc.</p>	<p>-Apoyo a la dirección para mejorar las dificultades derivadas de problemas personales.</p> <p>-Programas de intervención de crisis</p>

<p>-Rediseño de puestos: enriquecimiento laboral; ensanchamiento laboral; grupos autónomos de trabajo.</p>	<p>-Comités de seguridad y salud laboral: la vigilancia y prevención de estresores incrementa la percepción de seguridad.</p>	<p>organizacional: establecimiento de sistemas de autoridad, liderazgo y coordinación alternativos; resolución de conflictos; clarificación de responsabilidades en la organización.</p>
<p>-Cambios en la estructura organizacional: descentralización, horizontalidad.</p>	<p>-Modificación de la cultura y/o del clima: fortalecimiento de valores, creencias y actitudes que disminuyan la percepción del entorno laboral como amenazante.</p>	
<p>-Cambios en los procesos organizacionales: estilos de dirección y liderazgo (dirección por objetivos, dirección participativa); mejora de la comunicación.</p>	<p>-Participación en la gestión de la organización</p>	
<p>-Ajuste entre las personas y su entorno de trabajo: selección de personal, planes de promoción; colocación y asignación de puestos y responsabilidades.</p>	<p>-Aumento de la autonomía</p>	
<p>-Nuevas tecnologías: ergonomía; participación en la implantación de nuevas tecnologías.</p>		

**Cuadro 1:** Estrategias para el control del estrés.

**CAPÍTULO II:**  
**EL SÍNDROME DE**  
**BURNOUT**

## 2.1. Introducción

La palabra “burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. (Aranda Beltrán, 2006).

Nosotros entenderemos al síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo, como una patología derivada del estrés laboral, ya que reúne los requisitos para ser llamado “síndrome”, es decir, es un conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad, todos ellos agrupados en tres dimensiones: agotamiento emocional (cansancio físico y mental), despersonalización (sentimientos de impotencia y desesperanza) y falta de realización personal en el trabajo (evitación, desmotivación, baja autoestima, etc.) debida a una exposición gradual y continuada, a los estresores que el trabajador percibe como negativos para la salud, existentes en el medio que lo rodea. (Aranda Beltrán, 2006)

Por otro lado, aunque se destaca que el síndrome surge como respuesta al estrés laboral crónico, hay que señalar que aparece como resultado de un proceso, en el que sobre todas las cosas, fallan las estrategias de afrontamiento que acostumbra a utilizar el sujeto. (Gil Monte, 2001).

Este síndrome es frecuente en profesionales de la salud, de la educación y en profesionales que trabajan en los servicios humanos, sin embargo, insistimos en que este síndrome no está restringido a los profesionales que trabaja en este tipo de servicios. Actualmente, se aplica a una gran cantidad de profesionales. (Buendía & Ramos, 2001).

El síndrome de burnout puede tener resultados muy negativos tanto para el sujeto que lo padece, como para la institución en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto, puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización, puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto, que trae como consecuencia un deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas e inclusive, el abandono del puesto de trabajo. (Buendía & Ramos, 2001).

El estudio del síndrome de burnout en el personal sanitario, se ha incrementado sustancialmente en las últimas dos décadas en todo el mundo, dado su impacto potencial tanto

en la salud de los trabajadores que lo padecen, como en la calidad de atención brindada a la población beneficiaria de los servicios de salud. (Encinas, Gómez & Reyes, 2007).

El trabajo realizado por los médicos de emergencias conlleva mucha tensión. El continuo contacto de estos profesionales con el sufrimiento y la muerte, la ansiedad del enfermo y la familia, la frustración al no poder solucionar algunas dificultades que surgen a lo largo del proceso, así como la sobreimplicación, pueden disminuir la capacidad emocional de los profesionales sanitarios y derivar en el “Síndrome de Burnout”.

## **2.2. Historia del concepto**

El concepto de Burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberguer en el año 1974, como una manera de describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación en Nueva York. Luego de un año de trabajo, muchos de ellos se sintieron agotados, se irritaban con facilidad, habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y tendían a evitarlos. (Freudenberguer, 1974, en Ramos & Buendía, 2001).

Al desarrollar este constructo, el objetivo de Freudenberguer fue el de describir un tipo de estrés que surge, generalmente, en profesionales vinculados a labores asistenciales o de servicios, al experimentar un agotamiento de energía, debido a que se sienten sobrepasados por los problemas de los demás. (Freudenberguer, 1974, citado en Olmedo, Santed, Jiménez & Gómez, 2001)

Posteriormente, Maslach lo dio a conocer en el ambiente psicológico en 1977, en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). Desde entonces el término Burnout se utiliza para referirse al *desgaste profesional* que sufren los trabajadores de los servicios humanos (educación, salud, administración pública, etc.) a causa de condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales. (Maslach, 1976, en Ramos y Buendía, 2001)

Un acontecimiento muy importante en el desarrollo del concepto de Burnout, fue la aparición del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), como instrumento de evaluación. Este instrumento permitió la realización de diferentes tipos de investigaciones

acerca del desarrollo del Burnout y los factores asociados al mismo. (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993 citados en Olmedo & cols., 2001)

En la actualidad, el término Burnout es probablemente uno de los términos más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas. A su vez, los trabajos acerca de este concepto se han multiplicado en todo el mundo. (Ramos y Buendía, 2001).

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de preocuparse más por la calidad de vida laboral que las organizaciones ofrecen a sus empleados. La calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental de los trabajadores, tiene repercusiones sobre la organización (absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.) Asimismo, la incidencia del síndrome de Burnout sobre los profesionales de la salud, conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general. (Gil Monte, 2001).

### **2.3. Definiciones**

Al igual que ocurre con las denominaciones, en la literatura especializada, existen numerosas definiciones del Síndrome de Burnout.

Si bien no existe una definición aceptada en forma unánime, hay consenso en considerar que el Síndrome de Burnout aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo condiciones difíciles, en contacto directo con los usuarios (clientes, pacientes, alumnos, personal penitenciario, etc) de tales instituciones y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización. (Ramos y Buendía, 2001)

Podemos citar algunas definiciones, que fueron delimitadas en la década del 80:

Pines y Arosón (1988, citados en Ramos y Buendía, 2001) lo consideran como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, pérdida de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y autoestima baja.

Por otro lado, Burke (1987 citado en Ramos y Buendía, 2001), entiende que el síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, culpabilidad por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Sin dudas, la definición más extendida es la de Maslach y Jackson. Estas autoras sostienen que el síndrome de Burnout abarca tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal. (Maslach y Jackson, 1981, en Savio, 2008)

Consideramos que es la definición más extendida, porque el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es un instrumento de medición creado por estas autoras, se utiliza para medir estas tres dimensiones mencionadas. La aparición de este instrumento, dio la posibilidad a los investigadores, de realizar numerosas investigaciones que contribuyeron a ampliar la comprensión de Burnout y de los factores asociados al mismo.

#### **2.4. Dimensiones**

Podemos decir que los primeros estudios empíricos realizados por Maslach, estaban orientados a analizar las características del trabajo propio del personal sanitario, los problemas emocionales de esos profesionales y el comportamiento con sus clientes. Los resultados de estas primeras investigaciones mostraron la presencia de dos factores en el fenómeno de Burnout: cansancio emocional y la despersonalización. Sólo después de aplicar el programa de investigación en diferentes profesiones, apareció el tercer factor que, actualmente, completa el modelo de Burnout propuesto por la autora: la falta de realización personal. Con el objetivo de evaluar estas tres variables se elaboró el primer formato del Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson. (Moreno, Bustos, Matallana & Miralles, 1997, citados en Olmedo & cols., 2001)

Ramos, (1999, citado en Ramos y Buendía, 2001), describe las características de las dimensiones del Síndrome de Burnout:

- **Cansancio Emocional:**

Se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc. Es una situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar

más de sí mismos a nivel afectivo. Se manifiesta a través del agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios. La persona experimenta agotamiento emocional, a causa del contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- **Despersonalización:**

Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. Puede considerarse como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada, debido a un endurecimiento afectivo, lo que lleva a que los culpen de sus problemas (por ejemplo, al paciente le estaría bien merecida su enfermedad)

- **Falta de Realización Personal:**

Consiste en respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo. Es la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente. Esta evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y también a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados laborales.

## **2.5. Evaluación**

A lo largo del tiempo, se han venido desarrollando diversos instrumentos para poder medir este fenómeno. La medición del síndrome se ha realizado principalmente a través de autoinformes o cuestionarios.

El cuestionario más utilizado internacionalmente es el Maslach Burnout Inventory-M.B.I. (Maslach y Jackson). Este instrumento consta de 22 ítems que recogen afirmaciones sobre pensamientos, sentimientos, emociones y conductas del profesional con respecto a su trabajo.

## **2.6. Diferencias con otros conceptos:**

A medida que se desarrolla el proceso del síndrome de Burnout, puede llegar a confundirse con otros trastornos. Es importante marcar una diferenciación conceptual del Burnout con respecto a otros conceptos:

- **Estrés laboral:**

La distinción entre estrés laboral y Burnout no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El burnout puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. El estrés en cambio se refiere a procesos temporales más breves. (Schaufeli y Buunk, 1996, citado en Ramos y Buendía, 2001)

- **Fatiga:**

Una de las principales diferencias entre el Burnout y la fatiga física, es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga, pero no del síndrome de Burnout. Además, los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, pero describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así, mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de Burnout conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso. (Pines y Aronson, 1998, en Ramos y Buendía, 2001)

- **Depresión:**

Aunque se argumenta que Burnout y depresión son constructos diferentes, la distinción no siempre es fácil de hacer. Los investigadores Leiter y Durup, (1994, en Ramos y Buendía, 2001) muestran empíricamente que el cansancio emocional está significativamente asociado a la depresión, mientras que no hay relación significativa con las otras dos dimensiones (despersonalización y baja realización personal en el trabajo).

Por otro lado, Gil Monte (1997, citado en Savio, 2008) sostiene que el Burnout se diferencia de la depresión porque el Burnout es un constructo social que deriva de la interacción entre la organización y la persona, en cambio la depresión es un fenómeno más amplio y puede surgir en otros contextos de la vida del sujeto, por ejemplo, puede ser motivada por un problema familiar.

- **Insatisfacción laboral:**

Tanto la insatisfacción por el trabajo como el Burnout, presentan desmotivación y pérdida de energía, pero en el Burnout se da además la despersonalización, que lo diferencia de la insatisfacción. La despersonalización implica sentimientos negativos, incluidos el cinismo, hacia las personas con las que se trabaja. Se produce una deshumanización, un endurecimiento afectivo que conduce a que el trabajador culpe por sus problemas a quien recibe sus servicios. (Gil Monte, 1997, en Savio, 2008). En síntesis, podemos decir que ambas son experiencias psicológicas internas y negativas, pero que el Burnout incluye cambios de conducta hacia los beneficiarios del trabajo, a diferencia de la insatisfacción laboral.

## **2.7-Evolución**

Existen varias teorías que explican la evolución del síndrome de Burnout. Entre ellas, podemos mencionar a la teoría de Cherniss y a la de Bronsberg y Vestlund.

### **Teoría de Cherniss**

Para Cherniss, (1980, citado en Ciccotelli, Gascón & Olmedo, 2003), se trata de un proceso de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, distinguiendo varias etapas:

- 1) Una fase de estrés, caracterizada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- 2) Una fase de agotamiento, al producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- 3) Una última etapa, de agotamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo.

### **Teoría de Bronsberg y Vestlund**

Por otro lado, Bronsberg y Vestlund, (1997, citados en Buendía y Ramos, 2001) realizan una descripción detallada de cómo surge el Burnout, distinguiendo con carácter meramente didáctico, varias fases de su desarrollo:

- **Fase inicial o de entusiasmo:**

En general, todo profesional experimenta entusiasmo en la etapa inicial de acceso a un nuevo puesto en la que la actividad laboral y las expectativas positivas derivadas de la misma cobran una gran importancia. Al principio el trabajo se siente como algo estimulante. Resulta muy atractivo ponerse a trabajar después de haber finalizado los estudios o después de haber cambiado de trabajo. Aunque el trabajo sea exigente, nos aporta mucho. Por eso, no nos preocupan demasiado los contratiempos, sino que nos ponemos a trabajar con renovadas energías y nos parece que cuando ya lo hayamos solucionado, todo irá bien. Además nos identificamos intensamente con las personas con las que trabajamos, con el equipo de trabajo y, en general, con toda la organización. Cuando es necesario, no nos importa prolongar nuestra jornada laboral. Nuestro trabajo nos gusta tanto, que es normal que al principio tengamos que dedicarle más tiempo. Incluso si los objetivos son poco claros, lo resolvemos marcándonos nosotros mismos objetivos mucho más altos que los que nuestros jefes esperan de nosotros.

- **Fase de estancamiento:**

Tras comprobar en incumplimiento de nuestras expectativas profesionales, nos estancamos. Y aunque el trabajo todavía representa una posible fuente de realización personal comenzamos a replantearnos la relación entre esfuerzo personal y beneficios. Empezamos a dudar y a sentir una cierta sensación de derrota, pero no sabemos exactamente cuál es el motivo. No vemos los resultados que esperábamos conseguir. Nos sentimos incapaces. Las expectativas poco realistas se convierten en un lastre. Nuestro entusiasmo oscila, a veces actuamos en forma poco eficaz porque nos invaden las dudas. Poco a poco nos vamos contagiando del negativismo de nuestros compañeros de trabajo, aunque intentamos controlarlo. Nos aislamos para protegernos del desengaño y del negativismo. Hasta que la salud comienza a fallar.

- **Fase de Frustración:**

Nos cuestionamos la eficacia del esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño de nuestro trabajo. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales puede condicionar el tránsito a una fase de apatía. El trabajo se siente como algo carente de sentido. Sentimos miedo de que todo vaya a seguir siendo igual hasta que nos llegue la jubilación. Empezamos a convertirnos en personas negativas y vemos trabas en nuestro camino y en las personas con las que trabajamos, pensamos que “esto no funcionara nunca”. Con el paso del tiempo, cada vez nos sentimos más impotentes y más ignorantes. Todo lo que hacemos parece que no sirva para nada. Cualquier cosa nos irrita y provoca conflictos en el equipo de trabajo. Nos destrozamos los unos a los otros. Los síntomas psicossomáticos ahora se han vuelto crónicos. Todavía nos encerramos más en nosotros mismos.

- **Fase de la hiperactividad y de la apatía:**

**Reacción de hiperactividad:** Nos olvidamos de nosotros mismos. Decimos “sí” a demasiadas cosas. Siempre estamos trabajando. No escuchamos, estamos acelerados. Queremos hacer tantas cosas que no hacemos nada. Después, se produce el colapso.

**Reacción de apatía:** La apatía surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. La esperanza nos abandona. Nos sentimos resignados tanto por lo que se refiere al trabajo como por las posibilidades de poder cambiar algo. Aumenta la distancia entre nosotros y las personas que atendemos, lo mismo ocurre con los compañeros de trabajo y la familia. La poca seguridad en nosotros mismos ha tocado fondo. No creemos que haya algo que podamos hacer, y mucho menos que podamos cambiar alguna cosa en nuestro trabajo. Nos despreocupamos del trabajo.

- **Quemado:** Colapso físico, emocional y cognitivo que nos obliga a dejar el empleo, ser trasladados, cambiar de trabajo o arrastrar una vida profesional presidida por la frustración y la insatisfacción.

Así pues, podemos considerar el burnout como un proceso en el que el trabajador se desentiende de su trabajo como respuesta al estrés y agotamiento que experimenta en él. El proceso empieza cuando el trabajador no logra aliviar su situación con las técnicas de

solución de problemas adecuadas. Los cambios en sus actitudes y conducta son una desafortunada e ineficaz válvula de escape ante una situación que probablemente a largo plazo resultará insostenible.

## 2.8. El síndrome y sus consecuencias asociadas:

Ramos y Buendía (2001), sostienen que existe una amplia gama de consecuencias del síndrome de Burnout, que pueden ser categorizadas como emocionales, cognitivas, conductuales, sociales y físicas:

### Emocionales:

- Depresión
- Indefensión
- Desesperanza
- Irritación
- Apatía
- Desilusión
- Pesimismo
- Hostilidad
- Falta de tolerancia
- Acusaciones a los clientes

- Supre  
sión de sentimientos

**Cognitivas:**

- Pérdi  
da de significado
- Pérdi  
da de valores
- Desap  
arición de expectativas
- Modif  
icación del autoconcepto
- Desor  
ientación Cognitiva
- Pérdi  
da de la Creatividad
- Distra  
cción
- Cinis  
mo
- Crític  
as Generalizadas

**Conductuales:**

- Evita  
cción de responsabilidades
- Abse  
ntismo
- Cond  
uctas inadaptativas

- ganización Desor
- implicación Sobre
- ción de decisiones Evita
- nto del uso de caféina, alcohol, tabaco y drogas. Aume

### **Sociales:**

- ción de contactos. Evita
- ictos interpersonales Confl
- umor familiar Malh
- miento Aisla
- ación de grupos críticos Form
- ción profesional Evita

### **Físicas:**

- eas Cefal
- es musculares (especialmente los dorsales) Dolor
- da de apetito Pérdi

• nciones sexuales	Disfu
• emas de sueño	Probl
• crónica	Fatiga
• ornos alérgicos	Trast
• ornos Gastrointestinales	Trast
• as	Úlcer
• ornos cardiovasculares	Trast
• rencia de infecciones	Recur
• ornos respiratorios	Trast

## 2.9. Variables que influyen en el síndrome de burnout:

Al origen del síndrome del burnout podemos encontrarlo tanto en las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, así como también en el resultado de la interacción entre el sujeto y su ambiente profesional.

Las variables que producen el síndrome de Burnout, pueden ser individuales, sociales u organizacionales.

### 2.9.1. Variables individuales:

Dentro de las variables individuales, encontramos variables demográficas, características de personalidad y la orientación profesional.

### 2.9.1.1. Variables Demográficas:

Los datos entre burnout y variables demográficas son muy controvertidos, y varían considerablemente de unos estudios a otros.

- **Sexo:** En comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los destinatarios de sus servicios que las mujeres (Maslach y Jackson, 1985). Esto se puede deber a que el hombre y la mujer presentan notables diferencias biológicas y psicológicas. En general, la mujer es más emotiva y menos pragmática que el varón, en cambio este último suele optar por actitudes que busquen la resolución de problemas. El varón le da una solución momentánea a este sentimiento de estar quemado, por medio de la despersonalización como estrategia de afrontamiento. De esta manera resuelve el problema a corto plazo, pero esta estrategia, con el paso del tiempo, se torna nociva y perjudicial para el sujeto. Sin embargo, es difícil interpretar las diferencias de género, porque pueden confundirse con un gran número de variables relacionadas con el burnout, como por ejemplo empleo, profesión, conflicto de rol, ambigüedad de rol, sistema de apoyo social, etc. (Buendía y Ramos, 2001)
- **Edad:** La relación entre la edad y el desgaste profesional, es negativa. Por este motivo, los profesionales más jóvenes tienen una tendencia a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, en comparación con los trabajadores veteranos. Estos últimos, en general, suelen mostrar bajos niveles de Burnout. (Buendía & Ramos, 2001).
- **Estado Civil:** Hay estudios que demuestran que las personas casadas presentan menores niveles de burnout, en comparación con solteros, viudos y divorciados.
- **Nivel de Educación:** Algunas investigaciones relacionan el nivel educacional alto con el cansancio emocional.
- **Años de experiencia profesional:** Al parecer, a mayor cantidad de años de ejercer la profesión, hay menos probabilidad de tener una experiencia de Burnout.
- **Tiempo dedicado al ocio:** Hay estudios que comprueban que a mayor cantidad de tiempo dedicado al ocio, se encuentran menores niveles de Burnout.

- **Consumo de Tabaco:** Investigaciones como las de Daniel y Pérez (1996, citado en Buendía y Ramos, 2001), sostienen que los médicos que fuman más de veinte cigarrillos al día, presentan mayor grado de Burnout que aquellos que fuman menos, o que no fuman.

### 2.9.1.2. Características de Personalidad:

Distintos estudios (Burke, Greenglass, y Konarski, 1995; Parker, 1998, citados en Ramos y Buendía, 2001) muestran que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A y locus de control externo, son más vulnerables a sufrir el síndrome de Burnout, mientras que los sujetos con “personalidad resistente al estrés” y que habitualmente emplean estrategias de afrontamiento de carácter activo, lo experimentan con menos frecuencia.

A continuación, explicamos de qué se trata cada uno de estos conceptos:

- **Patrón de conducta tipo A:**

Este estilo de comportamiento se caracteriza por las siguientes manifestaciones: competitividad, impaciencia, hostilidad, elevada necesidad de logro, lenguaje explosivo, tensión muscular y sentimiento de estar sometido a presión temporal y exigencias de fuerte responsabilidad. (Bermúdez & Pérez, 1988, en Berríos Martos & García Martínez, 2006)

Nagy y Davis (1985) indicaron que el patrón de conducta tipo A se relacionaba más significativamente con Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que era baja su correlación con Falta de Realización Personal. (Nagy & Davis, 1985, citados en Gómez Centurión, 2003).

- **Locus de Control Externo:**

Las atribuciones de causalidad que las personas realizan frente a un acontecimiento, pueden dividirse en dos dimensiones: internas o externas. Son internas cuando las personas tienden a pensar que los resultados de un acontecimiento se deben a las respuestas que ellos efectuaron; mientras que la atribución es externa cuando los sujetos creen que las causas se refieren a factores ajenos a ellos, como, por ejemplo, la suerte o el destino. (Abramson & Seligman, 1978; en Feldberg & Stefany, 2009)

Diferentes estudios señalan que los profesionales con locus de control externo son más propensos al burnout, influenciando especialmente sobre la subescala de Realización Personal del MBI. (Capel, 1987, citado en Gómez Centurión, 2003).

- **Personalidad Resistente:**

El concepto de personalidad resistente, o “hardiness”, tal como lo propone Kobasa (1982, citado en Garrosa Hernández, González Gutiérrez & Moreno Jiménez, 2000), queda definido por tres dimensiones:

**-Compromiso:** El compromiso se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos. Esta cualidad supone en el individuo el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener sus valores. Las personas con la característica del compromiso o implicación poseen tanto las habilidades, como el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés.

**-Control:** Es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Los individuos con esta característica pueden percibir consecuencias positivas predecibles en muchos de los acontecimientos estresantes, ya que sienten que pueden manejar los estímulos en su propio beneficio.

**-Reto:** Esta cualidad permite que los individuos perciban el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias, y no como una situación de amenaza. Ello proporciona al sujeto una flexibilidad cognitiva y una tolerancia a la ambigüedad que induce a considerar el cambio como característica habitual de la historia y la vida.

Diferentes estudios han demostrado que la personalidad resistente es una variable que está vinculada a una mejor salud y que modula la relación entre el estrés laboral y sus resultados. (Kobasa, 1982, en Garrosa Hernández & cols., 2000)

El constructo de personalidad resistente se ha propuesto como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar Burnout. Nowack (1986) encontró que los niveles más bajos de estrés y mayor personalidad resistente, presentaban significativamente menos burnout. (Nowak, 1986; en Gómez Centurión, 2003).

Otras variables de la personalidad, como el neuroticismo, la falta de autoeficacia, la falta de autoestima, la escasa resistencia al estrés y las estrategias de afrontamiento de escape o evitación, son variables que facilitan la aparición de síndrome de Burnout. (Buendía y Ramos, 2001)

Es necesario continuar y profundizar en estos estudios, optimizando los diseños metodológicos.

### **2.9.1.3. Orientación Profesional:**

Se define a la orientación profesional como la valoración que tiene el trabajo para cada individuo. Supone metas, valores, deseos y aspiraciones profesionales. Podemos decir que para cada tipo de orientación profesional, hay un puesto de trabajo adecuado. La relación entre la orientación profesional y el puesto de trabajo, influirían en los grados de estrés, fatiga y burnout. (Buendía y Ramos, 2001)

Según Cherniss (1980) existen cuatro tipos de orientaciones profesionales:

- **Activista social:** Son individuos idealistas, dinámicos y con alto compromiso social. Promueven cambios desde el trabajo. Un claro ejemplo de este tipo de orientación, son las personas que se involucran en actividades gremiales.
- **El escalador:** Por encima de todas las cosas, quieren “hacer carrera”. Buscan prestigio, responsabilidad y seguridad económica en el trabajo. Son sumamente competitivos. Por ejemplo, son aquellos empleados que apuntan cargos gerenciales. Se perfilan como líderes en su ámbito de laboral.
- **El artesano:** A este tipo de trabajador le interesa el trabajo propiamente dicho. Disfruta mientras trabaja. Busca desarrollar sus habilidades y su autorrealización personal y profesional en el campo laboral.

- **El autoorientado:** Está más interesado en su vida personal y familiar, no pretende cambiar el mundo ni escalar posiciones; está poco comprometido con el trabajo, le interesa muy poco, sólo lo indispensable. Busca actividades fuera del campo laboral para satisfacer sus necesidades personales y familiares. Es la persona que considera que lo único que vale la pena es lo que invierta en sí mismo.

Se han realizado diferentes investigaciones tales como la de Burke, Deszca y Shearer (1986) y la de Burke y Greenglass (1990), en la que se establecieron relaciones entre las cuatro orientaciones profesionales y el síndrome de burnout. (Buendía y Ramos, 2001)

La primera investigación, que se realizó en los mandos de la policía, arrojó los siguientes resultados:

- Los activistas sociales mostraron los mayores niveles de Burnout, mayor estrés y menor satisfacción en el trabajo. Son los que peor se sienten. Muestran el mayor número de síntomas psicósomáticos, consumen altos niveles de alcohol, drogas y café.
- Los autoorientados, muestran baja satisfacción en el trabajo.
- Los artesanos y escaladores, obtuvieron el mayor grado de satisfacción con el trabajo y el puesto que desempeñaban. A su vez, presentaron menores niveles de burnout y de estrés.

La segunda investigación, realizada con maestros, mostró resultados similares. No obstante, en este mismo estudio un año después se observaron los siguientes resultados:

- Los autoorientados mostraban un nivel de Burnout más alto, mayor nivel de estrés y menos satisfacción en el trabajo. Además, el mayor nivel de ausentismo.
- Los activistas sociales presentaron los peores resultados en salud física y psicológica.

- Los escaladores refirieron una baja satisfacción con su pareja, mostrando un gran conflicto entre los roles laborales, personales y familiares.
- Los artesanos presentaron los niveles más altos de satisfacción con su trabajo y con su vida personal.

### 2.9.2. Variables Sociales:

Cuando hablamos de variables sociales, nos referimos al apoyo social, que es una variable fundamental con respecto al síndrome de burnout. Tomaremos como referencia a los autores Buendía y Ramos, para hablar acerca de esta variable.

Entendemos por apoyo social a la ayuda tanto real como percibida que tiene cada sujeto, de las relaciones interpersonales (familiares o de pares), ante una situación específica. Tanto la familia o los amigos brindan al sujeto una autoestima profesional que muchas veces no logra en el ámbito laboral.

Esta variable le permite a la persona, sentirse querida, cuidada, estimada, valorada y participe en una red comunicacional que supone obligaciones mutuas.

Ya que la realidad para toda persona es ante todo, la realidad percibida, es de fundamental importancia la percepción que el individuo tiene del apoyo social con que cuenta efectivamente.

Podemos distinguir sistemas de apoyo “formal” e “informal”:

- **Sistemas de apoyo formal:** Está integrado por las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial.
- **Sistemas de apoyo informal:** abarcan diferentes redes sociales que surgen de manera natural, como las familiares, religiosas, de tiempo libre y laboral.

Indudablemente el apoyo social protege al sujeto de la aparición de trastornos físicos y psicológicos. Sin embargo el impacto de las variables sociales puede ser diferente sobre los síntomas psíquicos y físicos. Entre las teorías que explican la relación positiva entre apoyo social y salud, podemos citar:

**-Hipótesis del efecto directo o principal:** Según esta teoría, el apoyo social protege a la salud, independientemente del nivel de estrés.

**-Hipótesis del efecto protector o “Buffer”:** En este caso, se sostiene que el apoyo social protege a las personas de los efectos perjudiciales de las situaciones estresantes.

Las investigaciones de Buendía (1990) sugieren que a mayor apoyo social, menor sintomatología psicológica y física y menores índices de mortalidad, en comparación con las personas con bajos niveles de apoyo social.

En tanto que la investigación de Meneces (2000) sostiene que hay indicios de que aquellas personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos sujetos con un apoyo social pobre.

Diferentes investigaciones sugieren que el apoyo social influye de manera importante en las personas, a pesar de que hasta ahora no es posible sostener una relación causal.

Cohen y Ashby (1985) señalan que el apoyo social podría actuar como variable moderadora del estrés, de estrés laboral y el Burnout.

### **2.9.3. Variables Organizacionales:**

Tanto las variables personales como las sociales, son variables que **facilitan** la aparición del síndrome de burnout, en cambio las variables organizacionales, fundamentalmente las vinculadas al desempeño del puesto de trabajo, lo **desencadenan** (Gil Monte y Peiró, 1997; Buendía y Ramos, 2001)

Gil Monte (1997) define a los desencadenantes de Burnout como aquellos estresores del ambiente laboral que se perciben como crónicos, e identifica tres tipos de desencadenantes del síndrome: (Gil Monte, 1997, en Savio, 2008)

**-Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto:** Podemos destacar en este grupo al nivel de ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga laboral percibida, turnos rotativos y oportunidad del sujeto para usar las habilidades adquiridas.

**-Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera:** Dentro de estas variables se señala la ambigüedad y conflicto de rol, las relaciones interpersonales de carácter negativo con supervisores, compañeros, subordinados y clientes. También se incluyen en este grupo la precariedad de los contratos laborales, los retiros o jubilaciones anticipados.

**-Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales:** la nueva tecnología puede resultar tanto un facilitador del trabajo, como una fuente de estrés, en el caso de que el trabajador sienta que la nueva tecnología requiere aptitudes que superan sus habilidades. Asimismo, el reemplazo de cierto contacto directo con pares y superiores por la comunicación a través de computadoras, puede generar una sensación de aislamiento. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo por parte de la supervisión y la falta de autonomía.

## 2.10. Perspectivas Teóricas

De acuerdo a Savio (2008) desde las iniciales investigaciones de Freudenberguer, las explicaciones respecto del burnout han venido desarrollándose dentro de dos líneas:

- 

**ectiva Clínica**

**Persp**

La perspectiva clínica considera el síndrome como un **estado** que el trabajador padece. (Freudenberger, 1974, en Savio, 2008).

- 

**Persp**

### **ectiva Psicosocial**

Esta perspectiva lo enfoca como un **proceso** en el que participan tanto las características del entorno laboral como las características individuales del trabajador. Se basa en teorías sociocognitivas del yo (Tonon, 2003), tomando en cuenta la desilusión y desesperanza por no poder cumplir con las expectativas existentes (Pines y Aronson, 1988). Dentro de este marco se desarrolló la teoría y el instrumento de medición de Maslach (1981). También se encuentran dentro de esta perspectiva las líneas de investigación de la psicología de las organizaciones, que enfoca el Burnout desde el punto de vista del estrés, considerando las características de las organizaciones y las maneras en que la persona hace frente y brinda respuesta a las circunstancias que se plantean. (Golembiński, 1983).

La diferencia entre estas perspectivas estriba en que el BO como estado, entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un "etiquetamiento" (decir que alguien "está quemado" sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la conceptualización como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo. (Gil-Monte & Peiró, 1997, en Savio, 2008)

## **2.11. Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout:**

La necesidad de explicar la etiología del síndrome, ha dado lugar a que aparezcan diversos modelos. Estos modelos tienen en cuenta una serie de variables, ya sea como antecedentes o consecuentes del síndrome, e intentan explicar el **proceso** que hace que los sujetos lleguen a sentirse quemados. Las variables que tienen una implicancia más directa en el síndrome de Burnout pueden ser de tipo individual, social u organizacional. (Ramos y Buendía, 2001).

Existen tres tipos de teorías que explican las causas del síndrome:

### **2.11.1. Teoría Sociocognitiva del Yo**

Gil Monte (2001) sostiene que los investigadores que adhieren a este enfoque, otorgan a las variables personales o individuales, un papel central para explicar las causas que originan del síndrome.

Uno de los modelos más representativos de este grupo, es el siguiente:

- **Modelo de la competencia social de Harrison (1983):**

Según este autor, la competencia y la eficacia percibida, son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de las personas que comienzan a trabajar en profesiones asistenciales, suelen tener una alta motivación para ayudar a los demás y un elevado sentimiento de altruismo. Ésta motivación, junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera, van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación, junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, cuando surgen factores que dificultan la consecución de objetivos, como por ejemplo, la ausencia de metas laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral o conflictos interpersonales, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo. (Gil Monte, 2001).

### **2.11.2. Teoría del Intercambio Social**

Este segundo tipo abarca aquellos modelos que hacen hincapié en los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, es decir, le otorga una importancia central a las variables sociales. (Ramos y Buendía, 2001).

A continuación, explicamos uno de los modelos más representativos:

•

### **a de la conservación de recursos de Buunk y Schaufeli:**

Para estos autores, el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome, la falta de apoyo social en el trabajo, por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los trabajadores pueden huir del apoyo social, porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse, los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (trabajadores que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre éstas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio. (Buunk & Schaufeli, 1993, en Gil Monte, 2001)

### **2.11.3. Teoría Organizacional**

Esta teoría comprende los modelos que destacan la importancia de las variables organizacionales en la etiología del síndrome. En especial, se ha subrayado la importancia del trato continuo con clientes y pacientes difíciles. (Ramos y Buendía, 2001)

Modelos representativos:

- **Modelo de Winnubst (1993)**

Este modelo resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en el origen del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Los sistemas de apoyo social, están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional, puesto que a través del apoyo social, es posible influir sobre las distintas funciones que surgen de cualquier tipo de estructura organizacional. Esta variable es considerada una variable central con respecto a la intervención sobre el síndrome. (Winnubst, 1993, citado en Gil Monte, 2001).

Es importante destacar que una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del síndrome, por el contrario, esta explicación surge al integrar variables extraídas de las tres perspectivas. Debe considerarse la importancia de las variables individuales, sociales y organizacionales. Aún así, la evidencia empírica de los modelos que explican el síndrome de Burnout es muy limitada, tanto por motivos conceptuales como metodológicos. (Ramos y Buendía, 2001).

Gil Monte y Peiró (1997), han elaborado un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias de síndrome de burnout. Es un enfoque transaccional que tiene en cuenta variables organizacionales, variables personales y estrategias de afrontamiento. (Gil Monte y Peiró, 1997, en Buendía y Ramos, 2001).

Para estos autores, los resultados obtenidos, permiten conceptualizar el burnout como una respuesta al estrés laboral percibido, que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. (Manzano y Ramos, 2000, en Buendía y Ramos, 2001)

## **2.12. Estrategias para el Tratamiento**

Buendía y Ramos (2001) sostienen que por lo general, los tratamientos para el manejo del estrés, el estrés laboral y el Burnout, tienen como objetivo, producir cambios en las personas a través de distintas técnicas y conocimientos.

Existen programas de entrenamientos en aspectos específicos, muchos de ellos integran el análisis del proceso de estrés y sus posibles antecedentes junto al entrenamiento en gestión del tiempo, cambios en los estilos de vida y entrenamiento en una o varias estrategias de afrontamiento. Una parte importante de los programas está centrada en concientizar a los participantes del papel que puede desempeñar en la prevención del estrés.

Según donde se centre la intervención, podemos clasificar a los programas en dos grandes grupos, los centrados en el objetivo de la intervención y, aquellos que ponen su acento en el nivel de la intervención. Desarrollaremos ambos programas, basándonos en Buendía y Ramos (2001).

#### **2.12.1. Programas centrados en el Objetivo de la Intervención:**

Teniendo en cuenta el objetivo de la intervención, las estrategias a aplicar a los pacientes con el síndrome de B.O. deben integrar técnicas que permitan:

- Entrenar a los profesionales en técnicas que permitan adquirir y mejorar estrategias individuales de afrontamiento, fundamentalmente las centradas en resolución de problemas. De esta forma, se busca modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales.
- Entrenar en técnicas de solución de problemas, de inoculación de estrés, de organización personal, para desarrollar en los profesionales, estrategias cognitivo conductuales que neutralicen las consecuencias del B. O.
- Desarrollar habilidades sociales de comunicación interpersonal y la asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Eliminar, o por los menos disminuir los estresores organizacionales.

#### **2.12.2. Programas centrados en el Nivel de la Intervención:**

Por otra parte, teniendo en cuenta el nivel de la intervención, las estrategias a utilizar pueden ser:

- **tegrías individuales:**

A través de estas estrategias, se trata de que el sujeto aprenda a organizarse en su trabajo, trabaje con mayor eficacia y eficiencia y disfrute con lo que hace. Las principales técnicas de tratamiento individual del síndrome de burnout, son las siguientes:

**-Ejercicio físico:** Un ejercicio vigoroso y rutinario, puede reducir los niveles de ansiedad. Dado que la ansiedad se asocia comúnmente al burnout, este método de disminución del estrés puede resultar muy aconsejable.

**-Técnicas de relajación:** Se trata de técnicas que los sujetos pueden aplicar tanto durante la jornada laboral como en sus casas., siempre y cuando hayan recibido el entrenamiento adecuado. Se realiza una combinación de ejercicios respiratorios con estrategias de relajación mental. Las consecuencias positivas para el sujeto, consisten en un grado menor de ansiedad, un consumo menor de alcohol y mayor control del estrés.

**Biofeedback:** Estas técnicas implican el control voluntario de las funciones corporales. Permiten que un sujeto, mediante instrumentos electrónicos que generan señales auditivas o visuales, tenga conciencia de cambios fisiológicos y biológicos que normalmente no son conscientes (ritmo cardíaco, presión arterial, presión sanguínea) Con estas técnicas, el paciente puede modificar sus propios estados orgánicos y provocar su normal funcionamiento. El objetivo del biofeedback es conseguir en el sujeto, un control voluntario, sin el uso de instrumentos, de sus propios estados biológicos. Parece que estas técnicas han dado buenos resultados en el tratamiento de problema como la impotencia, trastornos gastrointestinales, epilepsia, ansiedad, insomnio, hipertensión y cefaleas.

**-Técnicas Cognitivas:** Destaca como técnica el “entrenamiento en solución de problemas”. El objetivo de dicha técnica, es enseñar a los individuos a que vuelvan a evaluar y reestructurar las situaciones estresantes y problemáticas, para que dejen de

serlo. Esto se consigue: introduciendo una metodología en la definición del problema, aplicando los pasos para resolverlo, eliminando las distorsiones cognitivas (como la excesiva generalización, la ampliación de los problemas y la personalización) e introduciendo la aplicación de un enfoque paso a paso, lógico, positivo y optimista. El beneficio de su aplicación supone que el control último queda en manos del individuo, capacitándole para controlar su reacción frente a factores estresantes.

Otras estrategias individuales incluyen el entrenamiento en organización personal, uso eficaz del tiempo, habilidades sociales y asertividad, desarrollo de habilidades de comunicación, planificación de actividades de ocio y tiempo libre. Se trata de que el sujeto sepa organizarse en su trabajo, trabaje mejor con mayor eficiencia y eficacia, y aprenda a disfrutar de los que hace.

Pero la estrategia individual que consideramos, tiene mayor importancia a la hora de lidiar con el estrés laboral, es el aprendizaje de estrategias eficaces de afrontamiento. Básicamente, las estrategias de afrontamiento más estudiadas, han sido aquellas que modifican los procesos psicológicos que forman parte en la experiencia de estrés, sobre todo los procesos de evaluación de la situación y del control de los efectos negativos de esta situación, bien sea por el nivel fisiológico (por ejemplo, a través de técnicas de relajación) o cognitivo (con técnicas cognitivo-conductuales: programas de reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, solución de problemas, etc.).

- **Estrategias Sociales:** Puesto que la falta de apoyo social tiene efectos directos o moduladores sobre el síndrome, se recomienda utilizar estrategias que favorezcan el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares.
- **Estrategias Organizacionales:** Sin lugar a dudas, las características de la organización influyen en la presencia o ausencia del síndrome de burnout de los trabajadores, debido a que las variables organizacionales son disparadoras del síndrome, a diferencia de las variables individuales y sociales. Por este motivo, es importante implicar a toda la organización en programas y actividades de prevención y

tratamiento por medio de programas de desarrollo organizacional, planes de carrera, calidad total, reingeniería, etc.

Nos parece importante destacar que en la actualidad, tanto en el estrés laboral como en el burnout, la intervención se dirige principalmente al individuo, olvidando los aspectos sociales y organizacionales. Esto significa que las intervenciones realizadas a nivel individual, atribuyen el problema al individuo: sitúan la responsabilidad para el cambio solo en el propio trabajador, cuando los factores que provocan este trastorno también están fuera, en su contexto profesional. (Valero, 1997, en Buendía y Ramos, 2001)

Sin embargo, en la actualidad, algunas organizaciones han comenzado a tomar conciencia de su responsabilidad en el tema del síndrome del estrés laboral y del síndrome de burnout, y tímidamente, comienzan a surgir programas de intervención que hacen hincapié en las variables de la organización. Estos programas se denominan “programas de control del estrés”, y sus objetivos pueden ser muy amplios: (Peiró y Salvador, 1993, en Buendía y Ramos, 2001)

- Pueden centrarse en evitar la aparición del estrés (programas preventivos)
- Pueden contrarrestar y reducir los efectos del mismo, cuando ya ha aparecido (programas terapéuticos)

Es necesario subrayar que es muy importante el papel que juegan las empresas y las instituciones en la prevención y el tratamiento del burnout, ya que son responsables, en gran parte, del diseño y configuración del entorno laboral. Hemos señalado en muchas ocasiones, a lo largo de este trabajo, que no hay situaciones estresantes por sí mismas, sino que todo depende de que el sujeto las interprete como tales, y que las diferencias individuales son muy grandes en este aspecto. Sin embargo, también nos parece importante destacar que existen ciertos trabajos y ciertas organizaciones, en las que, por determinadas circunstancias, la incidencia del estrés es mucho mayor que en otras. Esto sugiere que ciertas situaciones laborales presentan un mayor estresor potencial, y que este potencial estresor tiene un componente objetivo, que contribuye en gran medida al estrés laboral y al burnout. (Ramos 1999, en Buendía y Ramos, 2001).

También se considera importante definir cuáles son las características generales de ciertos puestos de trabajo que deben considerarse asociadas a la aparición del síndrome.

En definitiva, consideramos que es importante destacar que si queremos evitar, o al menos, prevenir y controlar el estrés laboral y el síndrome de burnout, no debe encararse solamente a nivel individual, porque la solución también pasa por la mejora de las condiciones ambientales, el rediseño y enriquecimiento de los puestos de trabajo, la redefinición de roles, la reorganización de horarios, el diseño de planes de carrera, el desarrollo de equipo de trabajo, la utilización de estilos de dirección participativa, la mejora de la comunicación (externa e interna) y del clima laboral, etc., y en general el estudio de toda la organización como un sistema integral que puede contribuir poderosamente a la salud física y mental de trabajadores y directivos.

## **CAPÍTULO III:**

# EL AFRONTAMIENTO

## 3.1. Introducción:

El término afrontamiento es relativamente nuevo dentro del campo de la psicología, y su origen se remonta al viejo y clásico concepto psicoanalítico de **mecanismo de defensa**. La cantidad de estudios sobre este tema ha crecido vertiginosamente, en parte, debido a la nueva tendencia de nuestra ciencia a enfatizar, cada vez más, en los recursos y habilidades de las personas, así como en su desarrollo y capacidad de adaptación, en vez de atender primordialmente a los procesos patológicos. De allí surge la importancia de fomentar las investigaciones sobre el manejo de los problemas en los médicos que realizan guardias de

urgencia, ya que se ven sometidos a una serie de situaciones estresantes que requieren de adaptación.

### **3.1. Historia del concepto:**

Los siguientes datos históricos, fueron tomados de un trabajo de investigación realizado por Parker y Endler (1996, en Vezzoni).

Uno de los temas de los que se ocupó Freud en sus primeras épocas, fue el hacer un bosquejo de las distintas maneras que utilizan los individuos para defenderse, distorsionar o encubrir ideas o sentimientos inaceptables. Fue en el año 1926 que utiliza a la palabra “defensa” para denominar a esta lucha del yo contra esos sentimientos e ideas.

Posteriormente, su hija Anna Freud, publica un artículo denominado “El Yo y los mecanismos de Defensa”, que fue un evento importante en la evolución y popularización de las ideas psicoanalíticas acerca del concepto de defensa. Realizó un compendio de los diez mecanismos de defensa descritos por su padre e introdujo otros nuevos mecanismos.

Una contribución importante de los trabajos de Anna Freud fue la observación de que a pesar de que existe una gran variedad de mecanismos de defensa potenciales, los individuos tienden a seleccionar solo unos pocos. Otra idea influyente publicada por Anna Freud fue que algunos mecanismos de defensa deberían ser conceptualizados como más “patológicos” que otros.

La idea de que los individuos tienen estrategias habituales para responder a situaciones estresantes, no es solamente importante para los investigadores que trabajan en la Teoría de los mecanismos de defensa, sino que es importante también para los investigadores del término afrontamiento.

Fue en los años sesenta, que una nueva línea de investigación, que en un principio estaba relacionada con trabajos acerca de los mecanismos de defensa, comenzó a ligarse al término afrontamiento. Algunos comenzaron a llamar actividades de afrontamiento a ciertos mecanismos de defensa adaptativos, como por ejemplo, la sublimación. A partir de este momento, el término empezó a adquirir un significado técnico para algunos investigadores.

Antes de este período, la palabra afrontamiento había sido usada de forma informal en la literatura de las ciencias médicas y sociales.

Fue recién en el año 1967 que el concepto de afrontamiento fue incluido en los Psychological Abstracts.

De acuerdo a lo postulado por Haan (1965, en Parker y Endler, 1996), las conductas de afrontamiento difieren de las conductas defensivas. Las conductas defensivas son rígidas; obligatorias y deforman la realidad, mientras que las conductas de afrontamiento, son flexibles, tienen un objetivo y están orientadas a la realidad. Una fuente de confusión se da por la falta de claridad del afrontamiento con la utilización de mecanismos de defensa adaptativos.

Para un gran número de investigadores en el 1960 y el 1970, el trabajo sobre las defensas adaptativas los llevó a un interés independiente, en el estudio de estrategias conscientes, utilizadas por los individuos, tropezando con situaciones estresantes o desconcertantes. Estas estrategias fueron posteriormente conceptualizadas, en esta nueva literatura como “afrontamiento”.

### **3.2. Definiciones:**

El afrontamiento puede ser descrito utilizando términos de estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones, conductas o estilos.

Los autores Lazarus y Folkman (1986, p. 164), definen al afrontamiento como:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.”

Otro autor, Kenneth Matheny (1998, en Vezzoni), definió al afrontamiento como cualquier esfuerzo saludable o malsano, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial.

Para los autores Holaham, Moos y Schaefer (1996, en Vezzoni), el afrontamiento es planteado como un factor de adaptación, ya que sostienen que puede ayudar a mantener la adaptación psicosocial durante períodos estresantes. Estos autores afirman que el afrontamiento abarca esfuerzos cognitivos y conductuales, para reducir o eliminar aquellos estresores asociados con la angustia emocional.

Podemos decir, por lo tanto, que cuando hablamos de afrontamiento, hacemos referencia a cualquier tipo de respuesta (física, psicológica o conductual) que una persona emite con el fin de controlar, disminuir o eliminar la experiencia de estrés.

Ahora que ya hemos delimitado el concepto, veremos cuáles son las distintas concepciones del mismo.

### **3.4. Distintos abordajes del Afrontamiento:**

Folkman señala que no existe un cuerpo teórico apropiado para abordar el afrontamiento. Una prueba de esta inconsistencia teórica, es la existencia de dos aproximaciones diferentes, una que lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés, y otra, que lo entiende como un proceso. (Folkman, 1982, en Peñacoba Puente, Díaz Gutierrez, Goiri Pueyo, Vega López, 2000).

En la antigua literatura de los mecanismos de defensa, derivada de la teoría clásica del psicoanálisis, las variables personales eran de primordial importancia. Posteriormente (en los años setenta y a principios de los ochenta), eran cada vez más los investigadores que consideraban que los patrones de afrontamiento no estaban mayormente determinados por los factores personales. Estos investigadores comenzaron a darle importancia al contexto situacional en el que se da el afrontamiento. La distinción entre los investigadores que enfatizan la influencia de variables predisponentes (los rasgos), en contraposición a los que resaltan los factores situacionales (afrontamiento como un proceso), ha sido muchas veces considerada como la distinción entre el acercamiento interindividual (situaciones) y el acercamiento intraindividual (rasgos). (Vezzoni).

La ausencia de interés en la mayoría de los investigadores, de integrar ambos enfoques, es un rasgo que distingue al área del afrontamiento contemporáneo.

En general, las concepciones de afrontamiento pueden ser categorizadas de acuerdo a las suposiciones acerca de los determinantes primarios de las respuestas de afrontamiento.

Podemos destacar tres tipos de abordajes:

#### **3.4.1. Abordaje Disposicional:**

Este tipo de abordaje entiende al estilo de afrontamiento como una disposición personal, que puede ser empleada para hacer frente a los posibles agentes estresantes. (Peñacoba Puente, et. al, 2000).

Sostiene que factores personales que son relativamente estables, sirven como base para la selección de las conductas de afrontamiento. (Vezzoni)

Dentro del modelo del Psicoanálisis de yo, se utilizó la aproximación disposicional para conceptualizar el afrontamiento. Los investigadores con orientación psicoanalítica, suponen que las personas tienen preferencias relativamente estables por defensas particulares y estilos de afrontamiento para tratar los conflictos, y que éstos se modifican en la madurez. (Vezzoni, 2002).

Otros investigadores, que se encuentran fuera de la tradición psicoanalítica, también han conceptualizado al afrontamiento en términos disposicionales. Los modelos de Byrne (1964), Miller (1980; 1987) o Kohlmann (1993) son claros ejemplos de esta perspectiva. (Peñacoba Puente, et. al, 2000)

#### **3.4.2. Abordaje Contextual:**

Esta aproximación entiende al afrontamiento como un proceso. Surge de las aportaciones del grupo de Lazarus (Folkman, 1982; Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1984). Desde esta aproximación, es indudable el vínculo entre la cognición y el comportamiento. Concretamente para Lazarus, afrontar una amenaza equivale a abordarla mentalmente, estableciendo planes de acción, en función de la percepción que el sujeto tiene de la situación. (Peñacoba Puente, et. al, 2000).

Es decir, Lazarus vio al afrontamiento como una respuesta a situaciones estresantes, más que como un rasgo estable de la personalidad.

Por lo tanto, desde un punto de vista procesual, no pueden establecerse a priori estrategias eficaces o ineficaces, dado que el éxito de las mismas, depende de la situación. (Peñacoba Puente, C et. al, 2000)

De acuerdo a las características de la situación, el tipo de afrontamiento no puede entenderse como un atributo invariable del sujeto, sino que la utilización de una estrategia u otra, está en función de la situación específica. En este sentido, el afrontamiento depende de la evaluación que se haga de la situación, es decir, de lo que el sujeto estima que puede hacer. (Peñacoba Puente, C et. al, 2000)

Las evaluaciones cognitivas de las potenciales amenazas, funcionan como un eslabón intermediario entre los estresores de la vida y las respuestas de afrontamiento del sujeto. (Vezzoni).

Desde esta perspectiva, el afrontamiento es considerado como un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo, en respuesta a las diversas demandas y a las evaluaciones variables de la situación. (Vezzoni).

### **3.4.3. Abordaje Conceptual Integrativo:**

Actualmente, existe evidencia suficiente para apoyar la hipótesis de que los rasgos de personalidad también afectan la conducta de afrontamiento, pues hay investigaciones que demuestran cierta consistencia en las respuestas de afrontamiento durante muchas situaciones, por lo que los rasgos de personalidad estarían dentro de los determinantes de este tipo de respuestas. (Costa, Somerfield y McCrae, 1996, en Saracco, 2001).

De acuerdo con esto, parece ser que las respuestas de afrontamiento no están determinadas únicamente por la situación, sino que el individuo muestra una consistencia apreciable a través de diferentes tipos de estresores como son, por ejemplo, las pérdidas, los cambios y las amenazas. (Saracco, 2001).

Costa, Somerfield y McCrae (1996, en Saracco, 2001), apoyan la hipótesis de que los rasgos de personalidad que se mantienen estables durante el período de la adultez, podrían motivar la permanencia de algunas respuestas de afrontamiento.

Los teóricos contemporáneos, por lo general reconocen que las aproximaciones disposicionales y las contextuales tienen fuerzas complementarias, a la hora de describir los procesos de afrontamiento. (Vezzoni).

Tal y como Holahan, Moos y Schaefer (1996) señalan, las estrategias de afrontamiento están en función de los estresores y de los recursos sociales. Estos dos factores ambientales, junto con las disposiciones de la personalidad, determinan la elección de la estrategia de afrontamiento. (Holahan, Moos y Schaefer, 1996, en Peñacoba Puente, et. al, 2000).

Es decir, estos autores plantean que tanto las características personales, como los factores situacionales más cambiantes, le dan forma a los esfuerzos de afrontamiento.

### **3.5. Diferencia entre Recursos, Estrategias y Estilos de Afrontamiento:**

La autora Elizabeth Menaghan considera al afrontamiento en términos de tres aspectos: Recursos, estrategias y estilos. (Menaghan, 1983, citada en Vezzoni).

Los **Recursos de Afrontamiento** constituyen una línea de suministro de las estrategias de afrontamiento. Son las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación a enfrentar.

Las **Estrategias de Afrontamiento** son aquellas actuaciones y planes directos utilizados para atenuar o eliminar el estrés.

Los **Estilos de Afrontamiento** son las formas habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis.

A continuación, desarrollaremos brevemente cada uno de los aspectos mencionados.

#### **3.5.1. Recursos de Afrontamiento:**

La efectividad del afrontamiento va a depender del hecho de poseer ciertos recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. (Vezzoni).

Lazarus y Folkman (1986) definieron a los Recursos del Afrontamiento como “aquello que el individuo utiliza con el fin de afrontar”. Estos autores también dicen que: “los recursos preceden e influyen al afrontamiento”. (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Vezzoni).

- **Recursos de Afrontamiento Físicos:**

Los recursos físicos abarcan una buena salud y una adecuada energía física. Una persona sana y fuerte, se encuentra en mejores condiciones para enfrentar los estresores vitales, en relación a una persona enferma y débil.

- **Recursos de Afrontamiento Personal:**

Incluyen características cognitivas y de personalidad relativamente estable, que generan las evaluaciones y los procesos de afrontamiento. Existe una amplia gama de factores disposicionales que parecen ser especialmente importantes para los recursos de afrontamiento. Podemos mencionar algunos recursos de afrontamiento personal:

**-Autoeficacia:** La autoeficacia ha sido definida por Bandura, como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. (Bandura, 1987, citado en Olaz, 1997).

Las creencias acerca de la propia eficacia, juegan un importante rol mediacional, actuando de manera de filtro entre los logros anteriores o habilidades y la conducta posterior. (Olaz, 1997).

Las personas que poseen altos niveles de autoeficacia, tienden a enfrentar los desafíos con un estilo activo y persistente. Por otra parte, los que poseen bajos niveles de autoeficacia, son menos activos o tienden a evitar cada situación (Bandura, 1982, 1989, en Vezzoni).

**-Optimismo:**

Scheier y Carver (1985) consideran al optimismo disposicional como la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultado positivo. (Scheier & Carver, 1985, en Chico Libran, 2002).

El optimismo es un filtro perceptivo que da un tinte positivo a muchas situaciones, mientras que el pesimismo “las pinta de negro”. (Vezzoni).

Varios son los estudios que indican un efecto favorable del optimismo sobre el afrontamiento conductual, Las personas optimistas afrontan las situaciones estresantes con mayor posibilidad de éxito. (Scheier & Carver, 1993, en Chico Libran, 2002)

Parece que, al menos en parte, el efecto mediador del optimismo disposicional, estaría en que los optimistas y los pesimistas utilizan diferentes estrategias para afrontar situaciones estresantes. (Scheider, 1989, en Chico Libran, 2002).

Los optimistas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento focalizadas en los problemas, en cambio los pesimistas prefieren estrategias sustentadas en las emociones, como la negación y el fatalismo. (Carven y cols., 1989, en Vezzoni).

### **-Sentido de Coherencia**

Antonovsky define al sentido de coherencia como: *“una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables”*. (Antonovsky, 1987, p. 19, en Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

La definición y comprensión del concepto de sentido de coherencia, lleva implícita la presencia de tres dimensiones teórica y empíricamente relacionadas que lo constituyen: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. (Antonovsky, 1987, citado en Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

La comprensibilidad es el componente cognoscitivo del constructo. Los individuos con una elevada comprensibilidad, perciben a la información a la que se enfrentan como ordenada, consistente, estructurada y clara, en vez de caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible.

La manejabilidad es el componente instrumental del constructo, que se define como el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición, ya sea porque están bajo su propio control o bajo el de otros: los padres, amigos, el cónyuge, médico, el Estado o incluso Dios.

La significatividad es el componente motivacional del constructo, a través del cual las demandas son vistas como retos valiosos para involucrarse e invertir valor en ellos.

- **Recursos Sociales del Afrontamiento:**

El **apoyo social** ha surgido como un importante soporte para el afrontamiento eficaz. El apoyo social por sí mismo, otorga sólo una pequeña contribución a los esfuerzos de

afrontamiento, pero es muy importante en combinación con otras estrategias de afrontamiento. (Rice, 1998, en Vezzoni).

El apoyo social es un constructo multidimensional que se puede definir como el grado en que las necesidades básicas de las personas son satisfechas a través de las interacciones con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. (Plazaola Castaño, Ruiz Pérez & Montero Piñar, 2008).

Podemos decir que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida por una persona por parte de sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., tanto en el plano emocional como en el instrumental. (Plazaola Castaño et al., 2008)

El apoyo social puede ayudar a la gente a afrontar el estrés a través de la acción directa o indirecta. Al efecto indirecto, se lo denomina *modelo amortiguador*. En este caso, el apoyo social solo se encarga de proteger a las personas de los efectos negativos del estrés. No reduce ni elimina el estrés de forma directa. Por otro lado, el apoyo social puede ser válido y benéfico en sí mismo, cuando proporciona a las personas una sensación de control directo sobre el estrés o asegura múltiples maneras de actuar contra el estrés. (Rice, 1998 citado en Vezzoni).

Los recursos sociales pueden fortalecer los esfuerzos por afrontar y además proveer un soporte emocional que alimenta los sentimientos de autoestima y autoconfianza. Estos recursos también pueden servir como una guía de información que ayuda a evaluar las amenazas y a planificar estrategias de afrontamiento. (Holahan, Moos & Schaefer, 1996, citado en Vezzoni).

### **3.5.2. Estrategias de Afrontamiento:**

Las estrategias de afrontamiento son pensamientos y conductas particulares que son llevadas a cabo en respuesta a situaciones estresantes y que pueden cambiar con el tiempo. (Piamontesi & Heredia, 2009).

Consisten, como dijimos anteriormente, en planes directos utilizados con el fin de disminuir o eliminar el estrés. (Vezzoni).

Fernández Abascal (1997, en Piamontesi & Heredia, 2009) describe a las respuestas como procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes.

La delimitación conceptual de las estrategias de afrontamiento es poco precisa, debido a las distintas etiquetas verbales utilizadas, ya que su definición ha estado ligada al desarrollo de instrumentos de medidas de las mismas.

### **3.5.3. Estilos de afrontamiento:**

Los estilos de afrontamiento se entienden como predisposiciones de la personalidad, que trascienden la influencia del contexto situacional y del tiempo. Su estudio se caracteriza por destacar la estabilidad del afrontamiento en diferentes situaciones, más que por el cambio en el uso de estrategias. (Piamontesi & Heredia, 2009)

Son formas habituales o estereotipadas de enfrentar una crisis. (Vezzoni)

Vezzoni (2002), sostiene que podemos realizar dos presunciones básicas con respecto al estilo de afrontamiento:

- Son conductas predecibles y recurrentes, observables en las relaciones interpersonales.
- Ante situaciones de estrés (que es cuando el sentido de estabilidad y seguridad de la persona se ve amenazado), es más obvio y visible.

En la investigación, esta diferencia entre estilos y estrategias de afrontamiento, suele ser evaluada utilizando el mismo instrumento, pero modificando la consigna. De esta manera, un mismo instrumento puede utilizarse para identificar tanto las estrategias empleadas de forma habitual ante situaciones de estrés (estilos), como las estrategias usadas en una situación estresante específica (respuestas) de la vida de las personas. (Piamontesi & Heredia, 2009)

### **3.6. Clasificación del Afrontamiento**

A los fines de evaluar el afrontamiento, los investigadores han desarrollado numerosos instrumentos para clasificar la gran variedad de estrategias de afrontamiento posibles, sin

embargo, existe un consenso sobre las que podrían considerarse como las principales estrategias de afrontamiento. (Zeidner, 1995, en Piamontesi & Heredia, 2009)

Este enfoque, pone énfasis en el **foco del afrontamiento**. Desde este enfoque, una persona puede acercarse al problema y realizar esfuerzos activos para resolverlo o bien puede tratar de evitar el problema y focalizarse preferentemente en manejar las emociones asociadas con él.

- **Estrategias Orientadas al Problema:**

Este tipo de estrategias tienden a dirigir o a solucionar el problema, para eliminar el estrés. Incluye estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante. (Piamontesi & Heredia, 2009)

Generalmente las personas que utilizan más esta clase de afrontamiento, tienden a adaptarse mejor a los estresores vitales y experimentan menor sintomatología psicológica. Además, pueden moderar la potencial influencia adversa de cada cambio negativo de la vida y tolerar el papel de los estímulos estresores en el funcionamiento psíquico. (Holahan, Moos, y Schaefer, 1996, en Vezzoni).

- **Afrontamiento Orientado a la Emoción:**

El afrontamiento focalizado en la emoción, está dirigido a regular, reducir o eliminar el estrés emocional relacionado a la situación de estrés. Abarca a la búsqueda de apoyo social, tanto instrumental como emocional, centrarse en las emociones y desahogarse, entre otras. (Piamontesi & Heredia, 2009).

Este segundo tipo de afrontamiento incluye, en la mayoría de los casos, estrategias de afrontamiento cognitivo que no modifican la situación actual de forma directa, pero sí ayudan a darle un nuevo significado a ésta. Este tipo de estrategias puede requerir una reestructuración interna, que puede implicar un esfuerzo muy costoso. (Vezzoni).

Algunos autores tratan al afrontamiento focalizado en la emoción como una forma de afrontamiento evitativo. Tanto uno como el otro, son opuestos al afrontamiento focalizado en el problema, en tanto los dos primeros no se dirigen a la resolución y confrontación directa

con los estresores, sino que se focalizan más en la regulación de procesos mediacionales. (Wills y Hirky, 1996, en Vezzoni).

- **Afrontamiento Orientado a la Evitación:**

Está referido al uso de estrategias evasivas. Se dirige a rodear o evitar la situación estresante. Incluye distanciamiento conductual y mental, y negación, entre otras. (Piamontesi & Heredia, 2009).

Esta dimensión del afrontamiento fue conceptualizada involucrando respuestas evitativas, orientadas hacia las personas y/o hacia la tarea. Un individuo puede reaccionar a situaciones estresantes buscando a otras personas (diversión social), o puede ocuparse en tareas sustitutivas (distracción).

Dado que el afrontamiento focalizado en la emoción con frecuencia conlleva fantasías orientadas a la evitación y a la auto-inculpación, también con frecuencia se suele correlacionar con la depresión. (Holahan, Moos y Schaefer, 1996, citado en Vezzoni).

Menaghan (1982) sostiene que los esfuerzos para manejar sentimientos displacenteros como son la resignación y el apartamiento del problema, pueden incrementar la angustia, y de esta manera, incrementar futuros problemas. (Menaghan, 1982, en Vezzoni).

Otro de los enfoques que se suele utilizar para categorizar los estilos de afrontamiento, es el que enfatiza en el **método de afrontamiento** que la gente emplea. Esto hace referencia a si la respuesta implica un esfuerzo cognitivo o conductual.

### **3.7. Modelo teórico de Moos:**

El modelo teórico que se tomará como punto de referencia para la realización de este trabajo, es el de Rudolf Moos.

Como dijimos en el anterior apartado, existen dos enfoques básicos para categorizar las estrategias de afrontamiento: uno pone énfasis en el foco del afrontamiento, y el otro, en el método.

Moos (1993) combinó esos dos enfoques, para desarrollar una conceptualización del afrontamiento más abarcativa. Tuvo en cuenta la orientación de un individuo hacia un estresor y dividió al afrontamiento en dominios de acercamiento o evitación. Cada uno de estos dominios fue separado en categorías que reflejan afrontamiento cognitivo o conductual. Por consiguiente, se propusieron cuatro categorías básicas de procesos de afrontamiento: Acercamiento Cognitivo, Acercamiento Conductual, Evitación Cognitiva y Evitación Conductual. (Moos, 1993, citado en Mikulic & Crespi, 2006).

Por lo general, afrontamiento por aproximación, se focaliza en el problema, y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación, tiene a estar centrado en la emoción. Refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo. (Mikulic & Crespi, 2006).

Cada una de estas categorías se divide en subtipos de afrontamiento: el Acercamiento Cognitivo se divide en Análisis Lógico y Reformulación Positiva; al Acercamiento Conductual, en Búsqueda de Ayuda o Guía y en Solución de Problema; la Evitación Cognitiva en Evitación Cognitiva y Aceptación-Resignación y la Evitación Conductual, en Búsqueda de Gratificaciones Alternativas y Descarga Emocional.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento: Manual de Formato para Adultos, creado por Moos, (1993), evalúa esas cuatro categorías:

<b>Categorías Básicas de Afrontamiento</b>	<b>Subtipos de Afrontamiento</b>
Acercamiento Cognitivo	<p><b>Análisis Lógico:</b> Comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.</p> <p><b>Reformulación Positiva:</b> Abarca los intentos cognitivos para percibir un problema en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación.</p>
Acercamiento Conductual	<p><b>Búsqueda de Apoyo y Guía:</b> Comprende los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.</p> <p><b>Solución de Problema:</b> Comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.</p>

Evitación Cognitiva	<p><b>Evitación Cognitiva:</b> Son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.</p> <p><b>Aceptación-Resignación:</b> Se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación.</p>
Evitación Conductual	<p><b>Búsqueda de Gratificaciones Alternativas:</b> Abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.</p> <p><b>Descarga Emocional:</b> Son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos.</p>

### 3.8. Afrontamiento y Crisis

- **Crisis y crecimiento personal**

Los aspectos dolorosos de las crisis de la vida, no pueden ser negados, sin embargo generalmente las personas emergen de las crisis con nuevas habilidades de afrontamiento, mayor cercanía en las relaciones con los amigos y la familia, prioridades más amplias y una apreciación más rica de la vida. Se ha comprobado que el atravesar crisis beneficia a las personas, haciéndolas más tiernas, humildes y fuertes. (Zeidner & Endler, 1996)

Cuando se pregunta acerca de los resultados de las crisis de la vida que se han experimentado, un número sustancial de personas, alrededor del 50% o más, reporta alguna respuesta positiva. El interjuego entre las respuestas de afrontamiento y los recursos de afrontamiento, es central para tal crecimiento. (Zeidner y Saklofske, 1996).

Las nuevas situaciones de crisis que van surgiendo a lo largo de la vida, promueven nuevas situaciones de afrontamiento, que pueden conducir a nuevos recursos, tanto personales como sociales. Todo esto conlleva a un gran crecimiento a nivel personal.

- **Aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento ante la crisis**

Los conflictos y las crisis afectan la calidad de la red social y desafían a las personas a avanzar más allá de los recursos con los que contaron hasta ese momento.

Las personas que afrontan las crisis buscando información y adoptando una acción directa, generalmente aprenden nuevas estrategias de afrontamiento, como es la solución de problemas. (Taylor, 1983, citado en Zeidner y Saklofske, 1996).

Las crisis también suelen llevar a los sujetos a buscar cognitivamente aquellos aspectos positivos de la situación y, a encontrar algún significado más profundo en ella. Taylor (1983), señaló que algunos pacientes oncológicos, podían mirar el dolor producido por la enfermedad, como un agente catalítico para reestructurar sus vidas. Este autor reporta que los pacientes con estas dolencias buscan un significado que les ayude a entender la crisis y sus implicaciones, para recuperar el dominio sobre la crisis y sobre sus propias vidas. (Taylor, 1983, en Zeidner y Saklofske, 1996).

- **Intensificación de los recursos personales y sociales:**

Cuando la gente adquiere nuevas habilidades, generalmente incrementa la autoconfianza, es más independiente y tiene éxito en el manejo de nuevos roles. Wallerstein (1986, en Zeidner & Endler, 1996) señala que ante el divorcio, muchas mujeres se vuelven más asertivas, desarrollan miradas más realistas de sí mismas y experimentan un aumento en la autoestima.

Las crisis de vida con frecuencia, llevan a la búsqueda de ayuda, que puede fomentar vínculos sociales más profundos y relaciones de confianza resistentes. Dhooper (1983, en Zeidner & Endler, 1996), notó que alrededor de la mitad de las esposas de hombres que han padecido ataques cardíacos por primera vez, reportaron que su familia se afianzó luego de la experiencia de crisis.

Endler (1986), encontró que algunos niños provenientes de familias deprivadas económicamente, desarrollaron más competencia y mayor resistencia que otros niños de familias no deprivadas. Los investigadores atribuyen el beneficio en los resultados, a las responsabilidades compartidas y a la cooperación familiar requerida para lidiar con los problemas financieros. (Zeidner y Saklofske, 1996).

### **3.9. Efectividad del Afrontamiento:**

La efectividad del afrontamiento, se mide en función de que los procesos de afrontamiento tengan resultados adaptativos.

Los conceptos de adaptación y de ajuste, son centrales en el estudio de la efectividad del afrontamiento. Según Zeidner y Saklofske, (1996) la adaptación, en sentido psicológico, hace referencia a los procesos utilizados para manejar las demandas ambientales, y el ajuste, es un logro, bien o mal realizado, o un proceso por el cual la persona se ajusta bajo diferentes circunstancias. (Vezzoni, 2002).

Zeidner y Saklofske (1996) sostienen que decidir si una estrategia particular de afrontamiento es adaptativa o no, requiere de un examen de los factores situacionales tales como: la naturaleza, el grado y la cronicidad del estresor, y de factores personales como la personalidad, las creencias sobre los recursos y su efectividad. Además, la selección y la eficacia de las estrategias de afrontamiento, deberían ser consideradas con relación a la persona y a la situación, ya que un cambio en cualquier elemento, puede afectar tanto al proceso como al resultado.

Según estos autores, desde el modelo de Lazarus y Folkman, las estrategias de afrontamiento no deberían ser juzgadas previamente como adaptativas o desadaptativas; más bien el interés debería recaer sobre para quiénes y bajo qué circunstancias, un modo particular de afrontamiento tiene consecuencias adaptativas. Como el afrontamiento es un proceso incluido en el contexto, las respuestas pueden variar en diferentes ámbitos y a través del tiempo como respuesta a las condiciones de vida. (Zeidner y Saklofske, 1996).

Lazarus (1969) sostiene que para evaluar la efectividad del afrontamiento, es necesario un criterio adecuado y válido de lo que es un buen o un insuficiente ajuste. Idealmente, el afrontamiento adaptativo debería conducir a la solución permanente del problema, sin conflictos adicionales o consecuencias residuales, a la vez que se mantiene un estado emocional positivo. (Lazarus, 1969, en Vezzoni, 2002).

Zeidner y Saklofske, (1996), han determinado ocho criterios para evaluar la efectividad del afrontamiento:

- **Resolución del conflicto o situación estresante:** El afrontamiento de un problema, debería servir para remover la situación estresante, mientras esto sea posible.
- **Reducción de las reacciones fisiológicas y bioquímicas:** Los esfuerzos de afrontamiento son juzgados como exitosos, si reducen la activación (arousal), y sus indicadores (ritmo cardíaco, presión arterial, respiración, etc.)
- **Reducción de la angustia psicológica:** El afrontamiento adaptativo generalmente involucra el éxito en el control de la angustia emocional y el mantenimiento de la ansiedad dentro de límites manejables.
- **Funcionamiento social normativo:** El afrontamiento adaptativo implica patrones normativos en el funcionamiento social, que reflejan una evaluación realista de los eventos. La desviación de la conducta de las normas socialmente aceptables, es tomada como un signo de afrontamiento desadaptativo.
- **Regreso a actividades anteriores:** En la medida en que los esfuerzos de afrontamiento le permitan a la gente reanudar sus actividades rutinarias, el afrontamiento puede juzgarse como efectivo.
- **Bienestar propio y de los afectados por la situación:** Este criterio incluye al cónyuge, hijos, padres, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc.
- **Mantenimiento de una autoestima positiva:** Una autoestima baja es vista por lo general, como un indicador de ajuste pobre.
- **Efectividad percibida:** Esto involucra lo que el participante diga sobre si una estrategia o abordaje particular del problema le fue útil de alguna forma.

#### **Investigación empírica sobre la efectividad del afrontamiento:**

Las siguientes afirmaciones con respecto a la efectividad empírica del afrontamiento, fueron extraídas de Zeidner y Saklofske. (1996).

Los resultados sobre la efectividad del afrontamiento, todavía son una cuestión abierta. Las preguntas sobre cuáles conductas de afrontamiento son más efectivas a corto o a largo plazo, en qué contextos y para quiénes, constituye un enigma para los investigadores.

En general, se puede decir que el afrontamiento basado en el problema es más adaptativo en las situaciones vistas como modificables, mientras que las estrategias basadas

en la emoción son más utilizadas en las situaciones inalterables (por ejemplo, la muerte de un familiar).

Por lo tanto, la apreciación completa de la adaptabilidad del afrontamiento, requiere de un análisis de las respuestas de afrontamiento específicas, en relación a las características particulares del estresor.

El significado adaptativo del afrontamiento de acercamiento orientado al problema, comparado con el evitativo, depende de la controlabilidad del estresor que es confrontado. Vataliano (1990,) encontró que el afrontamiento enfocado al problema está asociado con menores índices de depresión y que el afrontamiento evitativo, con mayores índices, sólo cuando el estresor es percibido como modificable.

Por el contrario, frente a estresores irreversibles, la estrategia de afrontamiento de evitación conductual, o de buscar compensaciones alternativas, podría ser una estrategia beneficiosa de afrontamiento.

En base a lo dicho anteriormente, podemos decir que no es posible determinar la efectividad de una estrategia de afrontamiento, si no se tiene en cuenta el contexto en el que ocurre el problema.

No hay criterios universales para evaluar la efectividad del afrontamiento, ya que éstos pueden variar según el paradigma del investigador, el contexto, e inclusive, el marco sociocultural.

### **3.10. Entrenamiento en conductas de afrontamiento efectivas:**

La comprensión de las estrategias adaptativas de afrontamiento debería contribuir a la predicción de los resultados, tanto para los sucesos normativos, como no-normativos. Los autores sostienen que así podríamos ser más capaces de diagnosticar el afrontamiento no adaptativo o improductivo y prescribir técnicas más efectivas para enfrentar el estrés. Según ellos, la importancia de esto radica en que algunas respuestas al estrés parecen aliviar el problema o reducir la tensión que resulta de él, otras pueden exacerbar el problema o interferir en los resultados y otras pueden no proporcionar beneficio alguno. (Zeidner y Saklofske, 1996).

Una pregunta crítica entre los investigadores es si pueden enseñarse habilidades de afrontamiento más efectivas. Algunos estudios han examinado los efectos y la efectividad del desarrollo y la modificación de las conductas de afrontamiento existentes y parece ser que la clase y la extensión de los esfuerzos de afrontamiento activados e implementados por un individuo, son el resultado de la evaluación primaria y secundaria. (Zeidner y Saklofske, 1996).

Los métodos cognitivo-conductuales tales como la reestructuración cognitiva, pueden tener una eficacia considerable para alterar las percepciones defectuosas y disfuncionales y las creencias que determinan la conducta de afrontamiento. De esta manera, la modificación de los procesos de evaluación del estrés puede ser un paso determinante en las estrategias de afrontamiento resultantes. (Zeidner y Saklofske, 1996).

Las estrategias de solución de problemas han sido incorporadas a varias terapias cognitivo-conductuales, estas son definidas como los esfuerzos para identificar o crear estrategias efectivas y adaptativas de afrontamiento. La enseñanza de habilidades de afrontamiento también forma parte de varios programas y técnicas específicas, tales como el entrenamiento en la auto-instrucción para la comprensión de los programas del cuidado de la salud. (Saklofske y Zeidner, 1996).

Resumiendo, parece ser que la modificación en la evaluación del elemento generador de tensión y de la propia efectividad, puede ser un factor crítico en la efectividad a la hora de manejar el estrés.

CAPÍTULO IV:  
EL MÉDICO DE GUARDIAS  
DE EMERGENCIA

#### **4.1. Introducción**

El trabajo en emergencias o urgencias supone la interacción con un elevado número de pacientes con gran diversidad y complejidad de afecciones, y todo ello bajo estrictos requisitos de eficacia y rapidez en la atención sanitaria. (Gálvez Herrer & Mingote Adán, 2007).

Este trabajo se compone de aspectos intrínsecos que son difícilmente modificables, como la afluencia discontinua de pacientes, la necesidad de priorizar, la necesidad de un diagnóstico rápido, el valor de la observación clínica y de las expectativas de los pacientes, entre otros. También se compone de aspectos extrínsecos o circunstanciales (potencialmente modificables), como la dotación estructural precaria, la demora en los ingresos, la falta de intimidad, la heterogeneidad organizativa y la falta de profesionalización. (Gálvez Herrer & Mingote Adán, 2007).

A las condiciones de trabajo mencionadas anteriormente, se unen componentes emocionales, característicos de este tipo de situaciones, que afectan tanto a pacientes y familiares, como a los profesionales asistenciales y que interfieren en la atención urgente, donde se desea por ambas partes una comunicación empática que, en un entorno de adecuadas

condiciones de trabajo, permita dar y recibir un trato personalizado, amable y humano. (Gálvez Herrer & Mingote Adán, 2007)

#### **4.2. El Médico que realiza Guardias de Emergencia:**

El grupo elegido para la realización del presente trabajo de tesina, es el de los médicos que realizan guardias de emergencia, es decir, que atienden a pacientes en estado crítico, con riesgo de muerte.

Dentro del grupo de médicos que se desempeñan en la guardia de emergencia, pudimos discriminar dos grandes grupos: los médicos de planta y los residentes.

##### **4.2.1. El Médico de Planta:**

El médico de planta que realiza guardias de emergencia, puede ser clínico, cirujano, anesthesiólogo, traumatólogo, pediatra, ginocobstetra o cardiólogo.

Los médicos que pertenecen a la planta permanente del hospital, poseen beneficios laborales tales como estabilidad en el trabajo, mejores salarios, jubilación y obra social, entre otros.

##### **4.2.2. El Médico Residente:**

La residencia médica, es un programa de formación en servicio, que posibilita a un médico recién recibido alcanzar, en un determinado lapso, las competencias necesarias para desempeñarse como un profesional idóneo, en el marco de una especialidad. (Busaniche & Eymann, 2009).

Este sistema de aprendizaje, permite la adquisición de nuevos y cambiantes conocimientos. También otorga la posibilidad de integrarse a un equipo de trabajo, con modelos con quienes identificarse. (Busaniche & Eymann, 2009).

#### **4.2.2.1. Factores de estrés laboral en médicos residentes:**

Como en cualquier otro trabajo, existe innumerable cantidad de factores estresores. Nos acotaremos a mencionar aquellos que caracterizan de modo particular, al trabajo del médico residente, ya que pensamos que son estresores que se suman a los específicos de las guardias de emergencia, haciendo el trabajo más dificultoso.

Los principales factores de estrés laboral reportados entre médicos residentes son los siguientes:

- **Largas jornadas de atención y sobrecarga de trabajo:**

Los sistemas de formación de especialistas en las distintas áreas de la medicina, históricamente han implicado una gran demanda física e intelectual, producto de largas jornadas laborales diurnas, además de las guardias. (Millan, Rojas & Schonhautb, 2009).

Durante estas extensas jornadas diarias de trabajo, el médico residente suele estar sometido a intensas demandas laborales, producto de la sobrecarga de trabajo.

- **El trato con sus superiores:**

Algunos de los factores que generan estrés laboral, en lo que respecta a la relación del residente con sus superiores, son los siguientes: (Busaniche y Eymann, 2009).

-Percepción de falta de apoyo por parte de superiores.

-Tener que tomar decisiones sin la seguridad de que sean acertadas, sin que haya criterios de actuación claros, a causa de la falta de supervisión.

-La presión constante por parte de los especialistas para que mejore el trabajo.

- **Las guardias y la privación de sueño:**

La mayoría de los residentes hace entre cinco y seis guardias al mes y duerme menos de cuatro horas durante la guardia. Manifiestan que preferirían hacer menos guardias y que se sienten mucho más cansados de lo habitual tras hacer una guardia. Muchos reconocen haber usado fármacos para inducir o evitar el sueño y creen que durante su labor asistencial han cometido errores graves al día siguiente de la guardia. Además, creen haber sufrido alguna enfermedad o trastorno físico causado por el trabajo y han tenido algún conflicto con algún otro médico o enfermero por causa de las guardias o durante las mismas. También creen que su estado de ánimo ha empeorado por falta de horas de sueño y piensan que las guardias han influido de forma negativa sobre su calidad de vida. (Santos, 2007).

Algunos estudios muestran que tras la jornada de guardia, los niveles de somnolencia diurna en médicos residentes son similares a los de pacientes con narcolepsia (somnolencia irresistible durante el día) y que padecen privación crónica parcial de sueño. También se ha visto que el trabajo de los residentes favorece el desarrollo de arritmias. Por otro lado, se sabe que el estado de ánimo y el humor se ve empeorado de forma inequívoca con la fatiga. (Santos, 2007).

Además, la privación de sueño produce efectos similares a los de una intoxicación alcohólica, pues realizar una tarea tras 24 horas de vigilia, equivale a realizarla con una concentración de alcohol en sangre de 0,10%, descendiendo la capacidad de atención visual, la velocidad de reacción, la memoria y el pensamiento creativo. Por ejemplo, se ha demostrado que los errores en la anestesia epidural dependen de forma significativa, de la hora de actuación; de forma tal que si se realiza tras la privación de sueño, los errores son más frecuentes. También se ha demostrado que la habilidad de reconocer arritmias en un electrocardiograma, se reduce considerablemente después de una guardia. También se ha demostrado que la privación del sueño afecta a la coordinación mano-ojo de los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica o que aquellos que se habían sometido a la privación de sueño tardaba más tiempo en realizar intervenciones quirúrgicas, que los que habían descansado. (Santos, 2007).

Cuando el médico residente se encuentra cansado, desarrolla una estrategia para rentabilizar el tiempo e intentar, inequívocamente, maximizar la eficacia: evita realizar actividades en las que se pierda mucho tiempo, como por ejemplo, una anamnesis o exploración física extensa, con lo cual también se afecta la empatía médico paciente y se aumentan los errores. (Santos, 2007)

Concluyendo, podemos decir que la realización de guardias con amplios turnos, influye negativamente sobre la calidad asistencial, generando una predisposición a que se cometan errores graves en el ejercicio de la profesión. También influye de forma negativa sobre la propia salud del médico, ya que favorece el desarrollo de enfermedades, accidentes y conflictos con compañeros. (Santos, 2007)

- **Percepción de maltrato**

El maltrato en los residentes de medicina no está evidenciado en la bibliografía de acuerdo a la magnitud actual del problema. Sin embargo, actualmente está más reconocido, principalmente porque se identifican e interpretan como tales, situaciones que antes eran consideradas como “normales” durante el proceso de formación.

De acuerdo a un estudio realizado por Parera, Santolin, Zabala, Salomon y Carena, en el año 2010, con los residentes de distintos hospitales de la ciudad de Mendoza, que evaluaba la percepción de maltrato, las situaciones de maltrato fueron, en orden de frecuencia:

- Ser criticado por no realizar tareas administrativas (74%)
- Ser criticado o humillado públicamente por errores (73%)
- Recibir gritos (63%)
- Falta de respeto al trabajo realizado (50%)
- Realizar tareas que no tienen que ver con la formación médica, como lavar platos, y limpiar (46%)
- Realizar exceso de trámites burocráticos (44%)
- Sentirse ignorado o subestimado (41%)

- Exceso de carga horaria y manejo de situaciones límites sin consejo de superiores (38.5% cada una)
- Inversión de dinero en elementos del servicio o agasajos (32%)
- Exigencias horarias no cumplidas por otros (31%)
- Robo (27%)
- Ser privado de días obligatorios de descanso (26%)
- Poca estimulación a realizar proyectos científicos, ateneos, bibliográficas y haber realizado trabajo en beneficio de otros (24%)
- Críticas por aspectos de la vida privada (22%)
- Guardias castigo (20%)
- Ser privado de necesidades fisiológicas (15%)
- Haber recibido amenazas de agresión física (14%)
- Comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él (13%)
- Recibir golpes o empujones (12%)
- Comentarios desagradables respecto a nacionalidad, raza, religión o físico (8%)
- Ser expuesto a material de contenido sexual o pornográfico ofensivo (8%).

Los principales responsables o perpetradores del maltrato, fueron:

- Jefe de residentes (14.4%)
- Instructor de residentes (14,1%)
- Residente superior (14.1%)
- Jefe de servicio (14%)
- Médico de planta (13%)
- Enfermería (6.1%)
- Pacientes/familiares (5.8%)
- Médico de otros servicios (5.4%)
- Administrativos (4.8%)
- Técnicos (2.9%)
- Residente del mismo año (2.8%)

Los resultados obtenidos demuestran con crudeza que el maltrato es la regla en las residencias de medicina, sea este físico o verbal. El mismo es percibido de diferentes maneras, principalmente en la forma de comentarios peyorativos de distinta índole, sobreexigencias muchas veces no relacionadas con la formación médica, críticas expresadas en términos agresivos, castigos que incluyen la privación de descanso, entre otros, y que llevan al residente a sentirse humillado y subestimado. La residencia es una etapa de aprendizaje, no sólo de conocimientos científicos, sino también de normas sociales, de solidaridad y respeto al prójimo. Si estas conductas y normas no son incorporadas como propias, pueden conducir a convertir a los agredidos en agresores o perpetradores del futuro e impedir el desarrollo y adquisición de cualidades y conductas humanas imprescindibles para la formación y crecimiento como profesional y ser humano.

- **Baja Remuneración:**

Inadecuada remuneración del trabajo realizado por los residentes. (Millán et al., 2009).

- **Proceso de profesionalización:**

Durante este proceso, el residente asume una gran responsabilidad, la que debe compatibilizar con una importante carga académica y asistencial, habitualmente en ausencia de una adecuada supervisión docente. (Millán et al., 2009).

#### **4.2.3. El síndrome de Burnout en el médico residente y en el médico de planta:**

Salomón, Alós y Carena (2007), realizaron un estudio en el Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza, en el que compararon el grado de Burnout en los médicos de planta, y en los médicos residentes, o en formación. Los resultados fueron los siguientes:

El cansancio emocional fue mayor en el grupo de los médicos de guardia, en relación a los médicos de planta permanente. Con respecto a la despersonalización, también es mayor en el grupo de los residentes. En cuanto a la realización personal, es mayor en los residentes.

Estos perciben con más frecuencia que obtienen cosas valiosas de su trabajo que los médicos de planta, y consideran a la profesión médica de mayor prestigio. (Salomón, et al, 2007).

Se atribuyen estos resultados a que los médicos residentes tienen ilusiones, grandes expectativas y proyectos de formación y de futuro. En cambio, aquellos que han pasado esta etapa (médicos de planta), no tienen una visión tan positiva. La edad parece desempeñar un papel moderador, quizá porque el médico, con el correr de los años, tiene un crecimiento profesional y personal, adquiere experiencia y mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral. (Salomón, et al, 2007).

Al igual que en otros trabajos, la experiencia de “desgastarse” se encontró con mayor frecuencia entre los médicos jóvenes que recién se inician en la práctica profesional. Creemos que esto se relaciona a que los médicos de reciente graduación no están debidamente preparados para enfrentar los conflictos emocionales y laborales que se les presentan y tienen menor capacidad para controlar y manejar sus propios sentimientos y conflictos. (Salomón, et al, 2007).

### **4.3. La Guardia de Emergencia**

La siguiente información se extrajo de la resolución 428/2001, que se encarga de normativizar la organización y el funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales en la República Argentina. (Resolución 428/2001, 2000).

Cuando hablamos de guardia de emergencia, nos referimos al servicio que se desarrolla las 24 horas y todos los días, en establecimientos asistenciales. El objetivo de la misma, es atender casos de emergencia.

#### **4.3.1. Perfil del paciente a asistir:**

Entre los pacientes que concurren a la guardia de emergencia, nos encontramos con el paciente ambulatorio y con el paciente que se interna. La internación se puede realizar en tres niveles: observación, hospitalización de emergencia y hospitalización de urgencia.

#### 4.3.1.1. Paciente Ambulatorio:

Es aquel que consulta por una patología aguda o crónica reagudizada y que concurre al servicio por sus propios medios o bien es trasladado.

#### 4.3.1.2. El paciente que se interna:

Lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el servicio o por derivación de otra institución o de un servicio de emergencias extrahospitalario.

Esta internación, puede hacerse de acuerdo a la gravedad que el paciente presente, en tres niveles:

- **Observación:** Son pacientes cuya patología no está definida en cuanto a la necesidad de hospitalización y que son sometidos a control o algún tipo de medicación. La observación es una internación transitoria, hasta las seis horas. A partir de allí se decide su alta, su derivación o su pase a hospitalización.
- **Hospitalización (Internación en guardia):** Esta internación puede ser de dos tipos:
  - De Emergencia:** Pacientes críticos con inminencia de muerte. El destino posterior es unidad de cuidados intensivos, quirófano o morgue.
  - De Urgencia:** Es para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad, pero sin muerte inminente por la misma. Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos, quirófano, internación general a cargo de distintos servicios. El alta se da entre las 24 y 36 hs de su ingreso, pudiendo trasladarse a otro servicio de hospital, o a otro hospital, o más rara vez a su domicilio.

#### 4.3.2. Organización de servicios de guardia de emergencia:

Se describirán las características que deben tener la planta física y el equipamiento. También se describirá el recurso humano con el que debe contar una guardia de emergencia, para poder ofrecer un servicio de calidad.

#### 4.3.2.1. Planta Física y Equipamiento

##### **Sector de Admisión:**

Debe contemplar un sector de admisión de pacientes con acceso directo desde el exterior. Los pacientes llegarán por sus propios medios, en ambulancia o en otro vehículo. También pueden llegar trasladados en camillas, sillas de ruedas o caminando

La admisión debe conectarse con un sector de internación de guardia y otro sector de atención ambulatoria. Este último deberá contar con sala de espera adecuada y sanitarios públicos para hombres y mujeres.

##### **Sector de Internación:**

- **Observación de pacientes:** Boxes y salas de dos camas para observación de pacientes que no están en estado crítico. El número de camas dependerá del tipo de hospital y la demanda. Se estima un número no menor a dos camas y de preferencia cuatro.
- **Salas de reanimación o shock room.**
- **Salas de internación de guardia.**
- **Office de enfermería:** Para el depósito de medicamentos e insumos necesarios.

##### **Sector Ambulatorio:**

- **Consultorios:** El número total dependerá del tipo de hospital, de la demografía y de la epidemiología, y de otras circunstancias que configuren la demanda.
- **Office de enfermería:** Para el depósito de medicamentos y materiales de uso diario.

##### **Sector de Administración:**

Debe contar con elementos de comunicación con los consultorios y sectores del área.

**Aéreas de apoyo:**

- **Radiología**
- **Laboratorio**
- **Hemoterapia**

**4.3.2.2. Recurso Humano:**

- Jefe de servicio: Depende de la Dirección Médica del Hospital. El perfil del director de emergencias, es el de médico emergentólogo. Dicho médico puede ser cirujano, clínico, terapeuta intensivo o anestesista con dedicación a emergencias y con título certificado.
- Médicos
- Jefe de Guardia del día: Cirujano con experiencia en politraumatismos.
- Médicos auxiliares: De acuerdo al hospital debe contarse con uno o dos médicos auxiliares del jefe de guardia, pudiendo ser estos clínicos o cirujanos.
- Traumatólogo
- Anestesiólogo
- Pediatra
- Ginocobstetra
- Cardiólogo
- Otros médicos que pueden incorporarse a la guardia, de acuerdo al tipo de hospital y a la demanda: Endoscopista, neurocirujano, oftalmólogo, neonatólogo, urólogo, etc.
- Encargada del departamento de enfermería
- Una enfermera cada 6 camas
- Un auxiliar de enfermería cada 8 camas.
- Una mucama cada 12 camas
- Una camillero por turno

- En hemoterapia, un técnico de guardia activa en el hospital y un médico hemoterapeuta pasivo.
- En el laboratorio, un técnico de guardia activo del hospital las 24 horas.
- En diagnóstico por imágenes, un técnico de guardia activo del hospital, las 24 horas y un médico radiólogo pasivo.
- Mantenimiento general: Guardia activa en el hospital.
- Seguridad: Personal de vigilancia del hospital y afectación al servicio.

#### **4.3.3. Estresores en la Guardia de Emergencia:**

Los estresores identificados en la guardia de Emergencia, una vez clasificados, pueden agruparse como (Cremades Puerto, 2011):

##### **Estresores del ambiente físico:**

- Temperatura ambiental inadecuada.
- Falta de recursos humanos y materiales.
- Espacio físico insuficiente o mal distribuído.
- Deficiencias estructurales.
- Inadecuadas condiciones físicas para el trabajo (ruidos, poca luz, etc).

##### **Demandas del propio trabajo:**

- Sobrecarga de trabajo
- Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas
- Trabajar en horario rotativo
- Trabajar domingos y feriados
- No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente
- No tener tiempo suficiente para llevar a cabo todas las tareas.
- Trabajo físicamente agotador

- No poder resolver problemas.
- Ejecutar tareas diferentes en forma simultánea.
- Hacer cambios de turno en el trabajo.
- Trabajar en horario nocturno.
- Atender a un número grande de personas.

**Características de las tareas que hay que realizar:**

- Contacto permanente con el sufrimiento de los pacientes y sus allegados.
- Percibir la angustia del enfermo.
- Percibir la angustia de los familiares.
- Complicaciones graves del enfermo: parada cardiorrespiratoria, shock.
- Tratar a sujetos que trae la policía.
- Tratar a sujetos con intento de autolesión o suicidio.
- Muerte de pacientes.
- Atender a pacientes poco o nada colaboradores
- Atender a pacientes agresivos.
- Atender a familiares agresivos.
- Consolar a la familia cuando muere el paciente.
- Prestar asistencia a pacientes graves.
- Asistir un caso urgente.
- Realización de intervenciones que resultan dolorosas a los pacientes.
- Hablar con un paciente acerca de su muerte cercana.
- Sentirse impotente ante el caso de un paciente que no mejora.
- Temor a las consecuencias en el enfermo del error médico.
- Amenazas de denuncia por mala praxis.
- Posibilidad de ser demandado por cometer un error.

**Las relaciones interpersonales y grupales:**

- Dificultad para trabajar en equipo.

- Conflictos con los superiores.
- Conflictos con los compañeros.
- Trabajar en un mal ambiente.

**Desarrollo de la carrera:**

- Afrontar situaciones nuevas.
- Recibir sueldo no acorde al trabajo realizado.
- Necesidad de mantenerse actualizado.

**Nuevas tecnologías:**

- Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.
- Implementación de nuevos procedimientos y tecnologías.
- No saber bien el manejo y funcionamiento de algún equipo especializado.

**Componentes del clima organizacional:**

- Falta de personal para cubrir el servicio de forma adecuada.
- Falta de apoyo de los superiores.
- No trabajar en base a una planificación coherente.

**Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida:**

- Llevar los problemas del trabajo a la vida personal.
- Llevar trabajo a casa.
- Dedicación exclusiva a la profesión.
- Conciliar las cuestiones profesionales con las familiares.

**SEGUNDA PARTE:**  
**MARCO METODOLÓGICO**

CAPÍTULO V:  
METODOLOGÍA DE LA  
INVESTIGACIÓN

### **5.1. Objetivos:**

Los objetivos para la realización del presente trabajo, son los siguientes:

- Determinar si los médicos de emergencias han desarrollado el Síndrome de Burnout, y qué nivel del mismo presentan en cuanto a sus tres factores: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).
- Analizar los resultados de las tres dimensiones del síndrome de Burnout, teniendo en cuenta:
  - Género
  - Edad
  - Experiencia (cantidad de años que lleva trabajando en guardias de emergencia)

- Estado Civil
- Condición Laboral (Residente o de Planta)
- Cantidad de Trabajo (cantidad de horas que trabaja en total por semana)
- Evaluar las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los médicos que realizan guardias de emergencia, para hacer frente a las distintas situaciones consideradas estresantes
- Resolver si existe alguna relación entre el tipo de Estrategia de Afrontamiento utilizada, con el nivel de Burnout, si este último se presentara.

## **5.2. Método:**

### **5.2.1. Tipo de diseño de investigación:**

El presente trabajo está dentro de la categoría de diseño **no experimental**. Este tipo de investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de una investigación en la que no hacemos variaciones intencionales en las variables independientes. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 1998).

Lo que se hace en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. Los sujetos son observados en su ámbito natural, en su realidad. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. (Hernández Sampieri et al., 1998).

El que los sujetos de la muestra sean médicos que se desempeñan en la guardia de emergencia, así como las modalidades de afrontamiento y el grado en que se presenta el síndrome de Burnout en los sujetos, son variables que no vamos a manipular, sólo vamos a trabajar con la presencia de la primera variable, y estableceremos una cuantificación de la segunda y tercer variable. (Hernández Sampieri et al., 1998)

### **5.2.2. Tipo de diseño utilizado:**

Dentro del diseño no experimental de investigación, que es el que estamos utilizando en el presente trabajo, encontramos dos tipos: el diseño transversal y el diseño longitudinal. (Hernández Sampieri et al., 1998).

El diseño de la presente investigación es de **tipo transversal**, porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. El objetivo de la misma es describir a una población determinada en un momento dado, y establecer diferencias y relaciones entre los grupos que componen la población y entre las variables más importantes. (Hernández Sampieri et al., 1998)

Se trata además de un diseño transversal de tipo **descriptivo**, dado que el procedimiento consiste en medir algunas variables y proporcionar su descripción. Es, por lo tanto, un estudio puramente descriptivo, y cuando se establecen hipótesis, éstas son también descriptivas. (Hernández Sampieri et al., 1998)

### **5.2.3. Sujetos:**

La muestra objeto de nuestro estudio, está compuesta por un total de diez sujetos, 5 hombres y 5 mujeres. Todos los sujetos son médicos que realizan guardias de emergencia, en el hospital Luis Lagomaggiore. La mitad de la muestra son médicos residentes, y la otra mitad, son médicos de planta.

Los 10 sujetos constituyentes de la muestra, aceptaron trabajar y cumplieron adecuadamente los dos instrumentos administrados.

### **5.2.4. Tipo de Muestra:**

La muestra que hemos utilizado en el presente trabajo, es una muestra **no probabilística**, también denominada muestra dirigida. (Hernández Sampieri et al., 1998)

En este tipo de muestra, la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que estábamos buscando, por ende, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de los investigadores. (Hernández Sampieri et al., 1998)

Como se trata de una muestra no probabilística, las conclusiones que se derivan de este trabajo no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas para aquellos sujetos que participaron de la investigación. (Hernández Sampieri et al., 1998)

### **5.2.5. Instrumentos:**

#### **5.2.5.1. MBI: Inventario Burnout de Maslach**

La información que exponemos a continuación, fue extraída del Manual elaborado por las autoras C. Maslach y S. Jackson (1986).

#### **Descripción General:**

##### **Ficha Técnica**

- El inventario “Burnout” fue creado por Maslach y Jackson en el año 1981, en Palo Alto, California, U.S.A. Su versión en castellano, ha sido empleada por muchos profesionales de la salud mental.
- Es un cuestionario constituido por 22 ítems, que expresan afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los que reciben su servicio.
- La consigna consiste en solicitarle al sujeto que responda con un círculo a los 22 ítems por los que está compuesto el inventario, de acuerdo a si las respuestas son: nunca, pocas veces al año o menos, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, pocas veces a la semana, todos los días.
- La aplicación puede ser tanto individual como colectiva, ya que es autoaplicable. Se trata de un cuestionario dirigido a adultos. El tiempo de administración varía entre los diez y los quince minutos.
- La finalidad del inventario es evaluar las tres variables del síndrome del estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

#### **Fundamentos:**

Se realizaron muchos estudios acerca de las dimensiones del síndrome, hasta llegar a la estructura tridimensional, vigente hasta la actualidad. A continuación, se describen las tres dimensiones del síndrome:

- **Cansancio Emocional:** Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo.
- **Despersonalización:** Los elementos de esta escala, describen una respuesta impersonal y fría hacia las personas que reciben los servicios o cuidados del profesional. Tanto en ésta como en la anterior escala, los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados del síndrome del estrés laboral asistencial. Se pueden observar pequeñas correlaciones entre ambas dimensiones. Es decir, aunque sean medidas separadas, están relacionadas.
- **Realización Personal:** Esta escala, contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome.

#### **Material para la aplicación:**

Además del Manual de Maslach y Jackson, que se compone de las bases teóricas, descripción, normas de aplicación e interpretación y de la fundamentación estadística, es necesario disponer de la escala (ver anexo).

Se puede utilizar la mecanización de los procesos de corrección, puntuación e interpretación.

#### **Normas de aplicación y corrección:**

En principio, el M.B.I. puede ser autoaplicable, así como administrado en una situación individual o colectiva. Las instrucciones necesarias están impresas en el mismo cuestionario.

El instrumento no tiene tiempo limitado, y la mayoría de las personas demora entre 10 y 15 minutos en completarlo.

Cuando se aplica el M.B.I., se intenta crear un buen clima, que facilite una cumplimentación sincera.

El examinador debe procurar minimizar los sesgos de respuesta, a través de la ayuda de:

- **Carácter privado:** El examinado debe sentirse totalmente libre a la hora de ir dando sus respuestas. Se debe evitar comentar en voz alta el contenido de los elementos, pues las opiniones de los demás pueden influir en las respuestas personales. No es aconsejable, por lo tanto, entregar los cuestionarios para ser cumplimentados en otros momentos o en el hogar.
- **Confidencialidad:** Si es posible, se debe contestar de modo anónimo. Cuando esto no es posible, se puede acudir a procedimientos tales como códigos numéricos, que ayuden a que la persona se sienta cómoda y segura a la hora de responder.
- **Sensibilidad Previa:** Debe evitarse que las creencias personales sobre el síndrome del estrés laboral asistencial afecten a las respuestas. Es por este motivo que no se emplean este tipo de términos en el cuestionario. Este sólo se presenta como una encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante su trabajo. La finalidad de la medición debe aparecer posteriormente, cuando se pretenda realizar alguna intervención terapéutica.

#### **Obtención de las puntuaciones:**

La puntuación en las escalas del MBI es el resultado de la sumatoria de todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas.

Los valores de respuesta son:

- Nunca = 0
- Pocas veces al año o menos = 1
- Una vez al mes o menos = 2
- Unas pocas veces al mes = 3
- Una vez a la semana = 4
- Pocas veces a la semana = 5

- Todos los días = 6

Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas (P.D.) máximas, se especifican en la Tabla 1:

Escala	Elementos	PD máxima
<b>CE</b>	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
<b>DP</b>	5, 10, 11, 15, 22	30
<b>RP</b>	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

**Tabla 1:** Composición de las escalas de MBI.

#### **Criterios para la interpretación:**

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación, no son interpretables por sí mismas, es decir, no tienen significación por su valor absoluto. Se hace necesario compararlas con las obtenidas por unos grupos determinados, tomados de la población general, y transformarlas en valores que sitúan las puntuaciones del sujeto, en relación con las obtenidas por ese grupo normativo.

La muestra normativa que tenemos en cuenta, ha sido empleada para construir baremos de tipo general. Esta baremación se ha realizado también teniendo en cuenta el sexo de los sujetos.

Estas tablas de baremos, permiten la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal: la de los centiles, escala ordinal que va desde 1 a 99, y la escala típica *S*, cuya media vale 50 y su desviación estándar es de 20 unidades.

Teniendo en cuenta al Síndrome de Burnout, en la categoría **baja** se encuentran los resultados de los sujetos que ocupan el tercio inferior (centiles 1 a 33). En la categoría **media** están las puntuaciones de los casos que ocupan el tercio central de una distribución normal (centiles 34 a 66), y en la categoría **alta**, se recogen las puntuaciones del tercio superior (centiles 67 a 99).

### 5.2.5.2. Inventario de Respuestas de Afrontamiento, de Moos.

#### Descripción general

El CRI – Adultos, es una herramienta utilizada para identificar y monitorear estrategias de afrontamiento en adultos, desarrollando mejores descripciones de los casos clínicos y ayudando en la planificación y finalización de los tratamientos.

Este inventario de auto-reporte, identifica respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por el individuo, para afrontar problemas recientes o situaciones estresantes. Es una medida de ocho tipos diferentes de respuestas a circunstancias estresantes de la vida.

Las primeras cuatro escalas miden estrategias de afrontamiento de **acercamiento**, y las últimas cuatro miden estrategias de afrontamiento de **evitación**, tanto cognitivas como conductuales.

A continuación, detallaremos cada una de las subescalas:

**Análisis Lógico:** Comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.

**Reevaluación Positiva:** Abarca los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación.

**Búsqueda de Apoyo:** Consiste en los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.

**Solución de Problemas:** Comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.

**Evitación Cognitiva:** Son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.

**Aceptación - Resignación:** Se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación.

**Recompensas Alternativas:** Abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.

**Descarga Emocional:** Son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos.

Cada una de estas ocho escalas está compuesta de seis ítems. Por ejemplo, la escala de Análisis Lógico comprende preguntas como:

¿Elaboró en su mente lo que debía pensar o decir?

¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que se vería sometido?

El primer grupo de cuatro escalas mide el afrontamiento de acercamiento de las cuales, las dos primeras miden estrategias de acercamiento cognitivo y las otras dos miden estrategias de acercamiento conductual.

El segundo grupo de cuatro escalas, mide el afrontamiento evitativo, de las cuales las dos primeras miden estrategias de evitación cognitiva y el resto, estrategias de evitación conductual.

En este inventario, los individuos seleccionan y describen un estresor reciente (focalizado) usando una escala de cuatro puntos para determinar su acuerdo con cada uno de los cuarenta y ocho ítems de afrontamiento.

Asimismo, esta escala incluye también, un grupo de diez ítems que proporcionan información sobre cómo los individuos evalúan el estresor focalizado y sus consecuencias.

La evaluación de los diez ítems brinda información sobre el contexto del estresor, tales como: si ocurrió antes y si era esperado por el sujeto, como también, si el individuo reaccionó a este estresor como una amenaza o como un desafío.

Del mismo modo estos ítems también evalúan la percepción del individuo sobre la causa del estresor y si el problema fue o no resuelto. Estos son incluidos debido a las conexiones que existen entre las evaluaciones y las respuestas de afrontamiento; por ejemplo, los individuos que ven a un estresor como un desafío es más probable que los afronten activamente.

### **Normas de Aplicación:**

Este cuestionario puede ser administrado como auto – reporte o como una entrevista estructurada.

En la primera parte del test, la persona debe consignar datos demográficos tales como: nombre, fecha, sexo, edad, estado civil y nivel educacional alcanzado.

La consigna consiste en solicitarle a la persona que piense y que luego describa en el espacio provisto en la hoja, acerca de los problemas que haya experimentado en los últimos doce meses (por ejemplo un problema con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o amigo, un accidente o enfermedad o pérdida financiera o problemas laborales).

En el caso que la persona no haya experimentado un problema con esas características, entonces le pedimos que haga referencia a un problema menor que haya tenido que resolver.

Después se le solicita que responda a diez preguntas, teniendo en cuenta el problema descrito, haciendo un círculo en la respuesta apropiada, teniendo en cuenta si su respuesta es:

- “Definitivamente No”. DN
- “Principalmente No”: PN
- “Principalmente Sí”: PS
- “Definitivamente Sí”: DS

Algunos ejemplos de estas preguntas son:

*¿Ha enfrentado un problema igual a éste antes?*

*¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar este problema?*

En la segunda parte, se presentan cuarenta y ocho preguntas, las cuales, después de ser leídas cuidadosamente, el encuestado debe responder encerrando en un círculo la respuesta que le parezca adecuada a cada una de las preguntas. Las respuestas que puede elegir, son las siguientes:

- “No, o tiende a no” (N),
- “Sí, una o dos veces” (U),

- “Sí, algunas veces” (A)
- “Sí, Frecuentemente” (F).

En el caso de que la persona decida no responder algún ítem, debe circularlo en su hoja de respuesta para informar que ha decidido saltarlo. Si en cambio, decide que el ítem no es aplicable a sí mismo, entonces debe circular la opción NA (No Aplicable). También podrá cambiar una respuesta marcando una X sobre la respuesta original, y circulando la nueva respuesta.

Cada una de estas respuestas tiene un valor que va desde el 0 a 3. La suma de los valores de las respuestas 1, 9, 17, 25, 33 y 41 dan el valor del puntaje bruto de la escala de Análisis Lógico. Un procedimiento análogo se utiliza para las demás escalas. Los valores de las respuestas son:

- N = 0
- U = 1
- A = 2
- F = 3

Los puntajes brutos luego dan forma a los Puntajes T, que dan pautas sobre los patrones de afrontamiento de los sujetos.

### **Fundamento del Inventario de Respuestas de Afrontamiento:**

Las teorías contemporáneas enfatizan los aspectos multidimensionales de las evaluaciones y los procesos de afrontamiento. Los investigadores han usado dos abordajes conceptuales para clasificar las respuestas de afrontamiento. Uno de estos abordajes enfatiza la orientación o **foco** del afrontamiento (focalizado en el problema o focalizado en la emoción), mientras que otros enfatizan el **método** del afrontamiento (cognitivo o conductual). Estos aspectos han sido planteados en el Capítulo III.

El CRI – Adultos, combina esos dos abordajes. Este inventario evalúa ocho tipos de respuestas de afrontamiento que reflejan estas dos dimensiones (el foco y el método). El inventario divide las respuestas de afrontamiento en respuestas Acercamiento o Evitación. Cada uno de esos grupos de respuestas está dividido en dos categorías que reflejan métodos de afrontamiento cognitivos o conductuales.

En términos generales, el afrontamiento de acercamiento está focalizado en el problema. Éste refleja esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver estresores vitales. En contraste, el afrontamiento evitativo tiende a ser focalizado en las emociones y refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar acerca de los estresores y sus implicaciones, o de manejar el afecto asociado con estos.

El primer conjunto de 4 escalas mide Afrontamiento de Acercamiento, el segundo conjunto de 4 escalas, mide Afrontamiento de Evitación.

#### **Criterios para interpretar los resultados del I.R.A:**

< = 34: Considerablemente por debajo del promedio

35 - 40: Bien por debajo del promedio

41 - 45: Algo debajo del promedio

46 - 54: Dentro del promedio

55 - 59: Algo por encima del promedio

60 - 65: Bien por encima del promedio

> = 66: Considerablemente por encima del promedio

#### **5.2.5.3. Encuesta de Datos Socio-Demográficos:**

Se consideró además una breve encuesta, en la que se indagó acerca de algunos datos demográficos:

- Edad
- Estado Civil

- Experiencia profesional en Guardia de Emergencia
- Cantidad de horas semanales en la Guardia de Emergencia
- Cantidad de horas que trabaja en general
- Tiempo diario dedicado al ocio o tiempo libre
- Especialidad
- Año de Residencia

#### **5.2.6. Procedimiento:**

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una reunión con el jefe de guardia del hospital Lagomaggiore, con el fin de explicarle los motivos del presente trabajo. Posteriormente, y de forma individual, se inició el contacto con los médicos, con el objetivo de aplicar las escalas seleccionadas para la investigación. Previo a la administración de las escalas, se explicaron los objetivos de la investigación.

Tanto los registros del MBI, como del inventario de respuestas de afrontamiento, se realizaron en los horarios en que los médicos estaban de guardia. Las escalas fueron completadas durante los momentos de descanso. En algunos casos, se acordó pasarlas a buscar al día siguiente, debido a que no podían ser completadas en el momento.

Los instrumentos de medida seleccionados, fueron ambos inventarios auto-administrados, de fácil comprensión y cumplimentación. En primer lugar se administró el Inventario de Respuestas de Afrontamiento. Posteriormente, el Inventario de Burnout.

## **CAPÍTULO VI:**

# PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

## 6.1. Descripción de los Datos Sociodemográficos

<b>Sujeto</b>	<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Experienc. en guardia</b>	<b>Hs. por semana Guardia</b>	<b>Hs por semana Total</b>	<b>Residente/ Planta</b>
Sujeto 1	F	32	Soltera	4 años	24 hs	80 hs	Residente
Sujeto 2	M	26	Soltero	1 año	48 hs	90 hs	Residente
Sujeto 3	F	29	Casado	4 años	36 hs	108 hs	Residente
Sujeto 4	M	26	Casado	2 años	36 hs	90 hs	Residente
Sujeto 5	F	28	Casado	4 años	24 hs	84 hs	Residente
Sujeto 6	M	31	Soltero	7 años	24 hs	60 hs	Planta
Sujeto 7	F	32	Casado	4 años	24 hs	42 hs	Planta
Sujeto 8	M	55	Casado	10 años	24 hs	55 hs	Planta
Sujeto 9	M	42	Casado	6 años	36 hs	72 hs	Planta

Sujeto 10	F	56	Casado	30 años	48 hs	56 hs	Planta
-----------	---	----	--------	---------	-------	-------	--------

**Tabla 1: Médicos que realizan Guardias de Emergencia**

**Descripción de la Muestra:**

- En relación al género, el 50% de la muestra es de sexo femenino, y el otro 50 % es de sexo masculino.
- La edad promedio de las personas que participaron es de 36 años. El 50% tiene entre 26 y 31 años y el otro 50% tiene entre 32 y 56 años.
- En relación a los años de experiencia en las guardias de emergencia, el 60% lleva entre 1 y 4 años, y el otro 40% lleva entre 6 y 30 años.
- De este total, el 70% son casados, el 30% son solteros.
- Del total de la muestra, el 50% pertenece a planta estable, y el otro 50% son residentes.
- El 50% de la muestra trabaja entre 80 y 108 horas semanales, y el otro 50% trabaja entre 42 y 72 hs semanales.

**6.2. Análisis de resultados obtenidos en el Inventario de Burnout**

El Inventario “Burnout” de Maslach (MBI), se ha aplicado con el fin de valorar la existencia o no del Síndrome de Burnout en los sujetos evaluados. También se administró este cuestionario para determinar qué nivel del mismo presenta el grupo, en cuanto a sus tres factores: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP).

Los resultados generales de las tres subescalas, son los siguientes:

<b>sujetos</b>										
<b>Sub-escalas</b>	<b>S<sub>1</sub></b>	<b>S<sub>2</sub></b>	<b>S<sub>3</sub></b>	<b>S<sub>4</sub></b>	<b>S<sub>5</sub></b>	<b>S<sub>6</sub></b>	<b>S<sub>7</sub></b>	<b>S<sub>8</sub></b>	<b>S<sub>9</sub></b>	<b>S<sub>10</sub></b>

<b>C.E.</b>	98	65	99	40	99	65	35	80	15	90
<b>D.P.</b>	90	60	45	75	85	75	65	70	40	50
<b>R.P.</b>	75	45	90	90	45	35	55	70	98	80

**Tabla 1:** Puntajes equivalentes para cada una de las Subescalas. C.E.= Cansancio Emocional  
D.P.= Despersonalización R.P.= Realización Personal.

A continuación, se exponen los criterios para un amplio análisis de la muestra:

- Se está **quemado** cuando:
  - **CE y DP** se encuentran dentro de la categoría alta (centiles 67 a 99) y **RP** dentro de la categoría baja (centiles 1 a 33)
- Se está **en riesgo** cuando:
  - **CE y DP** se encuentran dentro de la categoría alta (centiles 67 a 99) y **RP** en una categoría media (centiles 34 a 66) o alta (centiles 67 a 99)
  - **CE** se encuentra dentro de la categoría alta (centiles 67 a 99), **RP** dentro de la categoría baja (centiles 1 a 33) y **DP** en una categoría media (centiles 34 a 66) o baja (centiles 67 a 99)
  - **DP** se encuentra dentro de la categoría alta (centiles 67 a 99), **RP** dentro de la categoría baja (centiles 1 a 33) y **CE** en una categoría media (centiles 34 a 66) o baja (centiles 67 a 99)
- En los casos restantes **no se está en riesgo**.

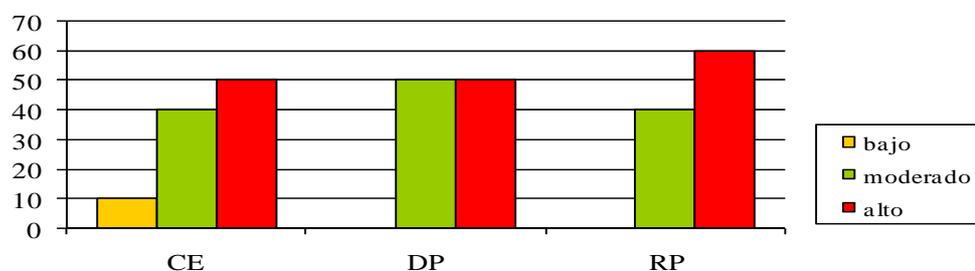
Por lo tanto, podemos decir que ninguno de los médicos evaluados ha desarrollado el síndrome de Burnout, pero un 30% de la muestra, es decir, tres sujetos, están **en riesgo** de desarrollar el síndrome, ya que en los tres casos, el cansancio emocional y la Despersonalización se encuentran en la categoría alta, y la realización personal, en la categoría media o alta.

<b>Sujetos</b>			
<b>Subescalas</b>	<b>S<sub>1</sub></b>	<b>S<sub>5</sub></b>	<b>S<sub>8</sub></b>

<b>C.E.</b>	98	99	80
<b>D.P.</b>	90	85	70
<b>R.P.</b>	75	45	70

**Tabla 2:** Sujetos que se encuentran en riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout.

Los puntajes obtenidos por la muestra, con respecto a las tres subescalas que mide el inventario, fueron los siguientes



**Grafico 1:** Porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes bajos, moderados o altos en las subescalas de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

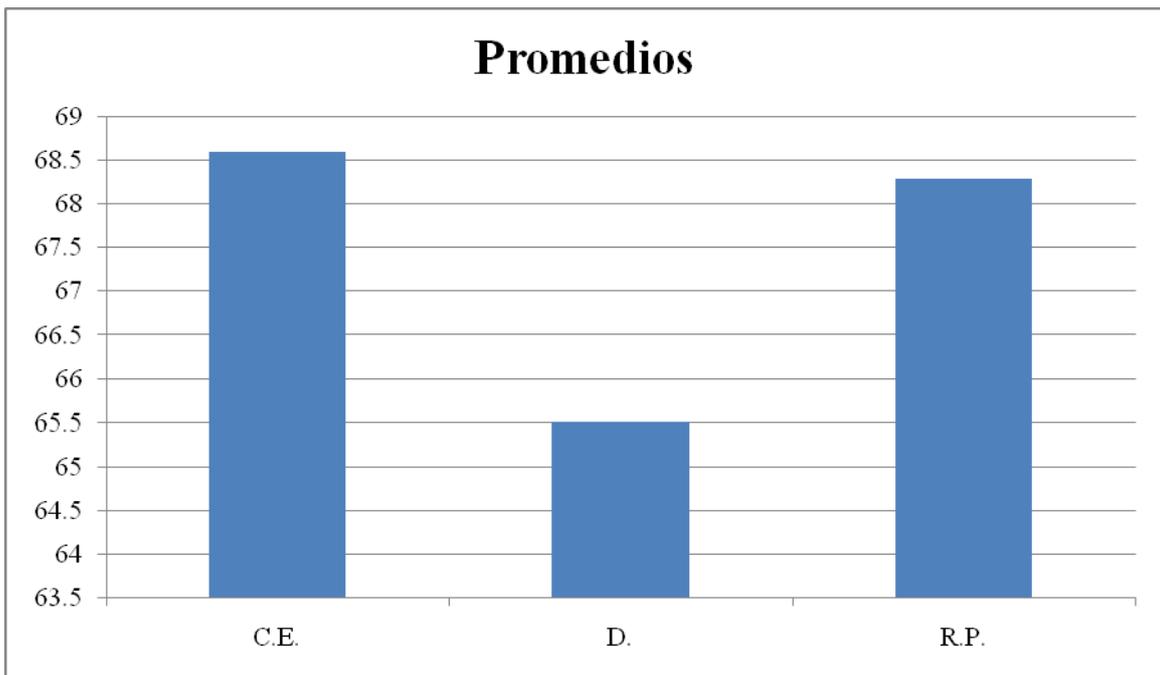
En la subescala de **Cansancio Emocional**, el 10% de los 10 sujetos de la muestra, obtuvieron puntuaciones incluidas en el rango de la categoría baja, otro 40% se ubicó en la categoría moderada, mientras que el otro 50%, en el de puntuación alta.

En la escala de **Despersonalización**, el 50% se ubicó en el de la puntuación moderada, y el otro 50% obtuvo puntuación alta.

En **Realización Personal**, el 40% de los sujetos se ubicó en las puntuaciones moderadas, y el 60% restante obtuvo una puntuación alta.

Con respecto a los **valores promedios** en cada una de las subescalas, se obtuvieron los siguientes:

- 68,6 en Cansancio Emocional.
- 65,5 en Despersonalización.
- 68,3 en Realización Personal.



**Grafico 2:** Promedios de los puntajes de la muestra, en las subescalas de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

El Cansancio Emocional, se encuentra dentro de la categoría **alto**. La Despersonalización, se ubica en la categoría **media**. La Realización Personal, está dentro de la categoría **alto**.

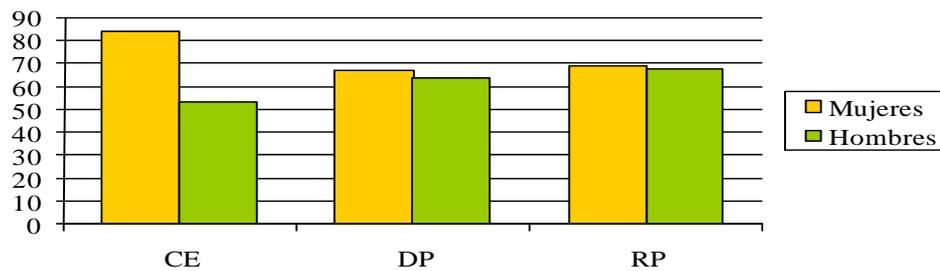
A continuación, se analizarán los niveles de Burnout, de acuerdo a los datos socio-demográficos:

- **Burnout según el Género:**

**-Cansancio Emocional:** En las mujeres, fue de 84,2 (alto) y en los hombres, fue de 53 (moderado).

**-Despersonalización:** En las mujeres, fue de 67 (alto) y en los hombres fue de 64 (moderado).

**-Realización Personal:** En las mujeres, fue de 69 (alto) y en los hombres fue de 67,6 (alto).



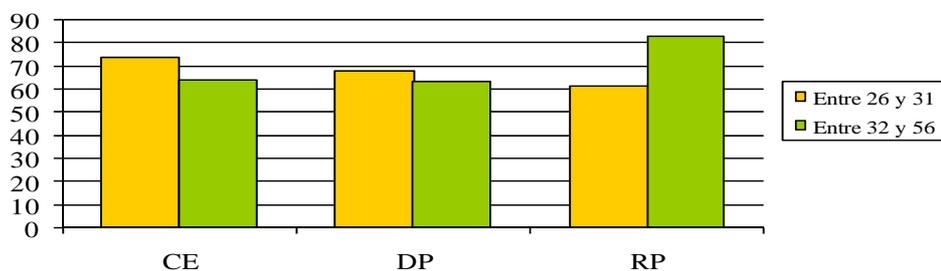
**Gráfico 3:** Promedios de los puntajes de la muestra, según el Género.

- **Burnout según la Edad:**

**-Cansancio Emocional:** En los sujetos entre 26 y 31 años, fue de 73,6 (alto) y en los de entre 32 y 56 años, fue de 63,3 (moderado).

**-Despersonalización:** En los sujetos entre 26 y 31 años, fue de 68 (alto) y en los de entre 32 y 56 años, fue de 63 (moderado).

**-Realización Personal:** En los sujetos entre 26 y 31 años, fue de 61 (moderado) y en los de entre 32 y 56 años, fue de 82,6 (alto).



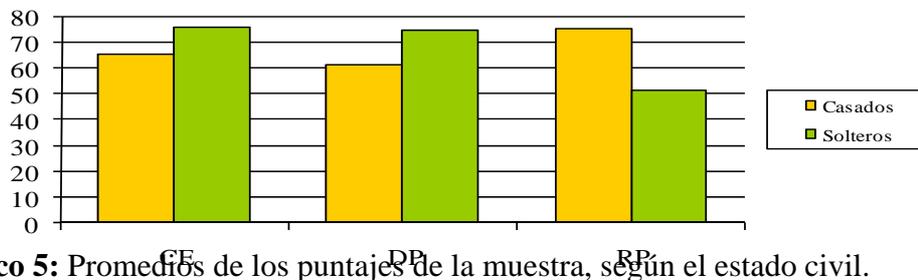
**Gráfico 4:** Promedios de los puntajes de la muestra, según la edad.

- **Burnout según el Estado Civil:**

**-Cansancio Emocional:** En los sujetos casados, fue de 65,4 (moderado) y en los solteros, fue de 76 (alto).

**-Despersonalización:** En los sujetos casados, fue de 61,4 (moderado) y en los solteros, fue de 76 (alto).

**-Realización Personal:** En los sujetos casados, fue de 75,4 (alto) y en los solteros, fue de 51,6 (moderado).



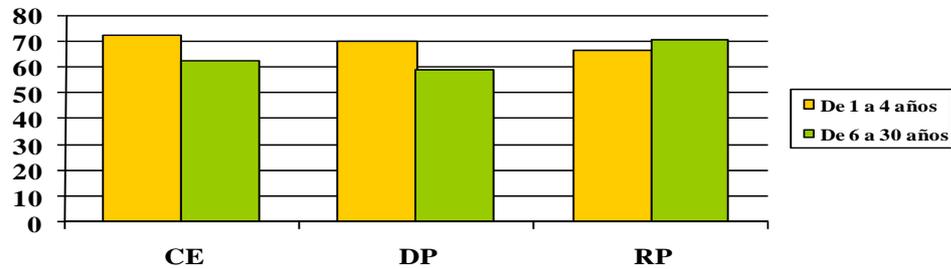
**Gráfico 5:** Promedios de los puntajes de la muestra, según el estado civil.

- **Burnout según los años de experiencia en las guardias de emergencia:**

**-Cansancio Emocional:** En los sujetos que tienen entre 1 y 4 años de experiencia fue de 72,6 (alto) y en los sujetos que tienen entre 6 y 30 años de experiencia, fue de 62 (moderado).

**-Despersonalización:** En los sujetos que tienen entre 1 y 4 años de experiencia fue de 70 (alto) y en los sujetos que tienen entre 6 y 30 años de experiencia, fue de 58,7 (moderado).

**-Realización Personal:** En los sujetos que tienen entre 1 y 4 años de experiencia fue de 66,6 (moderado) y en los sujetos que tienen entre 6 y 30 años de experiencia, fue de 70,7 (alto).



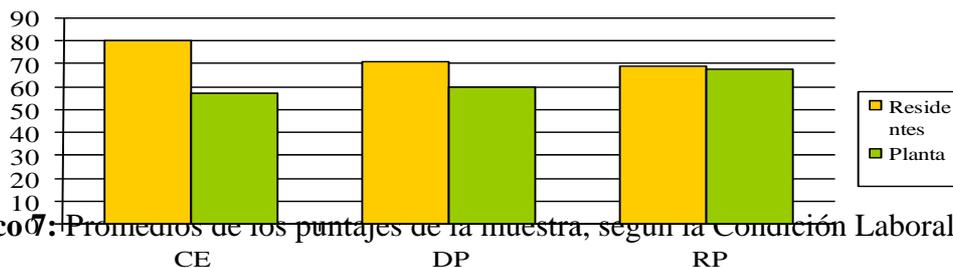
**Gráfico 6:** Promedios de los puntajes de la muestra, según la Experiencia.

- **Burnout según la Condición Laboral**

**-Cansancio Emocional:** En los médicos residentes fue de 80,2 (alto) y en los médicos de planta, fue de 57 (moderado).

**-Despersonalización:** En los médicos residentes fue de 71 (alto) y en los médicos de planta, fue de 60 (moderado).

**-Realización Personal:** En los médicos residentes fue de 69 (alto) y en los médicos de planta, fue de 67,6 (alto)



**Gráfico 7:** Promedios de los puntajes de la muestra, según la Condición Laboral.

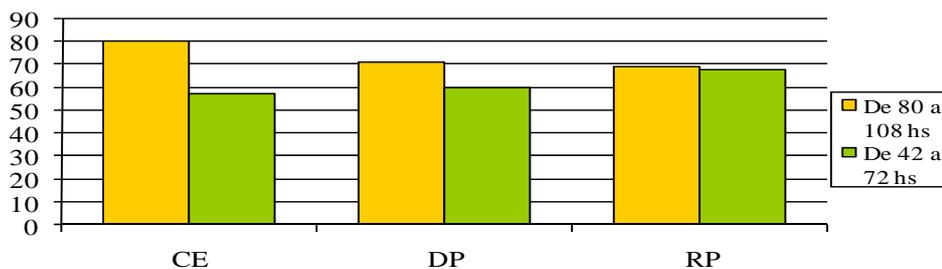
- **Burnout según la cantidad de trabajo**

**-Cansancio Emocional:** En los médicos que trabajan entre 80 y 108 horas semanales, fue de 80,2 (alto) y en los médicos que trabajan entre 42 y 72 horas semanales, fue de 57 (moderado).

**-Despersonalización:** En los médicos que trabajan entre 80 y 108 horas semanales fue de 71 (alto) y en los médicos que trabajan entre 42 y 72 horas semanales, fue de 60 (moderado).

**-Realización Personal:** En los médicos que trabajan entre 80 y 108 horas semanales, fue de 69 (alto) y en los médicos que trabajan entre 42 y 72 horas semanales, fue de 67,6 (alto).

Cabe aclarar que este grupo coincide exactamente con el grupo de los Residentes, por ello los puntajes son exactamente iguales.



**Gráfico 8:** Promedios de los puntajes de la muestra, según la Cantidad de Trabajo.

### 6.3. Análisis de los resultados obtenidos en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (IRA)

A partir de los puntajes equivalentes, obtenidos en cada categoría de afrontamiento, se obtuvieron los valores promedios de cada una de ellas.

Escala	Valor promedio
A.L.	55,8
R.P.	54,4

B.A.	54,6
S.P.	52,1
E.C.	51,4
A.R.	47,2
G.A.	52,3
D.E.	59,5

**Tabla 1:** Promedios de las ocho escalas de afrontamiento.

Nota: **AL:** Análisis Lógico; **RP:** Reevaluación Positiva; **BA:** Búsqueda de Apoyo; **SP:** Solución de Problemas; **EC:** Evitación Cognitiva; **AR:** Aceptación Resignación; **GA:** Búsqueda de Recompensas Alternativas; **DE:** Descarga Emocional.

Siguiendo los criterios establecidos por Moos y cols. y analizando los datos expuestos, se puede decir que los médicos evaluados obtuvieron puntajes que se encuentran dentro del promedio, en las siguientes escalas:

- Reevaluación Positiva
- Búsqueda de Apoyo
- Solución de Problemas
- Evitación Cognitiva
- Aceptación-Resignación
- Búsqueda de recompensas alternativas

Asimismo, se obtuvieron puntajes que se encuentran algo por encima del promedio, en las categorías de:

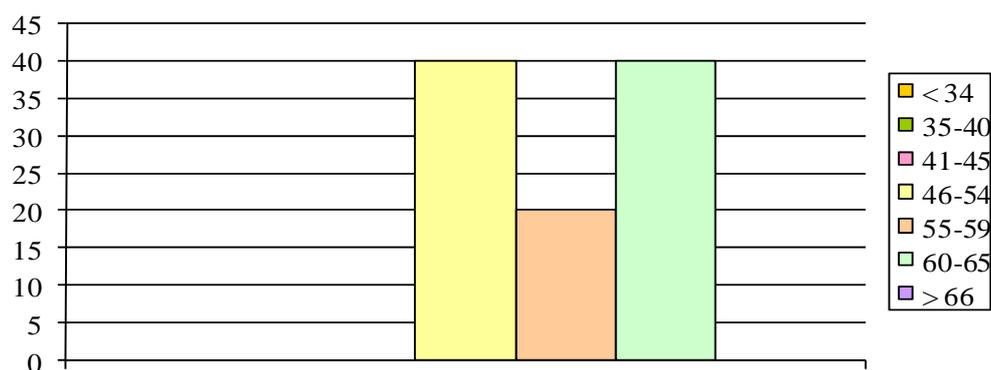
- Análisis Lógico
- Descarga Emocional

A continuación, se analizará cada una de las escalas en cuanto a frecuencias, frecuencias acumuladas y frecuencias relativas en porcentajes.

**Análisis Lógico:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
≤ 34	≤ 6	0	0	0
35-40	7-16	0	0	0
41-45	17-33	0	0	0
46-54	34-66	4	0,40	40%
55-59	67-83	2	0,20	20%
60-65	84-93	4	0,40	40%
≥ 66	≥ 94	0	0	0
N		10	1	100%

**Tabla 2:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Análisis Lógico.

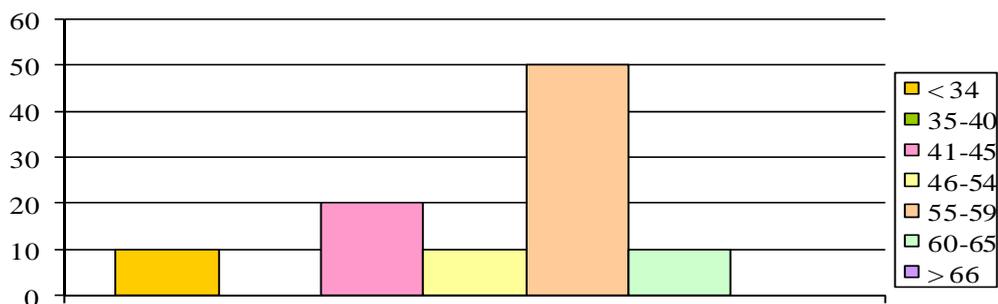


**Gráfico 1:** Frecuencias relativas en porcentajes para Análisis Lógico.

En esta escala, el 40% de los sujetos, entran en el intervalo de 46-54, que corresponde al promedio. Un 20% de los sujetos se ubican algo por encima del promedio, y el 40% restante se ubica bien por encima del promedio.

**Reevaluación Positiva:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
≤ 34	≤ 6	1	0,10	10%
35-40	7-16	1	0,10	10%
41-45	17-33	0	0	0
46-54	34-66	2	0,20	20%
55-59	67-83	1	0,10	10%
60-65	84-93	5	0,50	50%
≥ 66	≥ 94	0	0	0
N		10	1	100%

**Tabla 3:** Frecuencias, Frecuencias Acumuladas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Reevaluación Positiva.

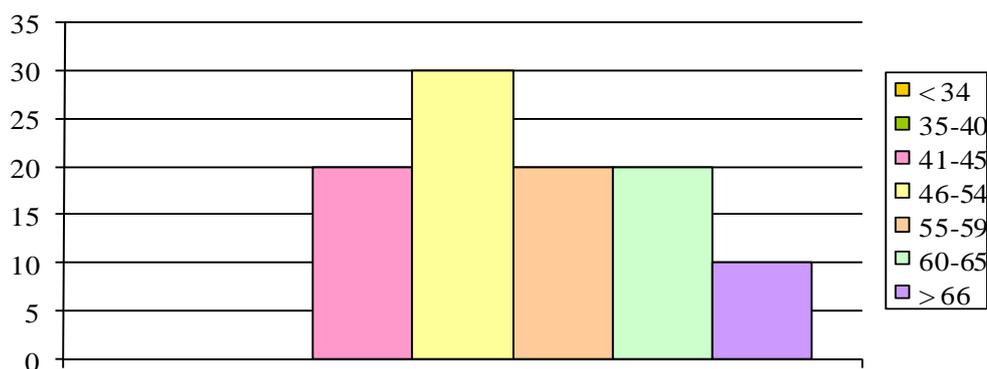
**Gráfico 2:** Frecuencias relativas en porcentajes para Reevaluación Positiva.

En esta escala, la mayoría de los sujetos están distribuidos entre los intervalos: 55-59, que corresponde a algo por encima del promedio (50%); un 20% de los sujetos se ubica algo por debajo del promedio. Un 10% de la muestra se ubica bien por debajo del promedio; otro 10% se ubica dentro del promedio y el 10% restante se ubica bien por encima del promedio.

**Búsqueda de Apoyo:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
≤ 34	≤ 6	0	0	0
35-40	7-16	0	0	0
41-45	17-33	2	0,20	20%
46-54	34-66	3	0,30	30%
55-59	67-83	2	0,20	20%
60-65	84-93	2	0,20	20%
≥ 66	≥ 94	1	0,10	10%
N		10	1	100%

**Tabla 4:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Búsqueda de Apoyo.

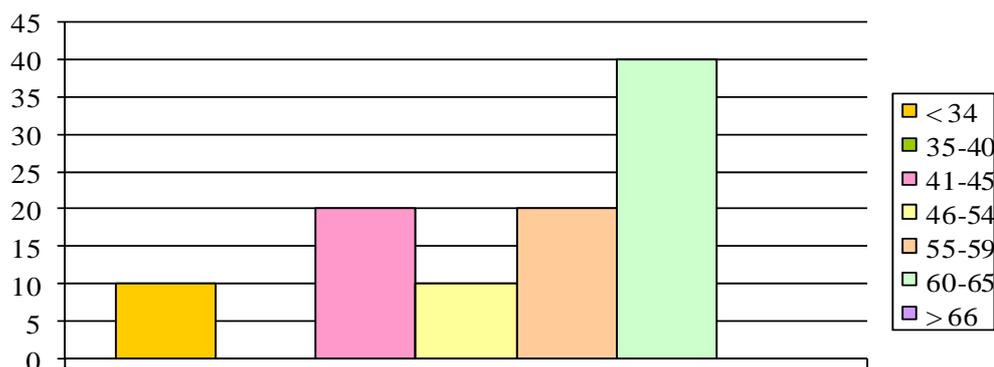


**Gráfico 3:** Frecuencias Relativas en porcentajes para Búsqueda de Apoyo.

Se observa que la mayor cantidad de sujetos, el 30% entra en el intervalo 46-54, es decir, se encuentran dentro del promedio. Un 20% de los sujetos se ubica algo por debajo del promedio, otro 20% se ubica algo por encima del promedio, y otro 20% de la muestra, se ubicó bien por encima del promedio. Solo un 10% de la muestra obtuvo puntajes considerablemente por encima del promedio en esta subescala.

**Solución de Problemas:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
$\leq 34$	$\leq 6$	1	0,10	10%
35-40	7-16	0	0	0
41-45	17-33	2	0,20	20%
46-54	34-66	1	0,10	10%
55-59	67-83	2	0,20	20%
60-65	84-93	4	0,40	40%
$\geq 66$	$\geq 94$	0	0	0
N		10	1	100%

**Tabla 5:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Solución de Problemas.

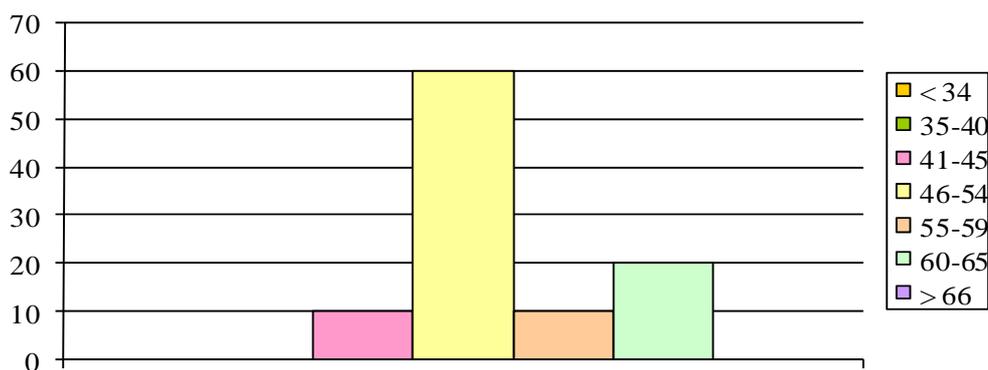
**Gráfico 4:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para Solución de Problemas.

En la escala de Solución de Problemas, la mayor cantidad de sujetos (40%) se encuentra en la categoría correspondiente a bien por encima del promedio. Un 20% de los sujetos obtuvo puntajes que se ubican en el rango algo por encima del promedio, y un 10% se ubicó dentro del promedio. Un 20% se ubicó algo por debajo del promedio y 10% obtuvo un puntaje que se ubicó en la categoría considerablemente por debajo del promedio.

**Evitación Cognitiva:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
$\leq 34$	$\leq 6$	0	0	0
35-40	7-16	0	0	0
41-45	17-33	1	0,10	10%
46-54	34-66	6	0,60	60%
55-59	67-83	1	0,10	10%
60-65	84-93	2	0,20	20%
$\geq 66$	$\geq 94$	0	0	0
N		10	1	100%

**Tabla 6:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Evitación Cognitiva.



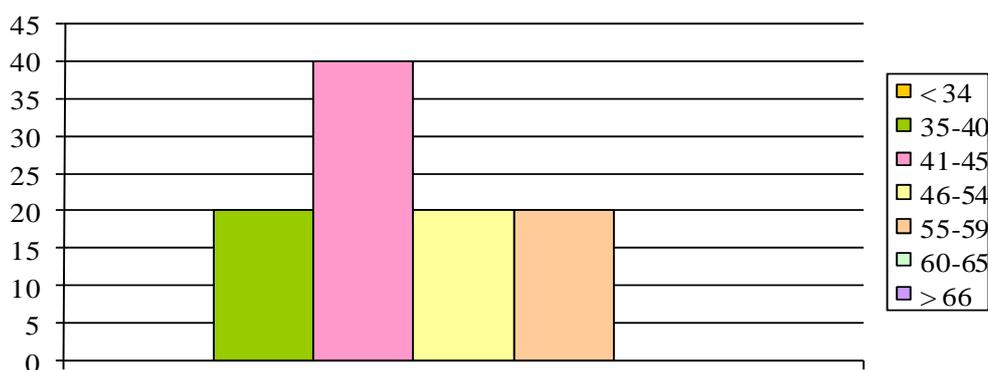
**Gráfico 5:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para Evitación Cognitiva.

En la presente escala, el 60% de los sujetos (la mayor cantidad) se encuentra en el intervalo 46-54, lo que corresponde al promedio. Un 20% de los sujetos se ubica bien por encima del promedio. Un 10% se ubica algo por encima del promedio y el 10% restante se ubica algo por debajo del promedio.

**Aceptación – Resignación:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
$\leq 34$	$\leq 6$	0	0	0
35-40	7-16	2	0,20	20%
41-45	17-33	4	0,40	40%
46-54	34-66	2	0,20	20%
55-59	67-83	2	0,20	20%
60-65	84-93	0	0	0
$\geq 66$	$\geq 94$	0	0	0
N		10	1	100%

**Tabla 7:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Aceptación-Resignación.



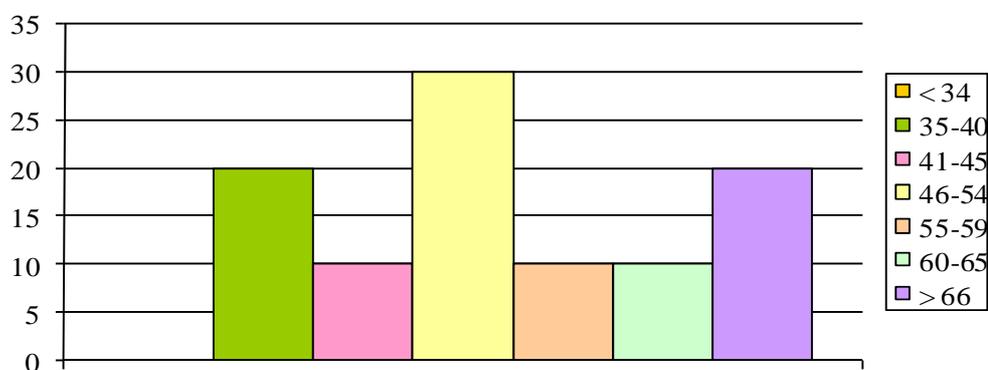
**Gráfico 6:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para Aceptación-Resignación.

Dentro de la escala de Aceptación – Resignación, el 40% de los sujetos se encuentra en el intervalo 41-45, por lo que están algo por debajo del promedio. Un 20% se encuentra bien por debajo del promedio, otro 20% se ubica dentro del promedio y el 20% restante se ubica algo por encima del promedio.

**Búsqueda de Recompensas:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
$\leq 34$	$\leq 6$	0	0	0
35-40	7-16	2	0,20	20%
41-45	17-33	1	0,10	10%
46-54	34-66	3	0,30	30%
55-59	67-83	1	0,10	10%
60-65	84-93	1	0,10	10%
$\geq 66$	$\geq 94$	2	0,20	20%
N		10	1	100%

**Tabla 8:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Búsqueda de Recompensas



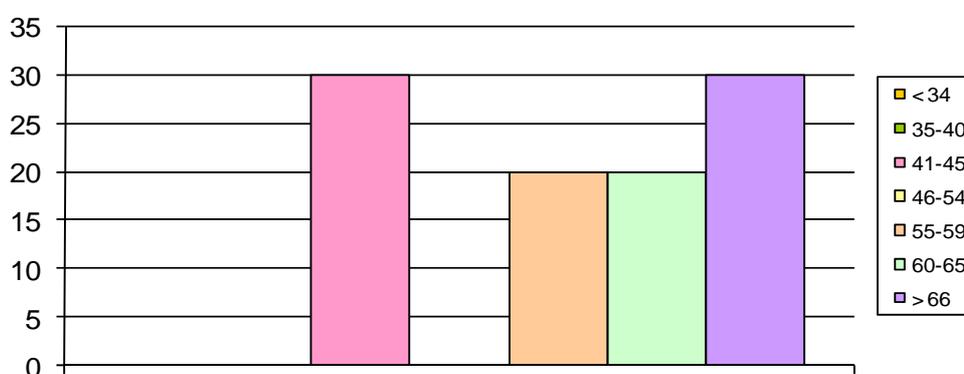
**Gráfico 7:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para Búsqueda de Recompensas

En esta escala, la mayor cantidad de sujetos (30%) se encuentra dentro del promedio, entre 46 y 54. Un 20% se ubica considerablemente por encima del promedio y otro 20% se ubica bien por debajo del promedio.

**Descarga Emocional:**

Puntaje T	Percentiles	F	Fr	F%
≤ 34	≤ 6	0	0	0
35-40	7-16	0	0	0
41-45	17-33	3	0,30	30%
46-54	34-66	0	0	0
55-59	67-83	2	0,20	20%
60-65	84-93	2	0,20	20%
≥ 66	≥ 94	3	0,30	30%
N		10	1	100%

**Tabla 9:** Frecuencias, Frecuencias Relativas y Frecuencias Relativas en porcentajes para Descarga Emocional.



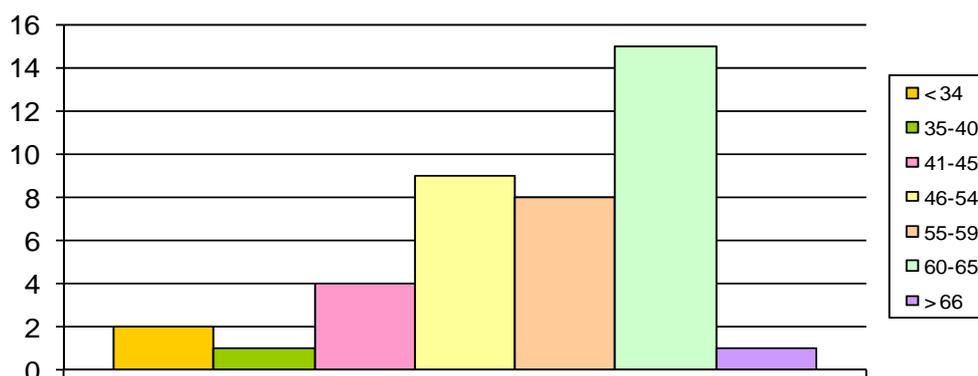
### Gráfico 8: Frecuencias Relativas en Porcentajes para Descarga Emocional

En la escala de Descarga Emocional, un 30% de la muestra se ubica en la categoría considerablemente por encima del promedio, y otro 30% se ubica en la categoría algo por debajo del promedio.

### Cantidad de Respuestas de Acercamiento y Evitación

A continuación, veremos el porcentaje de respuestas de las estrategias de Acercamiento y Evitación, respectivamente. Nótese que este porcentaje se refiere a cantidad de respuestas y no a sujetos.

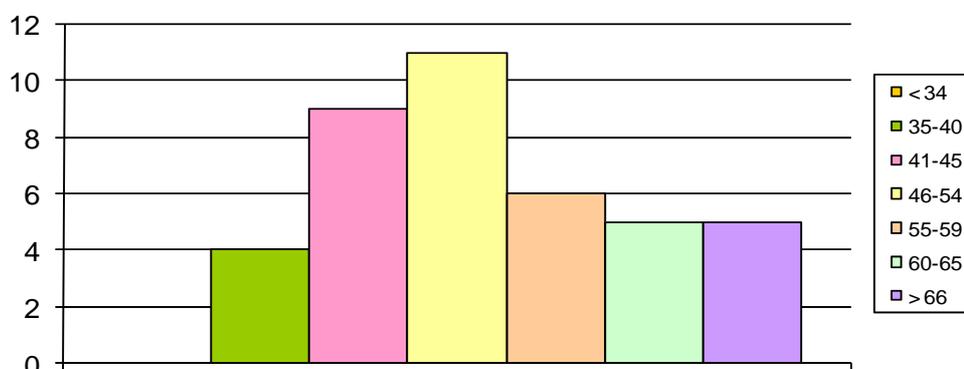
### Porcentaje de Estrategias de Acercamiento:



### Gráfico 9: Frecuencias Relativas en Porcentajes para las Estrategias de Acercamiento.

De un total de 40 respuestas de acercamiento, 2 se ubicaron en el rango menor o igual a 34 (considerablemente por debajo del promedio) 1 se ubicó en el rango 35-40 (bien por debajo del promedio), 4 se ubicaron en el rango 41-45 (algo por debajo del promedio), 9 se ubicaron en el rango 46 a 54 (dentro del promedio), 8 se ubicaron en el rango 55-59 (algo por encima del promedio), 15 se ubicaron en el rango 60 a 65 (bien por encima del promedio) y 1 se ubicó en el rango mayor o igual a 66 (considerablemente por encima del promedio).

### Porcentaje de Estrategias de Evitación:



**Gráfico 10:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para las Estrategias de Evitación.

De un total de 40 respuestas de evitación, 4 se ubicaron en el rango 35-40 (bien por debajo del promedio), 9 se ubicaron en el rango 41-45 (algo por debajo del promedio), 11 se ubicaron en el rango 46 a 54 (dentro del promedio), 6 se ubicaron en el rango 55-59 (algo por encima del promedio), 5 se ubicaron en el rango 60 a 65 (bien por encima del promedio) y 5 se ubicaron en el rango mayor o igual a 66 (considerablemente por encima del promedio).

#### **Análisis de los puntajes significativos:**

Los puntajes que tomamos como significativos para la interpretación de los datos, son los superiores a 60 puntos e inferiores a 40. Es decir, aquellos que se encuentran, según el criterio establecido por Moos y col., considerablemente por encima del promedio y bien por encima del promedio; y considerablemente por debajo y bien por debajo del promedio respectivamente.

Teniendo en cuenta que a mayor puntaje, mayor confianza en determinada estrategia de afrontamiento y viceversa; se pudo observar que:

- **Se obtuvieron puntajes iguales o menores de 40 en las siguientes escalas:**

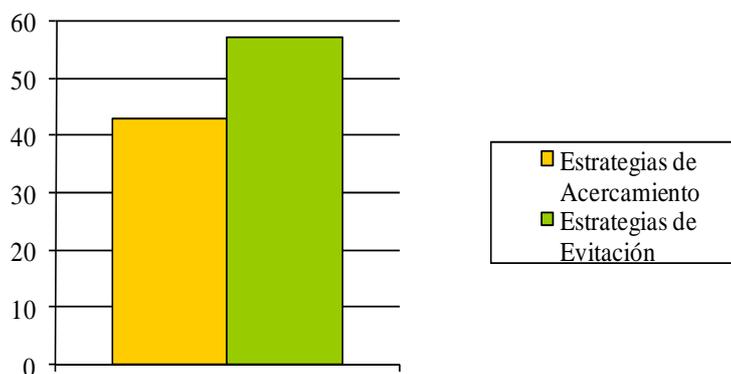
-Reevaluación Positiva: El 20% de los casos, es decir, dos sujetos de los diez.

-Solución de Problemas: 10% de los casos, es decir, un sujeto.

-Aceptación-Resignación: El 20% de los casos, es decir, dos sujetos.

-Búsqueda de Recompensas Alternativas: El 20% de los casos, 2 sujetos del total de la muestra.

Se desprende de estos datos, que del total de las respuestas cuyos puntajes se encuentran incluidos en el rango igual o menor de 40, es decir, un total de siete respuestas, 3 corresponden a Estrategias de Acercamiento (43%) y 4 corresponden a Estrategias de Evitación (57%).



**Gráfico 11:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para las Estrategias de afrontamiento de acercamiento y de evitación, iguales o menores a 40.

De un total de 7 estrategias de afrontamiento iguales o menores a 40, 3 corresponden a estrategias de acercamiento (43%) y 4 corresponden a estrategias de evitación (57%).

- **Se obtuvieron puntajes iguales o mayores a 60, en las siguientes escalas:**

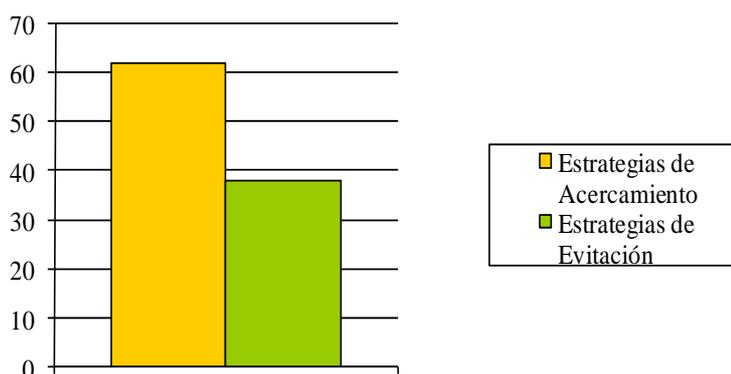
-Análisis Lógico: 40% de los casos, es decir, 4 sujetos de un total de diez.

-Reevaluación Positiva: 50% de los casos, es decir, cinco sujetos.

-Búsqueda de Apoyo: 30% de los casos, es decir, tres sujetos.

- Solución de Problemas: 40% de los casos, es decir, cuatro sujetos.
- Evitación Cognitiva: 20% de los casos, es decir, dos sujetos.
- Búsqueda de Recompensas Alternativas: 30% de los casos. Tres sujetos.
- Descarga Emocional: 50% de los casos, cinco sujetos.

Se puede observar que del total de respuestas que obtuvieron puntajes incluidos en el rango igual o mayor a 60, es decir, un total de 26 respuestas, 10 corresponden a estrategias de evitación (38%) y 16 corresponden a estrategias de acercamiento (62%).



**Gráfico 12:** Frecuencias Relativas en Porcentajes para las Estrategias de afrontamiento de acercamiento y de evitación, iguales o mayores a 60.

#### 6.4. Estilos de Afrontamiento en relación al Síndrome de Burnout

Los tres sujetos que se encuentran en riesgo de padecer el síndrome de Burnout, presentan los siguientes promedios en las estrategias de acercamiento y de evitación:

Sujetos	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
<b>Acercamiento</b>	57	39	64
<b>Evitación</b>	64	51	55

**Tabla 1:** Promedios en las estrategias de acercamiento y evitación.

# CONCLUSIONES

De acuerdo al grado de exigencia de una situación laboral, como de las estrategias que las personas instrumenten en esos momentos, existe la posibilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout. La ocurrencia de este síndrome en alguna de estas tareas es más predisponente en aquellas personas cuyo trabajo implica brindar servicios y en consecuencia, relacionarse con otros en una determinada institución.

Es importante destacar y recordar, que las conclusiones que se derivan de este trabajo no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que sólo son válidas para describir características del grupo evaluado, ya que el método utilizado de tipo intencional no probabilístico.

Para finalizar este proceso, se analizarán los datos obtenidos a partir de los objetivos planteados al inicio de este trabajo de investigación. Ellos fueron:

- **Determinar si los médicos de emergencias han desarrollado el Síndrome de Burnout, y qué nivel del mismo presentan en cuanto a sus tres factores: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP).**

Si bien no se detectó el síndrome, ya que no se alcanzaron los valores necesarios para poder diagnosticarlo, los resultados nos indican que tres sujetos de la muestra, se encuentran en riesgo de desarrollarlo.

Se puede inferir que este grupo de médicos que realizan guardias de emergencia se encuentra emocionalmente agotado con su trabajo, ya que los valores obtenidos en la subescala “cansancio emocional”, fueron muy elevados. Con estos resultados, estaríamos confirmando, por un lado, que los factores estresores mencionados en el capítulo IV, realmente están actuando como factores de riesgo para la salud del agente sanitario.

Con respecto a la “Despersonalización”, los resultados son preocupantes, ya que si bien el la puntuación promedio obtenida entra en la categoría de “medio o moderado”, es un valor muy elevado. Esto nos indicaría que este grupo presentaría una tendencia bastante por

encima de la media, a desarrollar sentimientos negativos y a tener actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo.

El puntaje obtenido en la subescala de “Realización Personal”, fue muy alto. Esto nos indicaría que existe una tendencia muy baja en estos profesionales, a evaluarse negativamente a sí mismos y a su trabajo.

Estos resultados también nos indicarían que la presencia de Cansancio Emocional no influye en la Realización Personal, es decir, el hecho que se sientan cansados no trae aparejadas consecuencias como es la insatisfacción con los resultados laborales.

El segundo objetivo de nuestra investigación, fue el siguiente:

- **Analizar los resultados de las tres dimensiones del síndrome de Burnout, teniendo en cuenta:**
  - Género**
  - Edad**
  - Experiencia (cantidad de años que lleva trabajando en guardias de emergencia)**
  - Estado Civil**
  - Condición Laboral (Residente o de Planta)**
  - Cantidad de Trabajo (cantidad de horas que trabaja en total por semana)**

Con respecto al **género**, podríamos decir que el género femenino presenta mayores niveles de Cansancio Emocional. Esto puede relacionarse con estudios que afirman que las mujeres tienden a obtener puntuaciones elevadas en cansancio emocional. Esto puede deberse a que la mujer, en términos generales, es más emotiva que el hombre. El grupo de los hombres, en cambio, posee valores en la categoría de cansancio emocional, que los ubican dentro del promedio. En cuanto a la despersonalización, esta también aparece más elevada en las mujeres. Esto no coincide con los estudios que sostienen que el hombre puntúa de forma elevada en despersonalización, debido a que el varón suele solucionar la sensación de estar quemado por medio de la despersonalización como estrategia de afrontamiento. Cabe destacar que si bien las mujeres obtuvieron un puntaje mayor en relación a los hombres, estos últimos también arrojaron una puntuación elevada en la subescala de despersonalización. Podemos

constatar que las mujeres se sienten más realizadas personalmente que los hombres. Esto no coincide con las investigaciones que afirman que las mujeres suelen presentar una baja realización personal. Nos parece importante aclarar que ambos puntajes, tanto el de los hombres como el de las mujeres, son muy similares en esta subescala, y que además, son muy elevados. Esto nos indica que tanto los sujetos de género femenino, como los del masculino, se sienten realizados a través de su trabajo.

En lo que respecta a la **edad**, se puede observar que los sujetos de menor edad (entre 26 y 31), presentan mayores niveles de Burnout que los sujetos de mayor edad (entre 32 y 56). Estos datos coinciden con las investigaciones, que afirman que existe una relación negativa entre edad y desgaste profesional, es decir, que a mayor edad, menor cansancio emocional. La edad también podría estar relacionada con los años de experiencia, ya que por lo general, las personas que tienen menos edad, tienen menos experiencia.

En cuanto a la **experiencia**, se observaría que a más años de experiencia, hay menor probabilidad de experimentar Burnout. Los resultados obtenidos pueden vincularse con las investigaciones que sugieren que a más años ejerciendo la profesión es menos probable la experiencia de Burnout, lo cual implicaría que los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, que los trabajadores mayores.

Se constata la influencia del **estado civil** sobre el Burnout, siendo el grupo de los solteros el que presenta puntuaciones más altas que los casados en cansancio emocional y despersonalización, y más bajas en realización personal. Estos resultados podrían vincularse con los estudios que muestran que los casados experimentan menos Burnout que los solteros, viudos y divorciados, ya que la pareja tendría mayor posibilidad de brindar contención.

En relación a la **condición laboral**, es decir, si son médicos residentes o de planta, los datos revelan que los residentes obtuvieron puntuaciones mayores en cansancio emocional y en despersonalización, en comparación con los médicos de planta. Estos datos coinciden con

los estudios de Salomón, et al, (2007). Estos investigadores sostienen que la edad parece desempeñar un papel moderador, quizá porque el médico, con el correr de los años, tiene un crecimiento profesional y personal, adquiere experiencia y mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral. Además sostienen que los médicos de reciente graduación no están debidamente preparados para enfrentar los conflictos emocionales y laborales que se les presentan y tienen menor capacidad para controlar y manejar sus propios sentimientos y conflictos. Otros factores que podrían estar influyendo en estos resultados, son la mayor cantidad de horas que deben cumplimentar los residentes, la mayor cantidad de guardias semanales y la percepción de maltrato de parte de sus superiores. Con respecto a la realización personal, tanto los médicos de planta como los residentes, obtuvieron puntajes altos, es decir, ambos grupos logran una realización personal alta a través de su trabajo, aunque los médicos residentes obtuvieron una puntuación algo mayor que los de planta en esta subescala. Este último dato coincide con las investigaciones, que afirman que los residentes perciben con más frecuencia que obtienen cosas valiosas de su trabajo que los médicos de planta, y consideran a la profesión médica de mayor prestigio. Se atribuyen estos resultados a que los médicos residentes tienen ilusiones, grandes expectativas y proyectos de formación y de futuro.

Por último, y con respecto a la **cantidad de trabajo**, es decir, al total de horas que trabaja por semana, incluyendo las guardias, nos parece importante destacar que los sujetos que son residentes, son exactamente los mismos sujetos que trabajan mayor cantidad de horas (entre 80 y 108). Por ende, el grupo de médicos de planta, es exactamente el mismo grupo que trabaja menos cantidad de horas por semana (entre 42 y 72). Por lo tanto, los puntajes obtenidos son idénticos a los que arrojó la comparación entre los médicos residentes con los de planta. No solo podemos deducir que los sujetos que trabajan mayor cantidad de horas se encuentran con un mayor grado de despersonalización y cansancio emocional, que los sujetos que trabajan menor cantidad de horas, y que ambos grupos poseen una alta realización personal, aunque las del los que trabajan mayor cantidad de horas en algo mayor, sino que también podemos deducir que trabajan mayor cantidad de horas. Esto se debe a que la residencia implica una gran carga horaria. Esto también podría deberse a que reciben una

remuneración más baja en comparación a los médicos de planta, y que por lo tanto, necesitan trabajar en otros lugares, además de hacer la residencia, para tener un sueldo mejor.

Nuestro tercer objetivo de investigación, fue el siguiente:

- **Evaluar las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los médicos que realizan guardias de emergencia, para hacer frente a las distintas situaciones consideradas estresantes.**

En relación a los puntajes iguales o menores a 40, podemos decir que de un total de 7 estrategias de afrontamiento iguales o menores a 40, 3 corresponden a estrategias de acercamiento (43%) y 4 corresponden a estrategias de evitación (57%). El 20% de la muestra, es decir, dos sujetos, utilizan estrategias de Acercamiento Cognitivo de Reevaluación Positiva con poca frecuencia, lo que reflejaría una disminución en los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación. Así mismo, el 20% puntuaron la estrategia de evitación cognitiva de aceptación resignada con poca frecuencia, lo que indicaría una disminución en los intentos cognitivos de reaccionar frente al problema a través de su aceptación. Un último 20% de los casos utiliza la estrategia de evitación conductual de Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, con poca frecuencia. Esto refleja una disminución de los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción

Teniendo en cuenta los puntajes iguales o mayores a 60, podemos decir que de un total de 26 estrategias de afrontamiento iguales o mayores a 60, 10 corresponden a estrategias de acercamiento (38%) y 16 corresponden a estrategias de evitación (62%). Por lo tanto, el grupo presenta una tendencia a utilizar las estrategias de afrontamiento de acercamiento. A la hora de enfrentar una situación estresante, tienden a reducir la tensión mediante la búsqueda de información, guía y apoyo, en mayor medida, y a expresar los sentimientos negativos, en un grado menor.

Si bien existe una mayor cantidad de respuestas de acercamiento con puntuaciones iguales o mayores a 60, en relación con la cantidad de respuestas de evitación, la estrategia más elegida por el grupo es la Reevaluación Positiva, que es una estrategia de acercamiento, y la Descarga Emocional, que es una estrategia de evitación. Existirían, por lo tanto, dos tendencias generales en la muestra trabajada, a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes: por un lado, habría una tendencia a realizar intentos cognitivos para construir y reconstruir los problemas en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación. Por otro lado, también existe una fuerte tendencia a realizar esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos. Otras estrategias que aparecen con puntajes mayores a 60 en un 40% de la muestra, son la Solución de problemas y el Análisis Lógico. Esto nos informa acerca de una tendencia del grupo a actuar directamente sobre el problema y a prepararse mentalmente para enfrentar un elemento estresor y sus consecuencias.

Nuestro cuarto y último objetivo, fue el siguiente:

- **Resolver si existe alguna relación entre el tipo de Estrategia de Afrontamiento utilizada, con el nivel de Burnout, si este último se presentara.**

Si bien existe una tendencia general en el grupo, a utilizar estrategias de afrontamiento de acercamiento a la hora de enfrentar situaciones estresantes, nos parece muy importante destacar que de los tres sujetos en los que se identificó un riesgo a desarrollar el Síndrome de Burnout, hubo un fuerte predominio de las estrategias de evitación por sobre las de acercamiento en dos de los casos. Esto nos permite reafirmar lo expuesto en la parte conceptual, donde se argumenta que los estilos evitativos de afrontamiento conllevan a una situación de mayor estrés, debido a que el sujeto se centra en lo que siente, pero no realiza esfuerzos conductuales, es decir, no busca distintas alternativas para mitigar el estrés.

Es importante destacar que la utilización de Estrategias de afrontamiento Evitativas disminuiría el estrés sólo a corto plazo, pudiendo producir a largo plazo mayores consecuencias de estrés, lo cual predice problemas psicológicos posteriores.

También se observa una relación entre altas puntuaciones en la subescala de Realización Personal, con altas puntuaciones en las Estrategias de Afrontamiento de Acercamiento.

A pesar de que los datos obtenidos a partir de este trabajo de alguna manera apoyan la hipótesis de que existe una relación entre Estrategias de Evitación y grados moderados-altos de Burnout, no es posible establecer una influencia directa ni una relación causal entre ambas variables. Además, es necesaria la consideración del contexto como otro factor determinante de las respuestas de afrontamiento y las reacciones emocionales.

Por último, quisiéramos aclarar una vez más que el objetivo de este trabajo no es, de ningún modo, ofrecer una explicación acabada sobre el tema elegido, y mucho menos exponer todas las relaciones posibles entre las variables estudiadas. Más bien, la meta fundamental que se persigue es abrir nuevas líneas de investigación para continuar el desarrollo empírico y teórico de un tema que es, sin duda, interesante.

### **PROPUESTAS:**

Ante los resultados obtenidos, se propone entrenar a aquellos profesionales que se encuentran en riesgo de desarrollar Burnout, en técnicas que permitan adquirir y mejorar estrategias individuales de afrontamiento, fundamentalmente las centradas en resolución de problemas. Otras estrategias de carácter paliativo, pueden ser por ejemplo, el entrenamiento en la expresión de la ira.

Pero nuestro objetivo fundamental, es prevenir la presencia de estos síntomas, en aquellos médicos que no los padecen, ya sea a través de estrategias individuales, como de estrategias grupales y organizacionales. Una de las alternativas para poder llevar a cabo dicho objetivo, podría consistir en la implementación de grupos de reflexión, en los que los médicos de emergencias puedan contar con un espacio físico y emocional que les dé la posibilidad de expresar aquellos sentimientos que les suele generar su trabajo, ya que hemos observado que muchos de ellos utilizan la estrategia de “Descarga emocional”, es decir, intentan reducir la tensión expresando sentimientos negativos. Otra alternativa es ofrecer a este grupo de profesionales, espacios propicios para la relajación y la recreación. Otra propuesta es la de organizar talleres para el entrenamiento en habilidades sociales.

Por otro lado, consideramos que sería importante profundizar, en trabajos posteriores, la influencia que la condición laboral ejerce en el síndrome de Burnout, dado que los resultados del presente trabajo nos indican que los residentes se encuentran con mayores índices de Burnout que los médicos de planta. Sería de suma importancia, realizar esta investigación con muestras constituidas por un mayor número de personas. También sería interesante comparar el síndrome de Burnout entre los residentes, de acuerdo al año de residencia en el que se encuentran.

Si bien este trabajo es insuficiente para realizar conclusiones definitivas, sabemos que puede ser el inicio de futuras investigaciones.

# BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Beltrán, C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud [Versión electrónica]. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 29. 15-19.
- Ardid, C. y Zarco, V. (1.999). El estrés laboral. En A. Rodríguez Fernández (Comp.), *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (p.p. 235-246) España: Ed. Pirámide.
- Ayuso Marente, J. A. (2003). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*. Extraído el 14 de junio, 2011, de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf>
- Berríos Martos, P. y García Martínez, M. (2006). Efecto de la congruencia entre el factor de conducta tipo A y el tipo de tarea en el rendimiento y la satisfacción [Versión Electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 271-284.
- Busaniche, J. y Eymann, A. (2009). Todavía falta mucho por comprender y mejorar en las residencias médicas. *Archivos argentinos de pediatría*, 3. Extraído el 22 de setiembre, 2011, de [http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2009/arch09\\_3/v107n3a02.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2009/arch09_3/v107n3a02.pdf)
- Calzada, M. (2010). El control del estrés laboral, una intervención necesaria en la empresa. *Punto de Inflexión*, 2. Extraído el 20 de junio, 2011, de <http://www.bqit.com/puntodeinflexion/images/PDF/numeroii.pdf>
- Ciccotelli, H., Gascón, S. & Olmedo, M. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach [Versión Electrónica]. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 1 (8), 55-56.
- Chico Libran, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento [Versión Electrónica]. *Psicothema*, 3, 544-550.
- Cremades Puerto, J. (2011). Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médicoquirúrgicos: una revisión bibliográfica [Versión Electrónica]. *Revista Científica de Enfermería*, 2, 1-17.
- Dahab, J., Minici, A. & Rivadeneira, C. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional de estrés. *Revista de terapia Cognitivo Conductual*, 18. Extraído el 16 de junio, 2011, de

<http://www.cognitivoconductual.org/revista/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres/>

- Durán, M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral [Version Electronica]. *Revista Nacional de Administración*, 1, 71-84.
- Encinas, C., Gómez, K., & Reyes, J. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina [Versión Electrónica]. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*, 174, 5-11.
- Feldberg, C. & Stefany, D. (2009). Locus de control, autoeficacia para la memoria episódica verbal y rendimiento en adultos mayores no dependientes [Versión Electrónica]. *Revista de Investigación Psicológica*, 1 (12), 15-19.
- Fernández Martínez, M. H. (2009). *Estres percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con la salud psicológica y la estabilidad emocional*. Tesis de Doctorado para la obtención del título Doctor en Psicología, Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía, Universidad de León, España.
- Gálvez Herrero, J.C. & Mingote Adán, M. (2007). El estrés del médico residente en Urgencias [Versión Electrónica]. *Emergencias*, 19, 111-122.
- Garrosa Hernández, B., González Gutiérrez, E. & Moreno Jiménez, J., (2000). Personalidad Resistente, Burnout y Salud [Versión Electrónica]. *Escritos de psicología*, 4, 64-77.
- Gil Monte, P. R. (2001) El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*. Extraído el 1 de julio de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Gómez Centurión, M. (2003). *Habilidades de afrontamiento asociadas al síndrome de Burnout en empleados gastronómicos*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Gutierrez García, J. M. (1998). La promoción del eustrés. *Psicología.com*, 1. Extraído el 10 de junio, 2011, de <http://www.neurologia.tv/articulos/ansiedad/estres/963/>
- Hernández Sampieri, R; Collado, C. y Lucio, P. (1998) “*Metodología de la Investigación*”. 2º ed. México. Editorial Mac Graw – Hill Interamericana.

- Lázarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Lubo Palma, A., Montiel Quintero, M., Quevedo, A. (2005). Fatiga laboral y condiciones ambientales en una planta de envasado de una industria cervecera [Version electronica]. *Salud de los trabajadores*, 1, 37-44.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Manual Inventario Burnout de Maslach, el síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid. Ediciones TEA.
- Mikulic, I. & Crespi, M. (2006). Adaptación y validación del inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15, 305-312.
- Millan, T., Rojas, P. & Schonhautb, L. (2009). Calidad de vida de los médicos residentes del programa de Formación de especialistas en Pediatría [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*, 1, 30-38.
- Moriana Elvira, J. A. (2002). *Estudio Epidemiológico de la Salud Mental del Profesorado*. Tesis de Doctorado para la obtención del título Doctor en Psicología, Universidad de Córdoba, España.
- Moos, Rudolf (1993). *CRI-Adult Form Item Booklet*. Psychological Assessment Resources, Inc., USA.
- Olaz, F (1997). Autoeficacia, diferencias de género y comportamiento vocacional. *R.E.M.E. (Revista Electrónica de Motivación y Emoción)*, 13.
- Olmedo, M., Santed, R, Jiménez, R. & Gómez, D. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas [Versión Electrónica]. *Psiquis*, 22 (3), 117-129.
- Palacios Espinosa, X. & Restrepo Espinosa, M. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de salud mental? *Informes psicológicos*, 11. P. 275-300.
- Parera, J., Santolín, L., Zabala, P., Salomon, S. & Carena, J. (2010). Problemática de maltrato durante la formación médica. Jornadas de Investigación 2010. Facultad de Ciencias Médicas. U.N. Cuyo, Mendoza, Argentina. Extraído el 25 de setiembre de <http://209.13.157.14/jornadas2010/app/webroot/index.php/articulos/view/80>

- Peñacoba Puente, C., Díaz Gutierrez, L., Goiri Pueyo, E. & Vega López, R. (2000) Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: Un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia [Versión Electrónica]. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 3, 341-356.
- Piamontesi, S. & Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición [Versión Electrónica]. *Anales de psicología*, 1, 102-111.
- Plazaola Castaño, J., Ruiz Perez, I., Montero Piñar, M. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 6. Extraído el 15 de agosto, 2011, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600005&script=sci_arttext)
- Ramos, F. & Buendía, J. (2001). El síndrome de Burnout: Concepto, Evaluación y tratamiento. En Buendía (Coord.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-53). Madrid: Ed. Pirámide.
- Resolución 428/2001 (2000). Norma de organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales. Dirección de calidad de los servicios de Salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la atención médica. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2000) Extraído el 24 de setiembre, de [http://msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/428\\_2001.pdf](http://msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/428_2001.pdf)
- Salomón, S., Alós, M. & Carena, J. (2007) Estrés profesional: Diferencias entre médicos en formación y médicos de planta. *Revista Argentina de Educación Médica*, 1, 31-35.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Comp.), *Manual de Psicopatología* (pp. 4-48). Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Santos, E. (2007). Los médicos avisan: “Levo 32 horas sin dormir, ¿Te opero?” *Revista Discovery DSalud*, 94. Extraído el 22 de setiembre de: <http://www.dsalud.com/index.php?pagina=articulo&c=343>
- Saracco, C. (2001). *Habilidades de afrontamiento asociado al síndrome de Burnout en los despachadores de un sistema de emergencias médicas prehospitales*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Savio, S. (2008). El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico [Versión Electrónica]. *Homogramática*, 8, 121-138.

- Vezzoni, M. Documento de la cátedra: “Psicología y Deprivación”, de la carrera “Minoridad y Familia”; Facultad de Psicología, UDA.
- Zeidner, M. y Saklofske, D. (1996) “*Adaptative and Maladaptative Coping*” en Zeidner, M. y Endler, N. “*Handbook of coping*” John Wiley & Sons, INC. New York-USA.

# APÉNDICE

**INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO****Forma Adulta – Manual Profesional**

Rudolph Moos, Ph. D.

**DATOS DEMOGRÁFICOS:**

- Género
- Edad
- Estado Civil
- Tiempo de experiencia profesional en Guardia de Emergencia
- Cantidad de horas semanales en la Guardia de Emergencia
- Cantidad de horas que trabaja en general
- Tiempo diario dedicado al ocio o tiempo libre

**PARTE 1**

Esta hoja contiene preguntas acerca de cómo Usted se maneja con los problemas importantes que debe enfrentar.

Por favor, piense acerca del problema y/o la situación más estresantes que debió experimentar **en los últimos 12 meses**, por ejemplo, problemas con familiares o amigos, la enfermedad o la muerte de un familiar o de una amigo, un accidente o una enfermedad o una pérdida financiera o algunos problemas laborales.

Describa brevemente el problema en el espacio provisto en al Parte 1 de su hoja de respuesta.

Si usted no ha experimentado un problema mayor, liste un problema menor con el que haya tenido que tratar.

Después responda cada una de las preguntas acerca del problema o situación haciendo una cruz en la respuesta apropiada.

Describa brevemente el problema:

.....

.....

		Definitivamente NO	Principalmente NO	Principalmente SI	Definitivamente SI
1	¿Ha enfrentado un problema igual a éste antes?				
2	¿Sabía que este problema iba a ocurrir				
3	¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar éste problema?				
4	¿Cuándo ocurrió este problema, lo pensó cómo una amenaza?				
5	¿Cuándo ocurrió este problema, lo pensó como un desafío?				
6	¿Este problema fue causado por algo que usted hizo?				
7	¿Este problema fue provocado por algo que otra persona hizo?				
8	¿Resultó algo bueno después de tratar con este problema?				
9	¿Este problema o situación ha sido resuelto?				
10	¿Si este problema ha sido solucionado, se atribuyó todos los méritos para Ud. mismo?				

## PARTE 2

Lea cuidadosamente los siguientes ítems e indique cuán a menudo se ha ocupado en realizar estas conductas en conexión con el problema que usted describió en la Parte 1.

Haga un círculo en la respuesta apropiada en la hoja de respuesta.

Hay 48 ítems en la Parte 2. Recuerde de **marcar todas sus respuestas** en la hoja de correspondientes. Por favor, responda a cada ítem tan adecuadamente como pueda. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

**Si no desea responder** a un ítem, haga un círculo en el número del mismo (izquierda) en su hoja de respuestas para informar que ha decidido saltarlo. **Si un ítem no es aplicable** a Ud., por favor haga un círculo en **NA (no aplicable)** en el espacio a la derecha de cada ítem.

**Si desea cambiar una respuesta** que contestó, marque con una x en su respuesta original y haga un círculo en la nueva respuesta.

Circule **N**, si su respuesta es **No, o tiende a no.**

Circule **U**, si la respuesta es **Si, una o dos veces.**

Circule **A**, si su respuesta es **Si, algunas veces.**

Circule **F**, si su respuesta es **Si, frecuentemente.**

1	¿Pensó en diferentes formas de manejar el problema?	N	U	A	F	NA
2	¿Se dijo a sí mismo cosas para sentirse mejor?	N	U	A	F	NA
3	¿Conservó con su cónyuge o algún familiar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
4	¿Hizo un plan de acción y lo siguió?	N	U	A	F	NA
5	¿Trató de olvidar todo lo relativo al problema?	N	U	A	F	NA
6	¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar?	N	U	A	F	NA
7	¿Trató de ayudar a otros a manejarse con problemas similares?	N	U	A	F	NA
8	¿Se desahogó con otros cuando se sentía depresivo o enojado?	N	U	A	F	NA
9	¿Trató de tomar distancia de la situación y ser más objetivos?	N	U	A	F	NA
	¿Se planteó a sí mismo cuán peores podrían haber sido las cosas de lo que fueron?	N	U	A	F	NA
	¿Conversó con algún amigo acerca del problema?	N	U	A	F	NA
	¿Sabía que es lo que había hacer y trabajó para que las cosas funcionen?	N	U	A	F	NA

¿Trató de no pensar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
¿Se dio cuenta que no tenía control sobre el problema?	N	U	A	F	NA
¿Se involucró en actividades nuevas?	N	U	A	F	NA
¿Tomó alguna posibilidad e hizo algo riesgoso?	N	U	A	F	NA
¿Elaboró en su mente lo que debía hacer o decir?	N	U	A	F	NA
¿Trató de ver el lado bueno de la situación?	N	U	A	F	NA
¿Conversó con algún familiar? (abogado, médico, psicólogo, sacerdote u otro)	N	U	A	F	NA
¿Decidió que es lo que quería y se comprometió en esa vía de acción?	N	U	A	F	NA
¿Soñó o imaginó un mejor momento o lugar en el pasado que en el que Ud. estuvo?	N	U	A	F	NA
¿Pensó que el resultado podía ser decidido por el destino?	N	U	A	F	NA
¿Trató de hacer nuevos amigos?	N	U	A	F	NA
¿Se mantuvo alejado de gente en general?	N	U	A	F	NA
¿Trató de anticipar el rumbo que tomarían las cosas?	N	U	A	F	NA
¿Trató de pensar en que Ud. estaba mejor que otra gente con el mismo problema?	N	U	A	F	NA
¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?	N	U	A	F	NA
¿Probó al menos dos formas distintas de resolver el problema?	N	U	A	F	NA
¿Trató de dejar de pensar en la situación, aunque sabía que en algún momento tenía que enfrentarla?	N	U	A	F	NA
¿Lo aceptó, dado que nada se podría haber hecho?	N	U	A	F	NA
¿Leyó más a menudo, como fuente de distracción?	N	U	A	F	NA
¿Gritó o lloró como forma de descargarse?	N	U	A	F	NA
¿Trató de encontrar algún significado personal o alguna enseñanza en la situación?	N	U	A	F	NA

¿Trató de decirse a UD. mismo de que las cosas saldrían mejor?	N	U	A	F	NA
¿Trató de clasificarse y encontrar más datos acerca de la situación?	N	U	A	F	NA
¿Trató de aprender a hacer más cosas por si mismo?	N	U	A	F	NA
¿Deseó que el problema se superara y terminara?	N	U	A	F	NA
¿Esperó que se diera el peor resultado posible	N	U	A	F	NA
¿Pasó más tiempo en actividades recreativas?	N	U	A	F	NA
¿Lloró para permitir descarga o alivio en sus sentimientos?	N	U	A	F	NA
¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que Ud. se varía sometido?	N	U	A	F	NA
¿Pensó en cómo éste evento podía cambiar su vida en forma positiva?	N	U	A	F	NA
¿Rezó por guía o fortaleza?	N	U	A	F	NA
¿Se tomó las cosas “paso a paso”, un día a la vez?	N	U	A	F	NA
¿Trató de negar la seriedad del problema?	N	U	A	F	NA
¿Perdió las esperanzas de que volviera la normalidad	N	U	A	F	NA
¿Se volcó a trabajar en otras actividades para ayudarse a manejar las cosas?	N	U	A	F	NA
¿Hizo algo que pensando que no funcionaría, pero que al menos sentía que hacía algo?	N	U	A	F	NA

Parte Evaluativa:

Esta sección es de evaluación. No contestar

1	2	3	4	5	6	7	8
NUAF							
9	10	11	12	13	14	15	16
NUAF							
17	18	19	20	21	22	23	24
NUAF							
25	26	27	28	29	30	31	32
NUAF							
33	34	35	36	37	38	39	40
NUAF							
41	42	43	44	45	46	47	48
NUAF							

AL

RP

BA

SP

EC

AR

GA

DE

CUESTIONARIO BURNOUT DE MASLACH

A continuación se le proponen frases relacionadas con los sentimientos que experimenta en su trabajo. Le pedimos colaboración respondiendo a ellas tal como Ud. lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es la que expresa verídicamente su propia experiencia. Los resultados son confidenciales. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada frase debe responder con una cruz según la frecuencia con que tiene ese sentimiento:

A: Nunca.

B: Alguna vez en el año.

C: Una vez al mes.

D: Varias veces al mes.

E: Una vez a la semana.

F: Pocas veces a la semana.

G: Diariamente.

	A	B	C	D	E	F	G
Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo							
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
Cuando me levantó a la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender.							
Trato algunas personas cómo si fuesen objetos impersonales.							
Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo							

Trato muy eficazmente los problemas de las personas que atiendo.							
Siento que mi trabajo me está desgatando.							

Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de las personas a través de mi trabajo.							
Siento que me he vuelto más insensible desde que ejerzo esta profesión.							
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
Me siento muy activo en mi trabajo.							
Me siento frustrado en mi trabajo.							
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunas personas que doy servicio.							
Siento que trabajar en contacto directo con personas me cansa.							
Puedo crear fácilmente una atmósfera con las personas a las que doy servicio.							
Me siento estimulado después de trabajar con quienes tengo que atender.							
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
Me siento cómo si estuviera al límite de mis posibilidades.							
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados adecuadamente.							
Creo que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.							