



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PSICÓLOGOS CLINICOS
DE UNA INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL”**

**T E S I S E M P I R I C A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)
CARREÑO MARTINEZ MIRNA CATALINA
OCAMPO SALINAS MARIA GUADALUPE**

Directora: Mtra. ARACELI SILVERIO CORTES
Dictaminadores: Mtra. ESTELA PEREZ VARGAS
Mtro. SAMUEL BAUTISTA PEÑA



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MIRNA CATALINA:

DEDICATORIAS:

Al todo poderoso por darme toda la fortaleza que he necesitado, por ponerme a prueba cada día y por darme la oportunidad de tener los tesoros mas grandes del universo: a mis padres, hermanos y amigos, por darme la vida y la existencia para fijarme metas, llevarlas a cabo, así también por tener la capacidad de comprender lo inevitable cuando así se decide y la oportunidad para soñar y darle cabida a la esperanza.....

A MI PADRE YA MI MADRE.

Por brindarme su cobijo cuando he tenido frío, compartirme su sabiduría cuando no sabía qué hacer, repartirme en todas sus manifestaciones tanto afecto, cariño y amor, así por jalarme no solo una oreja sino las dos cuando hubo la necesidad, también por darme tantos lujos que aunque no siempre fueron materiales fueron muchísimo mas profundos, valiosos y constantes a pesar quizás de no merecerlo, y a ti papá que aunque físicamente ya no estás conmigo, sé que algún día tendré la oportunidad de seguirte agradeciendo y a ti mamá por estar al pie del cañón y no derrumbarte a pesar de esa partida tan repentina.....a ambos les digo que no existen las palabras ni las conductas más idóneas para agradecerles lo que han hecho por mí y que yo sé que seguirán haciendo estén donde estén.....¡Muchas gracias!.

A MIS HERMANOS YHERMANAS.

A ti Kary, te agradezco ese hombro que duro y severo en ocasiones me pudo dar el coraje para no rendirme, y la energía para saber distinguir y luchar por lo que quiero....así también por ese afecto y cariño sincero que nunca se acaba, por esas motivaciones aún en los días más nublados y por acompañarme en cada momento.....te acuerdas?...¿Dónde irás tú que no vaya yo?.....¡Muchas gracias!.

Gil, a ti también te estoy muy agradecida, por esos detalles que en todo momento tendían afluir, por esa ayuda de todo tipo que nunca me faltó, también por tu comprensión y cariño en las etapas más duras de nuestro existir...gracias por ser mi hermano.

Lidi, a ti que siempre me has demostrado tu afecto, cariño y amor en más de mil maneras, y gracias a tu transparencia me ha ayudado a tener siempre claro el camino que quiero seguir así también te agradezco la manera y forma en que me has sugerido y propuesto las cosas...gracias por estar a mi lado.....

A ti Víctor..Hugo..Ramón..Chiquitín...por darme tu afecto y espontaneidad, por hacer valiosos aun los momentos más desagradables y por demostrar con hechos que sí pueden haber más cosas bonitas aún en las tormentas más fuertes; gracias por estar en el momento adecuado.....

A ti Pilarica, muchas gracias, pues aun con toda la variedad de eventualidades desagradables que he vivido has estado conmigo, me has apoyado directamente con este proyecto y te agradezco muchísimo la paciencia y recomendaciones que me has dado, también te doy las gracias por estar conmigo en los momentos mas delicados y tristes, por sacar a flote la fortaleza y energía necesaria para mirar nuevos horizontes....¡Muchas gracias!!!

A chuchín (Guyín), te estoy muy agradecida por esos hombros que aunque están muy altos han sido lo suficientemente fuertes como para brindar lineamientos y llamadas de atención y lo suficientemente blandos como para dar afecto, cariño y comprensión en situaciones en las que tendía a desfallecer pero con tu entusiasmo y simpatía me has podido inyectar la energía idónea para seguir adelante...¡Muchas gracias!!!

A ti Zeylita, a ti también te estoy muy agradecida, pues con tu paciencia y solidaridad me has demostrado que se pueden hacer las cosas, pero no solo eso, también tu manera tan rígida y estricta de decir las cosas me has hecho consciente de veinte mil situaciones pues como ya comprenderás, a veces la bondad y el relajo me rebasan, pero también te lo agradezco pues si no lo hubieras hecho no hubiera logrado este proyecto tan anhelado....¡gracias!!.

A ti Esmita, te agradezco mucho la constancia en tu cariño y afecto pues fueron en varias ocasiones las bases para seguir este proyecto; así también tu tolerancia y paciencia pues gracias a ella hoy puedo hablar de un proyecto ya alcanzado.....¡Muchas gracias!.

Y sobre todo a ti Dianis, precisamente pues aunque eres la más pequeña, sabes entender y auxiliar cuando se te necesita así también tu espontaneidad me ha dado la oportunidad de reconocermelo y por ende, canalizar emociones sobre lo que yo decida y gracias a eso, he terminado un proyecto más.....¡muchas gracias!.

A toda la familia, les estoy eternamente agradecida pues han comprendido mi carácter, mis estados de ánimo, mis arrebatos, bromas, tristezas y mis alegrías así como mi Alzheimer y no obstante con ello, también me han entendido cuando he necesitado estar ausente, cuando a pesar de querer estar con ustedes he tenido que postergar las reuniones pues gracias a esa comprensión he podido terminar lo que un día comencé.... este proyecto ¡Muchísimas gracias!!!!

A MIS AMIGAS:

A Chayo, Elenita y Moni, pues con sus consejos y presencia tan constante he podido reunir los elementos necesarios para culminar este trabajo, también por estar conmigo en los momentos más tristes y de desconuelo, por esa compañía y fortaleza que me han brindado de manera desinteresada y sin dejar de mencionar también a Maru que con su chin-cham-pú ha logrado estimular energicamente la culminación de este proyecto. También a Meche que con su simpatía y entusiasmo me ha ayudado a seguir adelante....chicas...¡Muchas gracias!!!!.

A LAS AUTORIDADES:

A la señora Bethan Stone de Duran, presidenta del Sistema Municipal DIF Naucalpan, que sin poner mayor resistencia accedió a apoyarme para la aplicación de las pruebas necesarias para la realización del presente proyecto, así también a la Lic. Ma. Adriana Ruíz Miranda por su intervención oportuna para facilitar el inmobiliario y espacio adecuado para la aplicación de los inventarios y sin descuidar el apoyo otorgado por mi exjefa, coordinadora y amiga, la Lic. Ma. Elena Cortes Bello por su comprensión y disposición para facilitar el tiempo y apoyo para la realización de trámites administrativos así como su tolerancia, comprensión y dinamismo para la realización del presente proyecto, muchas gracias. Pero también estoy muy agradecida con Ceci, por su apoyo dentro del ámbito laboral para facilitarme oportunamente los documentos y entrevistas adecuadas para la realización del presente proyecto; también le quiero dar las gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, por brindarme el apoyo, comprensión, fortaleza y más aún, por la paciencia otorgada para este proyecto pues a lo largo del mismo han sucedido cambios drásticos en mi estilo de vida tanto emocional, familiar, laboral y económicamente....¡Muchas gracias!!!:.....

A mi amiga, colega y compañera de tesis, a ti Lupita por la paciencia otorgada, por comprender mis experiencias que se han dado a lo largo de la elaboración de la tesis, mismas que han marcado mi vida, una de ellas es la pérdida de mi padre y te agradezco mucho las veces que sólo me consolaste, que me brindaste tu hombro y que entendiste lo fuerte que esto resulto para mí, por cooperar con tu sabiduría y sugerencias al proyecto así también por comprender lo relacionado al "Pueblo poblado", "Júramelo por dios que me mira", "Misa de gallo", "El chocolatazo", "a través del tiempo" y "Fenómeno", ¡¡¡¡Muchas gracias!!!!.

A TI ARACELI, MI ASESORA:

Por tener toda la paciencia para revisar, sugerir, aconsejar y modificar aspectos relacionados a la tesis, así también por estar con nosotros desde el inicio hasta el fin, pues a pesar de tu accidente seguiste trabajando con nosotras proyectando esa energía, eficacia y tolerancia que te caracteriza, contagiándolo hacia nosotros y posibilitándose así la culminación del presente proyecto, muchas gracias....!

AL MAESTRO SAMUEL Y MAESTRA ESTELA:

Por su empeño y entusiasmo para fortalecer cada día más el hambre del conocimiento y su aplicación, el ánimo ante los pasos constantes para alcanzar la meta y saborear cada vez más la victoria subsecuente, sus oportunas sugerencias y la más amplia disposición para obtener lo que hoy es una realidad.....¡Mil gracias!!!

A MI MISMA:

Muchas gracias, pues antepusiste la tesis antes que a tu propia persona pues tuviste la oportunidad de disfrutar y experimentar nuevas cosas pero seguiste adelante, por brindarte ánimo, esperanza y motivación para terminar lo que ya habías comenzado, así también por limitarte y colocarte reglas que aunque te gusta romperlas fuiste muy clara y las llevaste a cabo.....por que finalmente sigues siendo tú.....muy agradecida...muy agradecida.....

Lupita:

Mami (Julia)

Eres la persona que más admiro en el mundo porque a pesar de las pérdidas que has vivido sigues creyendo en tus capacidades y luchando todos los días para alcanzar tus objetivos; nunca dejes de sorprender a quienes te amamos con tu entereza, tu apoyo, afecto, sacrificio y energía siempre serán incomparables, pero... nunca olvides que también necesitas descansar, ya verás que entre todas volveremos a recuperar lo perdido.

¡Gracias por darme la vida!

Norma

La vida nos enfrenta a momentos difíciles que nos llevaron a la separación pero la distancia no logro borrar de mi memoria el apoyo que me has brindado, eres una gran persona y comprendo que te hayas sentido lastimada en algún momento por mí, espero que algún día comprendas y perdones los errores que tuve al pretender ayudar.

Te quiero mucho, gracias por volver a compartir tu vida y una de las cositas más bellas que has creado “tu hijo”.

Papá (José)

Aunque tu paso por éste mundo no fue el suficiente para conocerte, sigues vivo en la memoria de tu familia y amistades, mi eterno agradecimiento por dejarme en las manos de una gran mujer “mi madre”. Por cierto envíanos un abrazo cuando lo necesitemos y ayúdanos a mantener la fe en nuestras metas... se que algún día nos volveremos a reunir para conversar, descansa y sigue cuidándonos.

Emiliano

Ahora eres el más pequeño de la familia y sin saberlo has logrado despertar nuevos sueños y vínculos afectivos (cuando crezcas te lo explico), no imaginas que con tu sonrisa alivias las más duras penas, sigue recuperándote y contagiando tus deseos de vivir.

¡Te quiero cosita!

Juan Carlos

(Mi hermano más pequeño y hermoso compañero de la infancia)

Llegaste a mi vida en el momento preciso para compartir las travesuras, risas y juegos; eres un joven con muchas cualidades, que además tuvo la fuerza y valor de elegir una vida especial, ojalá en algún momento podamos convivir con más frecuencia para estar presente en tus logros como hoy estás en uno de los míos.

Para ti mi cariño por siempre

Gaby

A mí querida comadre porque ni nuestras crisis emocionales o los obstáculos más difíciles han logrado detener nuestros sueños... lucha, lucha, lucha no dejes de luchar!! (¿te acuerdas?)

Liz

Una amiga tan especial no podría faltar, contar contigo ha sido una experiencia incomparable y deseo que pronto consigas lo que tanto anhelas

Mirna

El proceso no fue fácil hubieron pérdidas importantísimas en nuestras vidas y quien piensa que en el trabajo no se pueden cosechar amistades esta en un gran error porque esta perdiendo la oportunidad de conocer a personas tan valiosas como tú, mis mejores deseos para ti y tu familia en éste momento tan difícil.

¡Que no decaiga el ánimo porque nuestra lista de pendientes apenas comienza!

Jesús

Gracias por tu afecto y motivación a lo largo de éste tiempo, nunca pierdas la sensibilidad, sencillez y espíritu de aventura, como siempre un abrazo.

A mis primos Silvia, Gus, Ana Cristina y Pedro Javier

Estoy segura que también ustedes están cosechando logros día a día y cuando el camino les parezca más complicado será el momento menos indicado para desistir.

A veces no es fácil pero se puede

Mtra. Araceli

Mi eterno agradecimiento por tu paciencia, por la aportación de tus conocimientos y por tu amistad.

Éste logro también es tuyo.

Mtra. Estela

Miss, sus facilidades y estimulación constantes fueron de gran ayuda para enriquecer nuestro trabajo, por favor no pierda su humildad.

Mtro. Samuel

Su apoyo permitió culminar una etapa muy importante de mi vida y espero recuerde lo importante que fue su participación.

Universidad Nacional Autónoma de México

FES Iztacala

Gracias por la oportunidad de realizar mi sueño de formarme profesionalmente en una institución tan prestigiada, es un orgullo ser egresada y portar la camiseta.

Y a todas las personas que confían en mí...

¡¡MIL GRACIAS!!

Lupita

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
1.1. Antecedentes	5
1.2. Salud y enfermedad	9
1.3. Relación entre salud, enfermedad y psicología	18
1.4 Disciplinas que anteceden a la psicología de la salud	19
1.4.1 Psicología clínica	19
1.4.2 Sociología médica	21
1.4.3 Psicología comunitaria	21
1.4.4 Medicina psicosomática	23
1.4.5 Psicología médica	25
1.4.6 Medicina conductual	26
1.4.7 Psicofisiología experimental	30
1.4.8 Antropología médica	31
1.4.9 Antropología sociocultural	31
1.5 Psicología de la salud	32
1.5.1 Definición y características de la psicología de la salud	34
1.5.2 Áreas de aplicación	36

CAPITULO II EL ESTRÉS

2.1 Breve reseña histórica	41
2.2 Definición del estrés	44
2.2.1 Estrés como respuesta	44
2.2.2 Estrés como estímulo	46
2.2.3 Estrés como interacción	47
2.3 Causas del estrés	50
2.3.1 Factores psicoemocionales	51
2.3.2 Factores físicos	52
2.3.3 Factores biológicos	53
2.3.4 Otros factores	53
2.4 Tipos de estrés	55
2.5 Respuesta del organismo ante el estrés	57
2.5.1 Respuestas cognitivas	57
2.5.2 Respuestas motoras	58
2.5.3 Respuestas fisiológicas	58
2.6 Estilos de afrontamiento	61
2.6.1 Definición	61
2.6.2 Tipos de estrategias de afrontamiento	62

CAPITULO III UNA FORMA ESPECIAL DEL ESTRÉS: SINDROME DE BURNOUT.

3.1. Definición	66
3.2. Características	68
3.3 Posibles causas	70
3.4 Síntomas	73
3.5 Evaluación y tratamiento	76
3.6 Consecuencias	80
3.7 Incidencia y prevalencia	80
3.8 Prevención	82
3.9 Estudios del síndrome de burnout en profesionistas de la salud	86
METODOLOGÍA	91
RESULTADOS	98
ANÁLISIS DE RESULTADOS	110
CONCLUSIONES	113
REFERENCIAS	118
ANEXOS	

RESUMEN

La actividad laboral en las instituciones sanitarias se ha convertido en una fuente estresora importante porque se mantiene una relación de ayuda constante y directa con personas que cuando es excesiva puede originar el *síndrome de burnout* caracterizado por la presencia de bajo logro personal, alto agotamiento emocional y despersonalización, alteraciones que influyen negativamente en el desempeño laboral de varios profesionales incluyendo al psicólogo clínico, población que fue investigada en este estudio por el mínimo sustento empírico existente y por la relevancia en su labor profesional.

Para ello se contó con la participación de 21 psicólogos clínicos del DIF Naucalpan y el objetivo fue indagar la presencia de burnout, estrés y ansiedad; además de la identificación de sus características personales y laborales; los instrumentos utilizados fueron los inventarios de Burnout de Maslach y Jackson (MBI) y el de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), la escala de apreciación del estrés (EAE) y un cuestionario de datos personales y sociolaborales.

Los resultados permitieron vislumbrar que los psicólogos clínicos con una antigüedad laboral aproximada a los cuatro años, sin hijos, ni pareja, muestran mayor tendencia a presentar un bajo logro profesional, seguido de agotamiento emocional y despersonalización manifestada a través de la apatía e intolerancia, por la percepción de condiciones físicas desfavorables para realizar su trabajo, falta de motivación e incentivos, realización de actividades diferentes a su perfil y la mínima realización de actividades recreativas o académicas. En relación al estrés y ansiedad sólo se encontraron índices en algunos de los participantes, por lo tanto no se consideraron como aspectos detonantes del burnout. Y de acuerdo a los datos obtenidos se sugiere continuar investigando a éste profesional para favorecer la indagación de más datos cualitativos y cuantitativos que permitan diseñar programas de prevención y tratamiento dirigidos a la incentivación de su proyecto de vida y carrera.

INTRODUCCION

La aportación de la psicología de la salud en el análisis de las posibles interacciones relacionadas con la diada salud-enfermedad, ha contribuido en la investigación de las diferentes variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de hábitos comportamentales saludables que son influenciados por el entorno social y cultural de las personas; así actividades como la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad, mejora del sistema de cuidado y formación de políticas de salud son el resultado de la influencia entre los profesionales de la psicología y los usuarios (Alvaro, Garrido y Torregrasa, 1998).

La evolución de la psicología y las definiciones o interpretaciones de los conceptos sobre salud y enfermedad han permitido alejar su concepción de las creencias místicas, aunado a la disminución en la mortalidad causada por las enfermedades agudas e infecciosas mediante la creación de programas integrales y multidisciplinarios dirigidos al mejoramiento físico, social, económico e institucional con la finalidad de incidir en los riesgos atribuidos al estilo de vida, condiciones de vida y trabajo.

Una de las alteraciones de salud en la que la psicología se ha interesado es el fenómeno conocido como estrés, que desde la teoría interaccionista propuesta por Lazarus y Folkman se entiende como la valoración cognitiva que cada persona realiza ante la situación estresante y los recursos propios para enfrentarla (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

Se considera que el estrés es un fenómeno complejo y multidimensional dependiente de variables internas y externas que puede tener efectos negativos en el estado psicosomático y desempeño laboral de la persona (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornes y Fernández, 2003); debido al reconocimiento del incremento y/o disminución en el nivel de activación fisiológica y/o cognitiva que originan la aparición de trastornos cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, endocrinos, gastrointestinales, dermatológicos, musculares, bucodentales,

sexuales, psicológicos (como la ansiedad y depresión); aunado al desarrollo de artritis reumatoide, diabetes e hipoglucemia, dolor crónico y cefaleas; de ésta manera a la persona afectada le resultará difícil ejecutar sus actividades por la probabilidad de mantener su atención sobre los síntomas causados ante la falta de homeostasis (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

Las alteraciones de salud en los trabajadores a causa del estrés afectan los costos económicos de las organizaciones porque se le ha relacionado como factor determinante del ausentismo por incapacidad, faltas constantes por la presencia de manifestaciones físicas, bajo rendimiento laboral y su influencia negativa en la calidad del servicio.

Dentro de las instituciones de salud se encuentran laborando profesionales encargados de atender diversas enfermedades crónicas, agudas, terminales y crisis emocionales en un alto nivel de presión por las demandas de los usuarios, doble jornada laboral, la exigencia del cumplimiento de sus funciones y/o la realización de actividades extras que pueden exceder sus recursos para enfrentarlos de manera funcional, de éste modo se puede desarrollar un tipo específico de estrés crónico conocido como síndrome de burnout que se ha relacionado particularmente en profesionales encargados de la labor asistencial constante y directa con otras personas.

Existen varios modelos teóricos que han abordado la explicación del fenómeno de burnout; sin embargo, el más representativo por ser el pionero en su estudio empírico es el de Cristina Maslach y Jackson, quienes además de conceptualizarlo en tres dimensiones independientes: despersonalización, agotamiento emocional y logro profesional; diseñaron un instrumento para su detección.

Actualmente las consecuencias atribuidas al síndrome de burnout se han ido especificando por su gravedad en los problemas de salud laboral debido a que afectan negativamente tanto a la persona como a las organizaciones pues ambos mantienen una relación mutuamente influyente; de manera que las condiciones

inadecuadas de la institución afectarán la motivación, el desarrollo profesional, la eficacia y eficiencia del desempeño; mientras que una actitud apática del profesional ante el servicio generará una percepción desfavorable de la institución en los usuarios.

Tomando en cuenta su prevalencia se han encontrado mayores índices en médicos, enfermeras y docentes población donde más se ha investigado el burnout, aunque también se ha identificado en psicólogos clínicos pero su abordaje empírico ha sido mínimo, por lo que el presente trabajo puede resultar una base para ampliar las líneas de investigación tanto teóricas como metodológicas para aquellos interesados en el tema.

El objetivo del estudio fue describir la presencia del síndrome de burnout, estrés, ansiedad, así como las características personales y sociolaborales de los psicólogos clínicos que laboran en el DIF Naucalpan, institución que se caracteriza por brindar servicios de salud a través de un equipo multidisciplinario que mantiene una estrecha relación con la comunidad atendida, así el psicólogo labora con una población demandante, que manifiesta diversas problemáticas exigiendo su atención inmediata, posibilitando el surgimiento de alteraciones en las expectativas institucionales tanto del profesional como de los usuarios, de esta manera tomando en cuenta las exigencias y condiciones bajo las cuales realizan sus funciones se consideró como un profesional vulnerable a presentar el síndrome de burnout.

Para entender la investigación efectuada se inicia con el abordaje de los antecedentes históricos y disciplinas que anteceden a la psicología de la salud, así como su definición y áreas de aplicación, información comprendida en el primer capítulo, en el segundo se expone una breve revisión histórica del estrés, su definición, causas y estrategias de afrontamiento. En el tercero se realiza una exposición específica del síndrome de burnout incluyendo su definición, causas, características, síntomas, consecuencias, evaluación, tratamiento, prevención y se mencionan algunos estudios efectuados con personal sanitario. Después se hace referencia a la metodología de la investigación realizada con psicólogos clínicos

del municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México, aunado a la presentación de los resultados y el análisis de los mismos. Finalmente se exponen las conclusiones de la información obtenida, aunado a las sugerencias de intervención acordes a la población estudiada.

CAPITULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Desde sus inicios la psicología se ha abocado al estudio de diversos fenómenos y la salud no ha sido la excepción por lo que en el presente capítulo se abordarán algunos antecedentes enfocados a la explicación de la psicología de la salud partiendo de algunos hechos históricos, concepción del proceso dicotómico salud-enfermedad, la relación entre psicología y salud, culminando con el surgimiento formal de esta rama y las actividades que le competen al profesional del área.

1.1 Antecedentes

El problema de la dualidad cuerpo-mente, tiene enormes implicaciones en el tema de la salud y de la enfermedad, pues ha sido objeto de diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. Dicha conceptualización tiene mucho que ver con las prácticas culturales que se adoptan dentro de cada sociedad para definir aquello que es sano y con las prácticas terapéuticas utilizadas para tratar las enfermedades, mientras que en algunas etnias mente y cuerpo han sido entendidos como un todo indisoluble, en otras, por el contrario, se postulan como elementos separados. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En las primeras sociedades formadas por hombres primitivos, la enfermedad se atribuía a los demonios u otras fuerzas espirituales que tomaban posesión y controlaban a la persona y la recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido, por lo que mantenían una explicación mágica de la enfermedad (como también la tuvieron de muchos otros fenómenos de la naturaleza), así en la antigüedad clásica la división del trabajo manual e intelectual permitió la acumulación y transmisión de dichos

conocimientos, aunado a la formación de un pensamiento filosófico que incluía los problemas de salud (Morales, 1999).

En la Grecia antigua, mente y cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influían de modo recíproco (Amigo, et al., 1998); y también fue una de las primeras civilizaciones que abordó a la enfermedad como fenómeno natural (Oblitas y Becoña, 2000). Al respecto Morales (1999), distingue dos corrientes diferenciadas: en la primera destaca a Platón (428-374 a.c.), quien encabezó la filosofía idealista y estableció que la salud-enfermedad se determinaban por un principio no material conocido como el alma divina o pneuma y que los procesos patológicos se producían por las modificaciones del pneuma en los individuos y su influencia sobre los órganos; así la causa de la enfermedad consistía en un castigo enviado por el cielo, y por consiguiente, no tenían ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino sólo los ritos, los himnos y la música. La segunda corriente planteada es la de Hipócrates (460- 377 a.C.), a quien se le considera el padre de la medicina debido a que sus afirmaciones han tenido, sobre todo a partir del renacimiento, una notable influencia porque consideraba que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo como el resultado de cambios en su sustrato material y no la expresión de la voluntad o de un espíritu maligno; además introdujo la noción de temperamento como uno de los conceptos de la personalidad y su teoría de los humores en donde relacionó a la sangre con el corazón, la bilis amarilla al hígado; la bilis negra con el bazo y la flema con el cerebro; así cuando un fluido dominaba a la personalidad, se asociaba con un estado característico de la mente (Oblitas, 2004) y se creía que la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre ellos mientras circulaban por el cuerpo y la recuperación conllevaba la búsqueda de su equilibrio.

Resik Habib (1986) refiere que en la India durante los siglos III y IV a.C., dentro de la medicina ayurvédica no tan sólo se señalaban como causales de enfermedades la ira de los dioses, sino también cambios en el clima e incumplimientos de la dieta y en las reglas de higiene, factores materiales

relacionados con el ambiente del ser humano o con su modo de vida, mismos que se mantienen vigentes en la actualidad.

Durante la edad media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales y religiosos, por lo que la violación de las leyes divinas desembocaba en las alteraciones de salud; mientras que en el renacimiento se retomaron las explicaciones naturales para entenderla (Oblitas y Becoña, 2000).

También en la edad media, específicamente en Europa, la ciencia estaba bajo la dominación de la iglesia católica y la enseñanza escolástica haciendo prevalecer la interpretación mística sobre las causas de las enfermedades asociadas a la ira de dios o la actuación de demonios; posteriormente surgieron las primeras ideas de lo que fue la teoría "miasmática" que atribuía la causa de algunas enfermedades a las impurezas del aire y del ambiente. Mientras que en el mundo árabe se sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad señalando que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de los seis principios relacionados con el aire puro, la moderación en el comer y beber, descanso y trabajo, vigilia y sueño, evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales; se mantenía la salud o se producía la enfermedad (Morales, 1999).

Amigo, et al. (1998) mencionan que en China, también se desarrolló una concepción naturalista de la salud y de la enfermedad pues se le entendía como un fenómeno natural y el concepto clave para explicarla sería el del balance entre fuerzas naturales donde la enfermedad aparece cuando se rompe el equilibrio de esas fuerzas opuestas; así, mente y cuerpo están indisolublemente unidos, y la salud física se ve decisivamente influida por las emociones y conductas de las personas, tal visión sigue vigente en la medicina china actual.

En el siglo XIX, surge la teoría del germen en donde la salud de los individuos mejoraba cuantitativa y cualitativamente; bajo esta perspectiva la enfermedad era producida por un microorganismo identificable, principio cuya validez fue demostrada por Pasteur, originando avances en la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas (Oblitas, 2004). La repercusión directa de dicha teoría se observó en las tasas de mortalidad, ya que se disminuyó la prevalencia de enfermedades como el cólera, la fiebre tifoidea y la escarlatina (Oblitas y Becoña, 2000).

Amigo, et al. (1998) señalan que el surgimiento del modelo biomédico se suscitó en la misma época bajo las doctrinas que defienden el dualismo mente-cuerpo, cuyo principal representante es, quizá, René Descartes quién refería que lo físico y lo espiritual eran dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a una condición física, la mente sería una realidad espiritual; desde tal perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos, por lo que el espíritu y la mente pasaban a ser entendidos como algo inmaterial, no sujeto a las leyes del mundo físico en las que estaba sometido el cuerpo.

En ese mismo siglo hubo otras expresiones provenientes no sólo de médicos, sino también de economistas, filósofos y políticos, que llamaron la atención en el sentido de que la presentación de las enfermedades podría tener una relación con las condiciones materiales de vida y trabajo; así, Federico Engels en su obra "La situación de la clase obrera en Inglaterra" (1845) describió las pésimas condiciones de vida de los trabajadores y señaló que éstos se enfermaban y se accidentaban más, envejecían antes y morían más jóvenes que las capas burguesas de aquella sociedad, además otros pensadores indicaron la relación entre el contexto sociopolítico y la ocurrencia de las enfermedades (Morales, 1999).

Friedman y DiMateo (1989), mencionan que la filosofía inherente al modelo médico, implica un reduccionismo en donde todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos y también se mantiene el dualismo mente-cuerpo aludiendo que son dos entidades separadas; por lo tanto, los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente.

Paralelamente a la época surge el enfoque ecológico, que considera a la salud como el resultado de una interrelación adecuada y favorable del hombre con su ambiente, que se traduce en un correcto y armónico equilibrio de sus células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas, permitiendo el ejercicio a plenitud de todas las potencialidades en concordancia con la edad y el sexo; por lo que la enfermedad es conceptualizada como una disfunción de los mismos por resultado de una interrelación ambiental desfavorable (Morales, 1999).

Finalmente en el siglo XX, San Martín (1984) refiere que hay dos momentos que han marcado las definiciones de la salud; uno ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología y también se hace manifiesta la dependencia de la salud con las condiciones de vida y la ecología humana. El otro corresponde ya a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico, variable, de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia entre las relaciones humanas, económicas y sociales tanto en la enfermedad como en la salud, conceptos que también han evolucionado y se expondrán a continuación.

1.2 Salud y enfermedad.

La importancia dada a la salud física ha ido en aumento, sobre todo a partir de 1950, cuando las personas se referían a la salud basados sólo en los aspectos físicos y raramente en los psicológicos y conductuales asociados también a la misma (Oblitas y Becoña, 2000).

Por ende, la noción sobre salud es relativa porque reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) que aparecen como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social, fuera del cual otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido; mientras que, la enfermedad es definida como un desequilibrio biológico, ecológico y social, la falla de mecanismos adaptativos del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se está expuesto, este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo (Morales, 1999).

Así, para entender a la salud y enfermedad han surgido modelos como el propuesto por Engel (1977) quien complementó el planteamiento biomédico basado en un enfoque biopsicosocial, apoyando su alternativa en argumentos sólidos, aunque no los describió con detalle, pero hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: “El modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud”.

Años más tarde, Bishop (1994) enfatiza tres importantes hechos tomados en cuenta para el desarrollo del modelo biopsicosocial:

- 1) El cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas;
- 2) El coste elevado de los cuidados de salud; y
- 3) Un mayor énfasis en la calidad de vida.

Oblitas (2004), también acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos, por lo que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente de nuestros hábitos de vida.

Las bases teóricas del modelo biopsicosocial se hallan en la teoría general de sistemas; la cuál sostiene que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas menores que forman parte de otro mayor; siendo a la vez, un todo y una parte. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Al respecto, Belloch y Olabarría (1993) mencionan lo siguiente:

- a) El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social, esto es, un organismo que recibe información, la elabora, la almacena, le asigna un significado y la transmite, para producir a su vez un determinado modo de comportarse.
- b) La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico y por ello son difícilmente definibles en términos absolutos, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en constante interacción.
- c) El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe intentar tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas.
- d) La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial, ya que existen varios niveles etiopatogénicos y todos ellos requieren de una adecuada investigación.

- e) El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad, debe realizarse en el marco de acciones integradas y funcionalmente jerarquizadas de acuerdo al problema de que se trate y la intervención clínica diseñada.

- f) Considera a la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, que no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. Del mismo modo sucede con la enfermedad, su investigación y tratamiento no pueden ni deben recaer con exclusividad en las especialidades médicas.

También es importante tomar en cuenta que desde el modelo ecológico existen dos periodos que constituyen la historia natural de la enfermedad: el primero se realiza en el medio ambiente, antes de ser afectado el ser humano, y comprende el período prepatogénico, entendido como la etapa en donde se puede producir una situación de riesgo debido a la relación que adopten el agente, el huésped y el ambiente, así los agentes que potencialmente causan enfermedad pueden ser físicos, químicos, biológicos, sociales y psicológicos. Y el segundo, corresponde a la etapa patogénica donde el individuo ha sido afectado y por ende aparece la enfermedad (Morales, 1999; León, et al. 2004); sin embargo, éste enfoque puede ser reduccionista en comparación al biopsicosocial.

Morales (1999), complementa la historia natural de la enfermedad refiriendo que en el huésped son relevantes los elementos de la herencia, la inmunidad y el grupo étnico al que se pertenece; con respecto al ambiente, éste lo operacionalizó en tres dimensiones: ambiente inorgánico (que incluye las condiciones físicas y geográficas presentes); ambiente orgánico o biológico (que incluye la flora, la fauna y todas las manifestaciones de vida que pueden tener influencia sobre el individuo y el grupo); y el ambiente superorgánico (que se refiere a la realidad socioeconómica y cultural en la que el individuo se desenvuelve).

La conceptualización de la enfermedad y la salud ha sido un proceso difícil por su carácter subjetivo; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), concibe el término salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social (1974,1978, citada en Simón, 1999). Y a nivel operacional la definición más aludida hace referencia a "...la anomalía o alteración, momentánea o duradera, del componente biofísico (enfermedad física ó médica) o psicológico (enfermedad mental) del organismo acompañada del componente subjetivo de incapacidad, malestar o sufrimiento; y el menos claro, el correspondiente a la salud, conceptualizada, negativamente o por exclusión, como la carencia de enfermedad: ausencia de anomalías o alteraciones orgánicas y/o mentales (y de la incapacidad o sufrimiento acompañantes) e implica diferentes dimensiones relacionadas con su bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad y desarrollo personal" (Simón, 1999 pág. 40 y 41).

En contraste, Godoy (1993), cuestiona la definición de salud propuesta por la OMS destacando lo siguiente:

- a) Anteponer el componente subjetivo podría dar como resultado situaciones indeseables y paradójicas, como considerar sano a un sujeto objetivamente enfermo por el hecho de que éste exprese, a pesar de su enfermedad, un alto grado de bienestar.
- b) Primar el componente individual dada la trascendental importancia que tiene el medio biofísico, el socioeconómico y cultural en la salud humana.
- c) Obviar que la salud, más que un estado, es un proceso (o el resultado de un proceso).

- d) Ser vaga y difícilmente operativizable por el uso de los términos “*completo*” y “*bienestar*” y más específicamente en los componentes individuales (“*estado incapacitante*”) y subjetivos (“*sufrimiento y malestar*”) que la acompañan.

También existen autores que definen a la salud y la enfermedad como procesos mutuamente influyentes:

Simón (1999) define a la salud como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones, competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicas, culturales) cuyo resultado es un estado de equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial. Y a la enfermedad como la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

Santacreu y Pérez (1991), mencionan que la salud y enfermedad deben ser entendidas como el estado actual de las relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en que éste se desenvuelve; siendo la salud la resultante de relaciones o respuestas adaptativas a corto y largo plazo; y la enfermedad como las respuestas inadaptativas o desadaptadas, por lo tanto la capacidad adaptativa de un individuo a su ambiente o ecosistema está determinado por los recursos biológicos y psicológicos que posee y las exigencias o presiones del propio ecosistema.

Desde el enfoque multicausal y ecológico se acepta que los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a los miembros de los conglomerados humanos, varían en función de los cambios ambientales donde interactúan, la distribución o concentración de agentes nocivos en el mismo y el grado de susceptibilidad y resistencia de cada individuo. Tales variaciones pueden seguir diferentes patrones, uno podría ser denominado de *evaluación temporal*, que se relaciona con los cambios que se van dando con el paso del tiempo, considerando

que ni el ambiente natural ni el social son estáticos; otro patrón es el de *distribución económico-regional* que tampoco es estático, ni uniforme. Y un tercero es el denominado *etario*, pues en todos los países las condiciones de vida tienen un impacto general sobre la estructura de la población y en particular sobre lo que se denomina *expectativa de vida* (Morales, 1999).

Godoy (1993) realiza una definición más amplia de los procesos de salud-enfermedad, así como un análisis de su evolución:

- 1) A nivel conceptual, entiende a la salud y la enfermedad como fenómenos multidimensionales, implicando importantes componentes personales (biofísicos, cognitivos, afectivos, emotivos, motivacionales, conductuales y psicosociales), ambientales (agentes patógenos, salubridad ambiental), sociales (estilo de relaciones grupales, apoyo social), culturales (ideas y valores sobre la salud, educación para la salud), económicos (pobreza, inversiones en protección y promoción de la salud), políticos (legislación protectora, políticas de salud) e institucionales (asistencia sanitaria, cambios en los roles profesionales).
- 2) La mayor parte de los avances realizados en el área han sido en la investigación, conocimiento y abordaje de la enfermedad (patogénesis) y menos desde la salud (salutogénesis), así para conseguir modelos conceptuales de ambos procesos es necesario realizar investigaciones equitativas para definir las estrategias de intervención adecuadas destinadas a la promoción e incremento de la salud.
- 3) Ni conceptual, ni operativamente se ha abordado hasta hoy en su debida dimensión el potencial de la salud, ni los recursos y competencias individuales y comunitarias para su acrecentamiento, reduciéndose prácticamente lo actuado hasta ahora al estado del balance de salud, o disminución de la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad.

- 4) En cualquiera de las dos dimensiones de la salud (balance y potencial de la salud) la tendencia ha sido, hacia la consideración de factores de vulnerabilidad o predisponentes a la pérdida de la salud (o riesgo de enfermedad) y muy poco a la investigación sobre el manejo de los factores de protección, la promoción de la salud o de los recursos, las competencias individuales y colectivas para su acrecentamiento; por lo tanto su actuación se ha hecho sin adecuados modelos conceptuales que expliquen qué variables son relevantes en el sanar y cómo se pueden controlar o manipular dichas variables.
- 5) Como procesos y/o estados humanos, la distinción entre salud física y psíquica es más histórica y didáctica que real, ya que el organismo es una unidad funcional en la que la salud y la enfermedad involucran importantes variables somáticas y psicosociales.
- 6) Un concepto amplio de salud no debe tener como única referencia al sujeto, sino también a la comunidad.
- 7) La política que se ha de seguir en salud debe incluir tanto la promoción de la salud como la prevención (primaria, secundaria y terciaria) de la enfermedad.
- 8) Las principales actuaciones deben ir dirigidas a la concientización de los ciudadanos como máximos responsables de su propia salud, del desarrollo o acrecentamiento de alguna enfermedad y del cambio terapéutico a través del aumento de sus habilidades o competencias.
- 9) La salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo, sino como un medio para una mayor calidad de vida, el incremento del bienestar y ajuste personal y social.

10) Considera el concepto de salud como operacional y medible, siendo múltiples los posibles indicadores del potencial y del balance de salud individual y comunitario relacionado con la esperanza de vida, calidad de vida, estatus nutricional, salubridad ambiental, hábitos saludables, índices de desarrollo físico y psíquico, competencias personales, datos de mortalidad y morbilidad, indicadores de riesgo, legislación y políticas de salud, asistencia comunitaria y educación sanitaria.

Respecto a la vulnerabilidad de enfermar Morales, (1999) menciona que una persona está en mayor riesgo cuando una o más de las siguientes circunstancias están presentes: 1) su estilo de vida incluye comportamientos habituales nocivos para la salud que en ocasiones son reforzados por el ambiente social; 2) en su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que le obligan a realizar esfuerzos adaptativos; 3) dispone de menos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos; 4) su patrón habitual de comportamiento se orienta preferentemente hacia la persecución de metas diversas, a la hostilidad y a la competitividad; 5) la estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y el mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de su salud; 6) dispone de pocos recursos de apoyo social; 7) pertenece a un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en desarrollo de la enfermedad.

Por su parte León, et al. (2004), refieren que para adoptar comportamientos de salud es necesario que la persona perciba amenazas en su salud, considere que éstas representan un riesgo y efectúe alguna acción al respecto sintiéndose capaz de llevarla a cabo, asimilando su control, estimando que dicha acción es aceptada e incluso modelada y recompensada por su entorno social, considerando que ésta tiene una alta probabilidad de reducir el riesgo a un coste aceptable.

Amigo, et al. (1998), añaden la importancia de la relación entre el paciente y el clínico para lograr un equilibrio en la salud de los individuos, pues consideran que una buena relación entre ambos puede mejorar de modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento, la efectividad del mismo y la disminución del tiempo de recuperación de la enfermedad.

Finalmente Simón (1999), sugiere que las percepciones de los pacientes y las concepciones de la enfermedad están determinadas por su nivel educacional, visión del mundo, sistema de valores, estilo de vida y experiencias personales.

Dada la relevancia que se le atribuye al factor psicológico en la definición y el proceso salud-enfermedad se revisarán sus atribuciones en el siguiente apartado con la finalidad de profundizar en la materia que nos compete.

1.3 Relación entre salud, enfermedad y psicología.

La práctica profesional aplicada a diferentes campos de la vida social fue alcanzando extensión progresivamente desde inicios del siglo XX, sobre todo a partir de la culminación de la segunda guerra mundial, así la psicología irrumpe como profesión antes de su consolidación como ciencia básica (Ribes, 1982).

En los últimos veinte años se acrecentó el reconocimiento de la importancia sobre los aspectos psicológicos, desde los acordes a la disciplina hasta su interrelación con otras ciencias de la salud. Ello es debido a la naturaleza compleja y multifactorial entre los procesos de salud-enfermedad; así como al vertiginoso desarrollo de la psicología y otras disciplinas de la salud (Simón, 1999).

El importantísimo papel que han ido tomando los aspectos psicológicos en la salud y la enfermedad, no implica pasar a un segundo plano a los aspectos biomédicos y socio-ambientales (Piña, 1991).

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evaluación sobre los mismos conceptos y las tendencias dominantes y alternativas en la medicina; así quedaron diferenciados dos enfoques generales, por un lado el modelo individual-restrictivo de la medicina clínica y, por el otro, el modelo social-expansivo. A cada uno se vinculan diferentes métodos de actuación profesional psicológica; al primero corresponde la orientación clínica y al segundo la orientación social. Las diferentes escuelas teóricas han formulado explicaciones propias, en relación al papel del evento psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad, lo que ha dado lugar a que en ciertos momentos se hayan priorizado algunos aspectos de los problemas o que se dé mayor énfasis a la orientación clínica que a la orientación social y viceversa (Morales, 1999).

Por lo tanto, las históricas relaciones entre psicología y salud serán cada vez más estrechas y fructíferas por los constantes progresos de la disciplina, con el consiguiente aumento de su capacidad operativa sobre el eje salud-enfermedad y por el constante incremento en la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales y emocionales, además del creciente conocimiento y reconocimiento de los concomitantes psicológicos de muchas enfermedades físicas (Rodríguez-Marín, 1991); sin embargo, antes de profundizar en la explicación de la unión entre psicología y salud es necesario mencionar las disciplinas que influenciaron el surgimiento de la psicología de la salud; mismas que serán expuestas a continuación.

1.4 Disciplinas que anteceden a la psicología de la salud.

La conexión entre psicología y salud, viene históricamente determinada por la frecuente aplicación de procedimientos de terapia para la modificación de la conducta en problemas tradicionalmente considerados como biomédicos y por el reconocimiento de la importancia que tienen los factores comportamentales en la génesis, exacerbación, mantenimiento, alivio o eliminación de la enfermedad física

y que se cristaliza en el desarrollo de dos nuevas disciplinas: la medicina conductual y la psicología de la salud, precedidas históricamente por la investigación, especialmente desde la medicina, por la relevancia de ciertos factores psicológicos o de personalidad en la determinación de ciertas enfermedades físico-médicas abordadas por la medicina psicosomática (Simón, 1999).

Oblitas y Becoña (2000), mencionan que existen disciplinas dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud, éstas son la medicina y salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología y antropología médica; de las que haremos referencia enseguida.

1.4.1 Psicología clínica.

La psicología clínica es el más viejo de los modelos y surgió a finales del siglo XIX; asociada al trabajo de instituciones para enfermos mentales, cuando Lighthner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania y la definió como un modelo de actuación profesional centrado en la enfermedad más que en la salud; es decir, con un enfoque individualista sobre la enfermedad "mental". Además, estableció un límite que deja en segundo plano los problemas del soma, con lo que se expresa una dicotomía propia del paralelismo psicofísico, dirigido prioritariamente al diagnóstico y vinculado con más frecuencia al trabajo hospitalario que a la atención primaria en instituciones de la comunidad; asociado estrechamente a la disciplina médica conocida como psiquiatría (Morales, 1999).

En relación a su definición, Goldenberg (1973) la entiende como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la disciplina a la situación única y exclusiva del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar de una forma eficaz y con mayor sentido. Para, Korchin (1976) la psicología clínica se

preocupa por entender la conducta humana y mejorar la situación de las personas que se encuentran con problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.

Por su parte, Phares (1996) la define como un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal.

Y para Simón (1999) la psicología clínica debe entenderse como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos; siendo su principal característica el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda a través de los conocimientos y la actuación psicológica, con lo que alude a una concepción más extensa de la disciplina.

Por ende se considera a los psicólogos clínicos como profesionales al cuidado de la salud, aunque no exclusivamente en el campo de la salud mental debido a que sus actividades principales se centran en la evaluación, tratamiento, prevención e investigación psicológica (Hall y Marzillier, 1997).

Así, la psicología clínica es claramente el tronco central de donde han surgido posteriormente y dependiendo de la consideración o país en que nos encontremos, la subespecialidad o el campo independiente de la psicología de la salud (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.2 Sociología médica.

La sociología médica se desarrolló en los años cuarentas y cincuentas (Oleson, 1975) y se conoce como la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad (Bishop, 1994).

También es conocida como sociología de la salud porque se focaliza en los factores sociales que influyen la salud, mientras que la psicología de la salud se centra en los procesos psicológicos (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.3 Psicología comunitaria.

La incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad es una variable que depende por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental y por otra, de los sistemas de autoestima y apoyo social que se han identificado a lo largo del tiempo. Así en la década de 1960 en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, entonces apareció la comunidad como objeto de intervención y el término psicología comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de una reunión patrocinada por la Universidad de Boston y el Instituto de Salud Mental, denominada *Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria*, surgiendo un movimiento en el que evidentemente las primeras acciones se enfocaron a la influencia de los recursos tradicionales de los psicólogos, formados fundamentalmente para el trabajo clínico (Morales, 1999).

Esta disciplina se ha encargado de la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supra-individual (social o comunitario), enfocando su actuación, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio por ser una aproximación a los problemas de la conducta humana que

presta mayor importancia a las contribuciones de las fuerzas ambientales y las que otras fuentes potenciales ejerzan sobre la evolución y mejoramiento de dichos problemas (Zax y Specter, 1978).

Bajo la perspectiva ecológica o de atención centrada en las posibles influencias de los factores socio-ambientales, la búsqueda del cambio social, la importancia de la prevención (especialmente primaria) y el enfoque sobre la intervención en crisis o terapia breve (Bernstein y Nietzel, 1982), debe entenderse que la psicología comunitaria estudia las transacciones entre los diferentes conjuntos de interacción del sistema social, las poblaciones y los individuos; desarrolla y evalúa los métodos de intervención que propicien adaptaciones entre las personas y sus ambientes; planea y evalúa los sistemas sociales, y a partir de dicho conocimiento busca aumentar la cantidad de oportunidades psicológicas que se ofrezca al individuo. Y también busca modificar la conducta humana mediante la intervención a nivel comunitario para resolver los aspectos sociales en lugar de los problemas particulares; así como del impacto psicológico en las comunidades próximas y distantes, la evolución de las mismas y la viabilidad del conocimiento psicológico para la facilitación del cambio social adaptativo. Además acentúa la importancia de una perspectiva ecológica de la interacción, dando a entender que se puede mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente al crear nuevas opciones sociales y desarrollar los recursos personales, en lugar de realizarlo mediante la eliminación de las debilidades de los individuos o sus comunidades (Simón, 1999).

Además resulta importante referir que la labor de los psicólogos involucrados en este desarrollo, contrasta con los objetivos marcadamente individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos, contrarios en el énfasis de los objetivos sociales basados en una perspectiva preventiva y educativa que persigue la salud comunitaria. Por lo tanto, la posición central de la psicología comunitaria surge de la insatisfacción con el modelo médico y la psicoterapia, debido a sus limitaciones para resolver los problemas de la gente por el rol

tradicional del psicólogo centrado en el psicodiagnóstico y fue a través de los avances de la ciencia del comportamiento cuando se logró que los psicólogos emplearan herramientas metodológicas y criterios evaluativos para su acción profesional; dando apertura a la creación de programas basados en activismo social para el trabajo de salud en la comunidad (Morales, 1999).

Finalmente puede decirse que la psicología comunitaria ha contribuido en gran medida a la salud, especialmente por el importante valor de las variables psicosociales a nivel conceptual y operativo, el énfasis en la prevención y en el aumento de las competencias individuales como alternativa al modelo clínico (Simón, 1999).

1.4.4 Medicina psicosomática.

El término psicosomático es el resultado de la fusión de dos palabras griegas que significan mente y cuerpo; y se le puede definir como el *proceso psíquico que tiene influencia en la aparición de enfermedades*; es decir, enfatiza que los fenómenos psicosomáticos tienen su origen exclusivamente en un estado mental, y no en una disfunción física; así la medicina reconoce la importancia de los procesos emocionales en la aparición y desarrollo de patologías, aunque ha sido complejo cuantificar y precisar su conceptualización porque depende de factores y variables subjetivas que son difíciles de estudiar mediante el método científico (Macionis y Plummer, 1999).

La medicina psicosomática recibió un importante impulso por parte de Sigmund Freud, quien destacó la importancia de los factores psicológicos inconscientes en el desarrollo de síntomas de carácter físico; sin embargo, sus métodos sólo estaban basados en la experiencia clínica y en una serie de corazonadas intuitivas que no fueron verificadas mediante la investigación realizada en un laboratorio (Brannon, 2001).

El término de medicina psicosomática fue acuñado en 1918 por Heinroth quien relacionó los procesos psicológicos con las estructuras somáticas y dado su interés sobre los factores psicológicos en el origen de alteraciones físicas, constituyó el primer intento de investigar dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas (Amigo, et al. 1998). Así las raíces de ésta se localizan en las ciencias biomédicas y no en la psicología, además de ser el resultado de los intentos por identificar los factores psicológicos específicos que se creía jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas a principios de 1920 (Oblitas y Becoña, 2000).

Tradicionalmente el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física; sin embargo, en un principio sólo se le prestó atención a un grupo reducido de enfermedades como úlceras, asma, colitis y artritis reumatoide; las cuales se pensaba estaban influidas por factores emocionales específicos y por el estrés; pero en la actualidad se ha ampliado el abanico de trastornos, incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de casi todas las enfermedades. Por lo tanto, la medicina psicosomática es una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de cómo los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades (Oblitas y Becoña, 2000).

A través de la investigación se han identificado varias enfermedades psicosomáticas, lo que ha permitido dividir las en aquellas causadas por factores orgánicos y las provocadas por los psicológicos; aunque ésta no ha sido una labor sencilla porque inicialmente se consideraba que cada enfermedad psicosomática era subyacente de un conflicto inconsciente específico, que predisponía a la persona a ese trastorno, pero tales ideas comenzaron a fallar y con ellas el campo de la medicina psicosomática, en tanto se fue descubriendo que no sólo los factores psicógenos tenían un alto nivel de predictibilidad sobre el origen de la

enfermedad, sino también la incidencia de los aspectos psicosociales en la etiología de las mismas, pues éstas ocurren en individuos que no sólo tienen estructuras biológicas, sino también psicológicas y sociales (Matarazzo y Carmody, 1983).

Por último es relevante mencionar que en sus inicios la medicina psicosomática fue en gran medida un ámbito de intervención controlado por psiquiatras y médicos, pero los psicólogos conductuales comenzaron a extender el rango de sus métodos de terapia a los llamados trastornos médicos.

1.4.5 Psicología médica.

La psicología médica tuvo sus comienzos en Europa a principios del siglo XX bajo la influencia de dos aspectos uno de ellos es la medicina psicosomática, teoría basada en el psicoanálisis y en sus presupuestos acerca del papel que podían jugar en el desarrollo de las enfermedades, la represión y los conflictos psicosexuales. Y el otro, fue el interés progresivo en el estudio de la relación médico-paciente, la adaptación de los enfermos a las condiciones hospitalarias y el cumplimiento de los tratamientos que surgió en la década de 1950; así como a la descripción de síntomas y síndromes, por lo que las entidades nosológicas tenían como eje de estudio a los órganos y aparatos, por ello las personas como entidades biopsicosociales no eran el objeto de estudio de la medicina. Al respecto, se puede decir que la psicología médica ha padecido las limitaciones de la medicina clínica, pues su interés básico está centrado en los padecimientos del cuerpo; aunque en los últimos años, una vez que fue perdiendo autoridad la teoría psicosomática, los presupuestos de la psicología médica fueron orientándose en otra dirección, en particular después de los trabajos de los psicofisiólogos sobre las emociones y su repercusión somática, sobresaliendo las investigaciones de Selye sobre el estrés y en general del desarrollo acerca de la relación entre el comportamiento y la salud, aspectos que también se sitúan como la base de lo que hoy se considera psicología de la salud (Morales, 1999).

El significado y concepto sobre la psicología médica varía según el país en el que se utilice; así en Inglaterra y España es sinónimo de psiquiatría; mientras que en Estados Unidos es una subespecialidad de la psicología clínica que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física (Bishop, 1994).

En relación a su definición ha sido reconocida como la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina, la ciencia práctica que abarca problemas y cuestiones psicológicas para la comprensión y el tratamiento racional de los enfermos para conseguir el bienestar psicofísico y psíquico de la humanidad (Morales, 1999); al respecto, Fernández (1978) realiza una descripción más detallada de la psicología médica ya que abarca todos los conocimientos sobre psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los relacionados con la personalidad del enfermo, la relación médico–enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo, así como los procedimientos de intervención psicológica o psicoterapia, pero también hay quienes mencionan que es un término desafortunado y confuso, abocado a su total desaparición (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.6 Medicina conductual.

La medicina conductual comenzó como una continuidad del modelo de la psicología médica, resaltando el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento. Su origen se encuentra en el análisis experimental de la conducta dado el auge que tuvo en Estados Unidos en 1960, época en la que había un gran interés por trasladar a la práctica asistencial los resultados obtenidos mediante el trabajo experimental (Morales, 1999).

Durante la creación de este campo ocurrieron tres acontecimientos separados a principios de 1970: 1) el surgimiento y desarrollo de un conjunto de técnicas de tratamiento diseñadas y utilizadas para cambiar el comportamiento de manera exitosa con enfermos mentales, que comenzaron a ser usadas en pacientes con otros problemas médicos; 2) el desarrollo del campo de la biorretroalimentación que hizo posible efectuar cambios fisiológicos comprobables en funciones corporales; 3) comenzaba a dirigirse la atención hacia las dos principales fuentes de mortalidad de los adultos, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y también las vías mediante las cuales se podían realizar cambios en el comportamiento para el tratamiento y prevención de esas enfermedades (Blanchard, 1982).

Fue a finales de esa misma década cuando se le reconoció como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria (Sarafino, 1990). Posteriormente se incluyeron el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad al campo de la medicina conductual (Simón, 1999).

Durante su desarrollo se reconocen cuatro factores que ayudan a comprender la rapidez en su evolución: a) el antecedente que la medicina psicosomática había generado mediante la investigación que vinculaba los factores psicológicos a un número determinado de enfermedades; b) el campo de la terapia de la conducta y el análisis conductual aplicado, crearon procedimientos de tratamientos psicológicos, conductualmente orientados para el tratamiento de una variedad de trastornos físicos; c) los estudios epidemiológicos habían identificado factores que incrementan el riesgo asociado con ciertas enfermedades; d) principalmente como una consecuencia del rápido aumento de

los costos en el tratamiento de las enfermedades, aumentando el interés por la prevención en la incidencia de los factores psicológicos y sociológicos (Agras, 1982).

Más adelante Fuentenebro, Santos, Agud y Dios (1990), agregan los siguientes factores: 1) el cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y degenerativos; 2) la mayor parte de los retos actuales en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, muy influenciadas por el estilo de vida de las personas (no ya de enfermedades agudas); 3) el hecho de que al trabajar de forma independiente los investigadores biomédicos y conductuales no han sido capaces de explicar satisfactoriamente ¿por qué en igualdad de condiciones, según sus criterios, algunas personas enferman y otras no, o presentan distinto grado de enfermedad?; 4) la madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en sus desarrollos como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual.

Aunque la medicina conductual surgió básicamente por iniciativa de los psicólogos que trabajaban en el campo de los problemas físicos de salud, muchos profesionales médicos sintonizaron de inmediato con el nuevo enfoque y prácticamente desde el principio se planteó éste como un campo multidisciplinario en el que la ciencia médica asumía igualmente su protagonismo y responsabilidad (Morales, 1999).

A esta también se le reconoce como el primer intento serio de incorporar la psicología en la concepción, abordaje de la enfermedad física y quizá lo más relevante sea la aceptación del modelo biomédico de la enfermedad en enfoques conceptuales más amplios y adecuados, como el biopsicosocial por lo que la característica definitoria de la medicina conductual es la interdisciplinariedad conocida como el conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales

relacionados con la salud y la enfermedad física (Simón, 1999), misma que también es reconocida como el campo relacionado con el desarrollo, la integración del conocimiento y las técnicas de las ciencias conductual y biomédica relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento a la prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1978).

Por lo tanto, se puede decir que la medicina conductual es una rama que integra los conocimientos procedentes de diferentes disciplinas, entre las que cabe destacar a las biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología); las psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología), algunas disciplinas psicológicas (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), la promoción y mantenimiento de la salud, además de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Carrobes, 1992; Godoy, 1991; y Simón, 1999).

Debido a su juventud no existe un consenso en el concepto de medicina conductual, pero en un sentido amplio es entendida como la aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y la enfermedad físicas; mientras que en el sentido restringido, se entiende como el campo resultante de la aplicación de los conocimientos procedentes de la psicología experimental a la práctica médica, esto es, la aplicación de las técnicas de terapia y modificación de conducta en la prevención y tratamiento de la enfermedad física, de tal suerte que quedan fuera tanto técnicas no conductuales como problemas de naturaleza no física (Simón, 1999).

La mayoría de las definiciones sobre medicina conductual resaltan las siguientes características básicas (Godoy, 1991):

- a) Su naturaleza interdisciplinaria o la integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad.

- b) Su interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y al desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad.
- c) La aplicación de estrategias conductuales para la evaluación, control o modificación de este tipo de factores, aunado a la necesidad de realizar un abordaje amplio e integral de los pacientes que abarque los aspectos conductuales, ambientales y no únicamente los biomédicos.
- d) Su doble carácter básico y aplicado.

Sin embargo, a pesar de los intentos que se han realizado para conceptualizar a la disciplina, se reconoce que sus alcances son limitados para considerarla como un modelo psicológico de salud que permita analizar, describir y explicar por qué y bajo qué circunstancias una persona enferma o no (Morales, 1999). Y también es difícil diferenciarla de la psicología de la salud; ya que el psicólogo que trabaja en dicho campo realiza las mismas actividades aunque tenga distinta denominación (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.7 Psicofisiología experimental.

En sus inicios la psicología estudiaba el contenido de la conciencia y la fisiología se ocupaba de la actividad externa de los órganos; sin embargo, dados los avances en ambas disciplinas y el eterno dilema de la relación psicofísica se considero importante la constitución de una ciencia que reconozca a los individuos como unidades biopsicológicas y fue así como surgió la psicofisiología.

Esta rama de la psicología estudia las relaciones existentes entre el comportamiento y el sistema nervioso, los receptores y las glándulas endocrinas; en otras palabras correlaciona los factores fisiológicos con la conducta (Ardila, 1994).

La psicofisiología experimental tiene como objeto de estudio la relación que existe entre las reacciones fisiológicas y los procesos psicológicos; por ende, es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales analizando la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.8 Antropología médica.

Las relaciones entre la antropología, la medicina y su práctica son antiguas; por su parte la medicina utilizó hasta fines del siglo XIX técnicas cualitativas de campo como la observación participante, herramienta que le sirvió para producir estudios sobre las sociedades contemporáneas. Sin embargo, a medida que la medicina fue adoptando una postura reticente frente al empirismo de los médicos en el hospital o laboratorio, la etnografía cayó en desuso (Wikipedia: Antropología Médica, párrafo 1 y 4).

La antropología médica es un subcampo de la antropología social o cultural que desde 1963 ha servido para la investigación empírica y la producción de teoría por parte de los antropólogos sobre los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia relacionadas con ella. Además, hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como parte de una sociedad y realiza una comparación transcultural de los sistemas de curación y las creencias acerca de la salud. Al respecto, los psicólogos de la salud reconocen la importancia de la cultura en relación a la interpretación que las personas realizan sobre los fenómenos salud-enfermedad, pero se interesan más por las creencias individuales y los patrones relacionados con la conducta de salud (Oblitas y Becoña, 2000).

1.4.9 Antropología sociocultural.

La denominación de esta ciencia proviene de los términos antropología (ciencia que estudia al hombre), sociología (cuyo objeto de estudio son las relaciones entre el factor antropológico o humano y los fenómenos sociales) y la cultura (encargada de comparar los modos de vida entre las comunidades), por lo que se define como el estudio del hombre que forma parte de un grupo específico, comparando las razas para conocer las diferentes formas del ser humano de acuerdo a su cultura (Fernández, 1989 y Senior, 1990).

Es así como la antropología sociocultural ha contribuido al esclarecimiento de la formación de creencias, valores, hábitos comunes y prácticas que en distintos grupos culturales son relevantes en los problemas de salud e influyentes en el comportamiento individual (Morales, 1999).

Esta se ha dividido en dos ramas: etnografía y demografía (Senior, 1990); al respecto Torres y Torres (1998), también reconocen a la etnografía como la subdisciplina más utilizada entre los investigadores e incluyen a la arqueología y la antropología lingüística.

1.5 Psicología de la salud.

Los psicólogos siempre han estado interesados en cuestiones de salud; pero fue hasta finales de la década de 1960 cuando surgió un enfoque dentro de la disciplina que pudiera denominarse psicología de la salud. Sin embargo, es a partir de 1978 que ésta se constituye formalmente, cuando un grupo de psicólogos de diferentes áreas (clínica, social, experimental y fisiológica) interesados en cuestiones relacionadas con el tema forman la división de psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente (Oblitas y Becoña, 2000).

Aunque, la psicología de la salud comenzó a ser usada sistemáticamente desde 1968 por los psicólogos cubanos, quienes en 1974 fundaron una sociedad científica de ese nombre, en cuanto a sus usos institucionales, su cronología continúa con la creación en 1978 de una nueva división en la ya mencionada APA con esa denominación. Posteriormente con el acontecimiento de la dedicación a temas de salud de la mayor parte del programa del Congreso Interamericano de Psicología de Quito, Ecuador, en 1982, y con la celebración en La Habana, Cuba, en 1984, del primer seminario Internacional de psicología de la salud, surgió un gran interés en todo el mundo por la aplicación de los conceptos, conocimientos y habilidades de los psicólogos a los problemas del sistema sanitario (Morales, 1999).

Es importante señalar que América Latina, es posiblemente una de las regiones del mundo donde más dinamismo ha mostrado la psicología de la salud, sobre todo si se tiene en cuenta el antecedente de que el establecimiento de la misma a nivel profesional comenzó allí, hace aproximadamente tres décadas; a pesar de que en ese período, la región se ha visto expuesta a sucesivas situaciones de crisis económicas y procesos políticos que han dificultado la buena evolución de nuestra disciplina, situación que no ha obstaculizado que los países con un mayor número de estudios sean México, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Chile, como primer grupo, seguidos por Perú, Puerto Rico, y luego República Dominicana, Colombia, Costa Rica; Panamá y Ecuador, esto habla de una participación altamente representativa de la mayor parte de los países de nuestro continente (Morales, 1999).

En relación al surgimiento de la psicología de la salud, se reconocen varias razones que la justifican: 1)razones teóricas, por la evolución de la concepción de salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial y, por tanto, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinar para resolver los problemas de salud; 2)razones epidemiológicas, debido al cambio

radical en las tasas de morbilidad y mortalidad acontecido en el siglo XX en los países desarrollados ya que en la actualidad, las enfermedades más relevantes por su incidencia y mortalidad son las de tipo crónico en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas; 3)razones prácticas, por el elevado coste que suponen los servicios de salud y su escasa efectividad para resolver las demandas de salud que el mundo desarrollado tiene planteadas hoy día; por lo que las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación aparejado a un creciente interés en temas psicológicos referentes al cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables, el análisis de la relación personal salud-paciente con el objeto de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de las enfermedades y el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo (León, et al. 2004).

1.5.1 Definición y características de la psicología de la salud.

La conceptualización de la psicología de la salud ha ido evolucionando en función de su aplicación y estrategias metodológicas relacionadas a los problemas inherentes al proceso salud-enfermedad, así como a la incidencia en la administración de recursos en ambientes sanitarios. Entre sus definiciones más relevantes se encuentran las siguientes:

- Rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de su atención; consecuentemente le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud que incluyen acciones útiles para su promoción, prevención de enfermedades, atención de enfermos y personas

con secuelas, además de la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben (Morales, 1999).

- Conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y al diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud enfocados a la investigación de factores comportamentales para su preservación e integra subespecialidades como la psicología clínica, psicología comunitaria y medicina conductual (Oblitas y Becoña, 2000; Simón, 1999).
- Campo de especialización de la psicología que centra su interés en la rehabilitación y prevención de los problemas de la salud, mediante la metodología, los principios y conocimientos de la psicología científica actual; sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades existentes en la actualidad (Caballo, Buela y Carrobbles, 1996).
- Comprende la aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la misma, sino también en la salud pública, la educación, la planeación, el financiamiento, la legislación y otros componentes concernientes al ámbito de la salud, por lo que cualquier rama de la psicología que tenga que ver con ésta deberá ser una subdivisión de la psicología de la salud (Stone, 1979).

De acuerdo con las definiciones presentadas se considera importante enfatizar que para establecer un concepto claro sobre psicología de la salud no sólo es pertinente concebirla como disciplina; sino también conocer sus

herramientas, objetivos de estudio, población o individuos a los que se dirige; sin perder de vista el contexto cultural, su carácter multidisciplinario; aunado a las características referidas por Simón (1999), León, et al. (2004) mismas que se mencionan a continuación:

- a) Es un modelo integrador de salud-enfermedad con bases biopsicosociales.

- b) Genera programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos, conductas de riesgo y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental.

- c) Tiene una perspectiva ecológico-comunitaria para las actuaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- d) Elabora estrategias adecuadas de prevención secundaria y terciaria para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad tanto a nivel individual como comunitario.

- e) Adecúa el perfil de otros profesionales de la salud para mejorar sus relaciones con los pacientes, prepararlos para los exámenes, intervenciones sanitarias o la hospitalización, con la finalidad de aumentar el cumplimiento y seguimiento de los regímenes o tratamientos establecidos.

Con ello se puede decir que la intervención de la psicología de la salud va más allá de la mera provisión de cuidados profesionales para suponer también la mejora de las condiciones de vida, la calidad en el servicio y la educación de los individuos para hacer frente a las demandas personales y del medio.

1.5.2 Áreas de aplicación.

El campo de aplicación de la psicología de la salud es actualmente extenso y con tendencia a un crecimiento acelerado conforme la constante investigación en el área, siendo más amplias las intervenciones en el ámbito de la salud y cada vez más los tipos de problemas que se han de abordar.

Simón (1999), divide las áreas de aplicación de la psicología de la salud en cinco grupos:

- 1) Promoción y acrecentamiento de la salud, centrada fundamentalmente en la educación sanitaria, el control de variables relacionadas con las actitudes, motivación, afectividad y emocionales; así como la generación de hábitos y estilos de vida saludables, el aprendizaje de competencias y habilidades básicas, además de las actuaciones encaminadas a mejorar la salud ambiental.
- 2) Prevención, basada en la modificación de las conductas y hábitos de riesgo, en las condiciones patógenas o insalubres del medio, la detección e intervención precoz ante los problemas y la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad, aunado a la prevención de recaídas.
- 3) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.
- 4) Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, potenciación de la actuación de otros profesionales para optimizar las relaciones profesional-usuario y con ello estimular la adherencia a los tratamientos médicos.
- 5) Otros, principalmente los dirigidas a la formación de profesionales enfocados a las tareas de gestión.

Con base en estas áreas de incidencia se pueden establecer dos grupos de actividades del psicólogo de la salud; el primero estaría formado por los programas y actividades de investigación (tanto de tipo básico como aplicado), mientras que el segundo lo compondrían los programas y actividades profesionales de tipo aplicado relacionados con la evaluación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, consejo, asesoramiento, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos; además del análisis y mejora de la formación y gestión del sistema sanitario (Simón, 1999).

Considerando su influencia social, Pérez (1987) propone un modelo que parte de considerar tres niveles diferenciados de la determinación social de la salud en el primer nivel que podría denominarse *macro social* la relación sería entre la formación socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general (del mundo, de una región o de un país); el segundo nivel, denominado *grupala*, estudia el modo y condiciones de vida de un determinado grupo y el estado de salud del mismo (clase social, grupo profesional y cualquier otro criterio); y en el último la relación aparece entre el estilo de vida, las condiciones de vida y el estado de salud de cada individuo.

Respecto a sus acciones promocionales, Morales (1999) refiere que éstas necesitan apoyarse en conceptos puramente psicológicos tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, habilidades, interacciones personales y familiares; y realiza seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos: 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria; 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos e investigaciones previas; 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario; 4) evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos “antes-después”, y con grupos de control cuando sea posible); 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo; y 6) estimular la más activa participación de los

miembros de la comunidad tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y estrategias mediante su participación en la evaluación de los resultados.

En cuanto a las situaciones susceptibles a ser abordadas mediante el modelo de la psicología de salud en el nivel primario, éstas han sido relacionadas con problemas de ansiedad, estrés, trastornos de los hábitos, dificultad en la toma de decisiones educacionales u ocupacionales, problemas interpersonales (sociales y de pareja) y de ajuste psicológico a la enfermedad física y a otros acontecimientos significativos de la vida (Morales, 1999).

Por ello es de gran relevancia rescatar uno de los principales problemas que aquejan actualmente a gran parte de la población, independientemente del grado académico, sexo, edad, ocupación y nacionalidad que tengan; debido a que las exigencias del medio en donde se desenvuelven le demandan una constante adaptación en ocasiones superior a sus capacidades, generándose así el estrés, tema que se desarrollará en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

EL ESTRÉS.

El mantenimiento de la salud se ha convertido en una de las tareas más relevantes para las personas y los profesionistas en el área sanitaria; así surge el interés sobre la intervención en uno de los procesos que actualmente la alteran, el conocido estrés.

Al respecto, Barlow (1996) menciona que tanto la salud como nuestros niveles de energía se ven afectados negativamente cuando permanecemos en estados de estrés durante periodos de tiempo prolongado.

El estrés también aumenta la vulnerabilidad del organismo a desarrollar trastornos de la salud que pueden resultar mortales por el deterioro del funcionamiento normal en el organismo y ocasiona experiencias negativas o poco gratificantes por la alteración en su bienestar y calidad de vida (Buceta, Bueno y Más, 2001).

Por su parte, Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornes y Fernández (2003) refieren que las consecuencias perjudiciales del estrés en la salud, se pueden agrupar en tres niveles: 1) surgimiento de enfermedades, principalmente crónicas o adaptativas causadas por el estilo de vida estresante; 2) alteraciones psicológicas y en la salud mental que incluyen la ansiedad, depresión, insatisfacción, pérdida de autoestima, irritabilidad, desmotivación e incluso suicidio; y 3) deterioro de la conducta laboral caracterizado por la disminución en el rendimiento, vulnerabilidad a los accidentes, absentismo, rotación de puestos, ineficacia de las decisiones, abuso de drogas y burnout (síndrome del quemado).

Así, una vez contempladas las alteraciones que ocasiona el estrés es preciso definirlo, conocer sus antecedentes históricos y modelos teóricos que explican el desarrollo de los desequilibrios tanto internos como externos que una

persona puede llegar a presentar; por lo que en el próximo apartado se expondrán con mayor detenimiento.

2.1 Breve reseña histórica

Los investigadores en el campo de la medicina han demostrado que a pesar de la diversidad de problemas que se pueden plantear a los individuos, el cuerpo reacciona a ciertos aspectos siguiendo un modelo estereotipado; es decir, por medio de cambios biológicos idénticos que le permiten hacer frente a toda demanda acrecentada de actividad vital. Al respecto, el hombre prehistórico debió tener conocimiento de un factor común a la pérdida de energía y a la sensación de agotamiento como consecuencia de un trabajo pesado, un temor angustioso, la exposición prolongada al frío, al calor o de una inanición, ante la pérdida de sangre o de cualquier otra forma de enfermedad, existiendo la probabilidad de que no tardara en darse cuenta del cambio en sus reacciones ante un esfuerzo prolongado y sostenido, terminando en un estado alterado y poco funcional; que en la actualidad es identificado como estrés, tal palabra deriva del griego *stringere*, que significa provocar tensión y el cual se usó por primera vez alrededor del siglo XIV; a partir de entonces y durante muchos años, se emplearon en inglés numerosas variantes de la misma como *stress*, *stresse*, *strest* e inclusive *straisse* (Ivancevich y Matteson, 1985).

El término estrés proviene del campo físico y denota aquellas fuerzas que se aplican a un objeto y que llevan a éste hasta el punto de rotura o desintegración (Buendía, 1993); el origen de tal palabra, parece haber llegado al idioma inglés entre los siglos XII y XVI bajo la influencia del antiguo término francés *destresse*, que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión; por consiguiente, su forma inglesa original era *distress*, y a través de los siglos a veces perdía el “di” por mala pronunciación, por lo que en la actualidad, en inglés, existen dos palabras, *stress* y *distress* cuyos significados son diferentes; el primero *stress* tiene que ver con la constricción u opresión de algún tipo, y el segundo con estar bajo constricción u

opresión, aunque con el paso del tiempo, stress (en español estrés) se ha convertido en la palabra más usada (Fontana, 1995).

Las primeras investigaciones sobre el estrés tropezaron con algunos obstáculos porque no se había establecido una distinción entre el concepto *détresse* (angustia, desamparo, apuro, peligro) que es siempre desagradable, y el concepto general de estrés, que engloba igualmente experiencias de intensa alegría y la satisfacción de una expresión libre (Bensabat y Selye, 1994)

A finales del siglo XVIII Hooke utilizó la palabra estrés en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX, con lo que se definió la palabra *load* como una fuerza externa y estrés hizo referencia a la fuerza generada en el interior de un 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 (Lazarus y Folkman, 1984).

En el siglo XIX, el fisiólogo francés Claude Bernard demostró que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno cualesquiera que sean las condiciones externas y las modificaciones que se produzcan en el ambiente exterior, por ello la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para una vida libre e independiente (Bensabat y Selye, 1994; Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Ivancevich y Matteson, 1985).

Para el siglo XX el fisiólogo americano Cannon propuso el término homeostasis (del griego *homoios*, similar, y *status*, posición) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen la mayor parte de los estados constantes en el organismo, mismo que se podría traducir aproximadamente por resistencia y aguante (Bensabat y Selye, 1994).

Aunque cabe destacar que el empleo actual de tal término no tiene su antecedente en Cannon, sino en el doctor Hans Selye, endocrinólogo de la Universidad de Montreal, a quien frecuentemente se le llama el padre del concepto estrés, pues sus investigaciones constituyeron las primeras aportaciones significativas al estudio del mismo y además sentaron las bases para llevar a cabo investigaciones que en un principio fueron realizadas por médicos, quienes centraron su atención en los estímulos físicos y las consecuencias fisiológicas; pero en las últimas dos o tres décadas ha disminuido levemente el interés por el estudio del estrés desde el punto de vista fisiológico y se ha incrementado en el ámbito de las ciencias del comportamiento (Ivancevich y Matteson, 1985).

En la vertiente psicológica, estrictamente individual, el estrés fue sobreentendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en las teorías psicodinámicas; sin embargo, se utilizó el término ansiedad en lugar de estrés, y esta palabra apareció en el índice de Psychological Abstracts hasta 1944 (Lazarus y Folkman, 1984).

Dentro de los enfoques psicológicos que han continuado la explicación del estrés se encuentran el sistémico y el cognitivo conductual; en el primero y partiendo del modelo de las estrategias familiares de Hill, se considera que el resultado de las crisis ocasionadas por el estrés se producen por la interacción entre el factor amenazante o perjudicial, los recursos de la familia para enfrentarlos y la vivencia familiar, además el interés de ésta concepción no se limita al estudio de los efectos directos e inmediatos de los eventos vitales estresantes, sino que también investiga las consecuencias, estrategias y alteraciones psicológicas y sociales que permitan la solución de los problemas planteados (Buendía, 1993). Desde la segunda vertiente y con base en el modelo interaccionista se considera que el estrés surge cuando el individuo valora que las demandas del medio exceden sus recursos para enfrentarlas; aunque también existen los modelos que lo explican como respuesta y estímulo mismos que se

abordarán a continuación para facilitar la comprensión del estrés como fenómeno psicológico tomando en cuenta éste último enfoque.

2.2 Definición del estrés.

El estrés es un concepto que en la actualidad forma parte del lenguaje coloquial, pero es empleado de manera indiscriminada por lo que se considera necesario definirlo bajo un sustento teórico para evitar confusiones en su uso dentro del presente trabajo, por lo que a continuación se exponen tres enfoques que inicialmente lo explican desde una base fisiológica hasta la interrelación de los factores ambientales, biológicos, sociales y psicológicos.

2.2.1. Estrés como respuesta.

Las teorías basadas en la respuesta están formuladas principalmente en los postulados de Selye, quien enfatizó dos elementos básicos que componen al fenómeno: un estímulo estresante conocido como estresor y una respuesta o reacción de estrés; además en su modelo define al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas) y cuya reacción se denomina Síndrome General de Adaptación establecido en tres fases: reacción de alarma, etapa de adaptación o resistencia y etapa de agotamiento, constituidas por manifestaciones corporales coordinadas en función de la presentación y duración del estresor (Bensabat y Selye, 1994). Sin embargo, su teoría de que cualquier estímulo puede producir una respuesta de estrés a condición de que induzca activación en un sujeto, ha sido puesta en entredicho por varios autores, puesto que en diversos experimentos se ha comprobado que las características del estímulo causal producen patrones diferentes de respuesta o cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico y también se ha comprobado la importancia de los factores emocionales que pueden acompañar a los estímulos en la respuesta al

estrés (Cruz y Vargas, 2001; Nieto, et al. 2004; Bulacio, 2004; Fernández, 2001; Le Scanff y Bertoch, 1999).

En sus inicios esta postura sólo hizo referencia a las respuestas fisiológicas del organismo pero en sus avances se destacan también las manifestaciones de índole psicológico mencionadas por Manassero, et al. (2003) e Ivancevich y Matteson (1985), quienes definen al estrés desde tal postura como la respuesta fisiológica o psicológica que da el organismo a una situación externa y admiten que la respuesta está mediada por las características de la situación externa y las del organismo.

Más tarde, Morales (1999) amplía el modelo señalando que los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes: a) es una respuesta del organismo ante estímulos de origen psicosocial, físico o biológico que tienden a romper su homeostasis; b) esta respuesta es de tipo sistemático e integra los niveles psicológico, neurológico y endocrino; c) es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo; d) el carácter estresante de un estímulo psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas y el grado de control sobre el ambiente; e) tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica vinculan sus componentes afectivos y cognoscitivos; f) la respuesta de estrés es activa e influye tanto en el estímulo psicosocial como en la significación atribuida; y g) la vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas.

Bajo la misma perspectiva, García (2001) define al estrés como un estado de tensión excesiva, donde el estímulo está siendo el estresor y cuando aumenta la intensidad de la respuesta del individuo, se reconoce como una situación de estrés.

Las aportaciones de esta teoría fueron básicas para el reconocimiento de la influencia del estrés a nivel fisiológico y más tarde a nivel psicológico y social; dando lugar al surgimiento de nuevas teorías enfocadas a la explicación del estrés como estímulo.

2.2.2. Estrés como estímulo.

Las teorías basadas en el estímulo (ambiente), son modelos que proponen un concepto de estrés centrado en el estudio de los factores ambientales que son precursores de la enfermedad o contribuyen al origen de diversas patologías, tales modelos son denominados teorías de la especificidad estimular que definen el estrés como una fuerza externa o como situaciones a las que están expuestas las personas y que al sobrepasar los límites de tolerancia propios de cada individuo, le harían experimentar estrés detonando daños fisiológicos y/o psicológicos (Bulacio, 2004, Nieto, et al. 2004; García, 2001).

Para Manassero, et al. (2003), así como Ivancevich y Matteson (1985), las fuerzas externas se refieren a las situaciones nuevas, cambiantes, intensas e inesperadas, que tensionan al organismo produciendo un efecto deformador, transitorio o permanente dando lugar al surgimiento de alguna consecuencia negativa.

En relación a los estímulos o estresores Lazarus y Cohen (1977, citado en Lazarus y Folkman, 1984), hablan de tres tipos de acontecimientos detonantes de estrés, estos son: cambios mayores que a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas, acontecimientos mayores que impactan sólo a un grupo pequeño o a una persona, y en tercer lugar, los ajetreos diarios.

Sin embargo, la premisa sostenida en estas teorías tienen un importante inconveniente ante la delimitación de qué situaciones o estímulos y cuáles de sus características, pueden ser considerados estresantes, ya que no toman en cuenta

las diferencias individuales en la apreciación de lo que puede ser estresante para cada persona (Nieto, et al. 2004).

Ante la relevancia de los aspectos psicológicos expuestos en la explicación del fenómeno del estrés como estímulo y respuesta, así como el precario contenido en sus definiciones los expertos en el tema abordan un tercer enfoque conocido como interaccionista que es el más idóneo para entender de manera integral el proceso del estrés.

2.2.3. Estrés como interacción.

Ambos modelos, los centrados en la respuesta y los que destacan el papel de los estímulos, han permitido comprender mejor el fenómeno del estrés, especialmente al ser considerados en interacción, en la medida en que toda experiencia de estrés contiene tanto componentes estimulares (estresores) como elementos de respuesta. Sin embargo, su conceptualización basada en este enfoque resulta limitante, por lo que recientemente han surgido modelos interaccionistas que conceden una gran importancia a los factores psicológicos, especialmente a los de naturaleza cognitiva, que actúan como mediadores entre los estímulos estresantes y la respuesta al estrés; así el enfoque más importante y conocido es la teoría transaccional o de la mediación cognitiva (Lazarus y Folkman, 1984). Otras variables de índole psicosocial que se han considerado moduladoras del estrés, son las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos personales o disposicionales (Sandín, 1995; Amigo, et al. 1998).

De acuerdo con el modelo transaccional, el estrés se produce frente a las demandas en las que no hay mecanismos adaptativos disponibles (García, 2001); además esclarece la naturaleza del ajuste entre las capacidades adaptativas de la persona, las demandas ambientales, la discrepancia entre las demandas que una persona percibe (internas o externas, sean desafíos o metas), la manera cómo los

individuos interpretan sus posibles respuestas a éstas y su impacto en la salud (Buceta, et al. 2001; Manassero, et al. 2003).

También especifica que el estrés no reside ni en la persona ni en el medio; por el contrario, depende de la transacción del individuo en la situación y cualquier intento de evitar o reducir el estrés debe orientarse a transformar la situación mediante técnicas de acción directa y cambiar los procesos de valoración del individuo y su capacidad para afrontarla paliativa o cognitivamente; en consecuencia, el modelo resalta la compleja interacción entre el individuo y la situación que determina el desencadenamiento, magnitud, duración y cualidad del episodio que suscita el estrés (Meichenbaum y Jaremko, 1987; Brannon, 2001; Nieto, et al. 2004; Ivancevich y Matteson, 1985; Le y Bertoch, 1999).

Entonces desde esta perspectiva, debe entenderse al estrés como un proceso interaccional de la relación particular entre la persona y la situación que se presenta; así cuando la primera valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste se altera su bienestar (Bulacio, 2004; Lazarus y Folkman, 1986; Buendía, 1993).

Fernández (2001), Belloch, Sandín y Ramos (1995) desarrollan el modelo en siete etapas: 1) *demandas psicosociales*, momento en el que surgen los agentes externos causales primariamente del estrés que incluyen a los estresores ambientales divididos en sucesos vitales (desastres naturales, divorcios, pérdidas, víctimas de violencia, así como enfermedades) y los acontecimientos diarios; 2) *evaluación cognitiva*, en ésta el individuo realiza una valoración de las demandas ejercidas por el acontecimiento que se le presenta y dependiendo de cómo sea esta valoración; se producirá o no la respuesta de estrés; 3) *respuesta de estrés*, incluye tanto a las respuestas fisiológicas (neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo) como a las respuestas psicológicas (emocionales); 4) *estrategias de afrontamiento*, se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas

concretas externas o internas generadoras del estrés, aunado al estado emocional desagradable vinculado al mismo; 5) *variables disposicionales*, destacan el tipo de personalidad, los factores hereditarios, el sexo y la raza; 6) *el apoyo social* que puede amortiguar el efecto de las demandas estresantes sobre las respuestas de estrés; 7) *estatus de salud*, más que una fase del proceso se trata de un resultado del mismo, ya que el bienestar tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores.

En relación a las valoraciones realizadas por los individuos ante situaciones estresantes, Lazarus y Folkman (1984) y Buceta, et al. (2001), reconocieron tres clases: *primaria* en ésta se valoran las demandas de la situación (fuente de estrés); *secundaria* donde se analizan las habilidades y capacidades para hacer frente; y la reevaluación para seleccionar la respuesta más adecuada a la demanda. Además, definieron el estrés como la capacidad o incapacidad de afrontar una situación estresante mediante el cambio constante del esfuerzo cognitivo y conductual para responder a las demandas específicas de carácter externo y/o interno que una persona evalúa como elementos que exceden sus recursos. Refirieron que la capacidad para afrontar una situación depende de numerosos factores como la salud, la energía, una creencia positiva (percibirse capaz de obtener las consecuencias deseadas), la capacidad de resolver problemas y las habilidades sociales (Bulacio, 2004; Manassero, et al. 2003).

Las valoraciones más habituales dependen de patrones de conducta y estilos de afrontamiento relativamente estables, de valores, creencias y actitudes que pueden afectar la atención selectiva, el procesamiento de la información y el juicio sobre los propios recursos, la existencia o ausencia reales de recursos eficaces para controlar las situaciones estresantes y de la disponibilidad o falta de apoyo social apropiado (Buceta, et al. 2001).

Por ello es preciso resaltar que ante la falta de recursos para enfrentar un suceso de cierta importancia para un individuo, se crea una situación

potencialmente amenazadora o peligrosa detonando la vulnerabilidad de elevar su estrés (Brannon, 2001).

Finalmente, tomando en cuenta las definiciones de estrés según la teoría que la sustenta se habla de cuatro situaciones, en primer lugar el concepto de estrés se ha utilizado para designar la situación que desencadena su experiencia o vivencia y se hace hincapié en los estímulos del entorno y en las características del ambiente como los principales causantes de la respuesta de tensión emitida por el individuo; en el segundo se focaliza la atención en la persona considerando que el término estrés se refiere a la respuesta fisiológica o psicológica que tiene el individuo ante determinados estímulos estresores del ambiente; en tercer lugar están las definiciones que se centran en la percepción del individuo, concebido como la variable a través de la cual la persona interpreta y modula el carácter estresante o no de una determinada situación (Rodríguez,1998) y en la cuarta categoría se recogen las definiciones que hablan del estrés como la transacción entre individuo y ambiente considerando esta interacción como un proceso dinámico y recíproco (Lazarus y Folkman, 1984).

2.3. Causas del estrés.

Es importante identificar los factores de estrés que pueden surgir en el modo de vida del individuo para poner en evidencia las respuestas de coacción excesiva, de frustración o de resolución (Bensabat y Selye, 1994).

Al respecto Braham (1994) menciona que las causas del estrés se pueden clasificar en cuatro grupos relacionados con **los cambios, estrés furtivo, rasgos personales y factores ambientales**; los primeros se refieren al proceso de transición que sirve de base para aceptar los cambios que se presentan en la vida y que cursan por cuatro fases, en la primera surge la negación a admitir la modificación, continuando con la resistencia a la misma, en la tercera se exploran las oportunidades que posibilita el cambio y en la última surge la aceptación. Por

otro lado, el **estrés furtivo** se origina por una serie de pequeños factores estresantes que aparecen constantemente sin ser percatados hasta que se presentan síntomas de tensión nerviosa y/o se llega al agotamiento. Los **rasgos personales** que producen estrés son el perfeccionismo y las expectativas irreales; es decir, éste surge cuando se pierde el control de las ideas o cuando nunca se les ha controlado, ya que las preocupaciones provocan estrés ante el abuso del pensamiento irracional o racional. En relación a los **factores ambientales** se limita a mencionar la influencia negativa del ruido y la falta de ergonomía en el mobiliario; cabe señalar que éstos también son reconocidos como factores físicos y la lista de ellos se ampliará más adelante.

Así, para lograr una mayor especificidad en la identificación de los factores involucrados en el surgimiento del estrés, otros autores los han dividido en psicoemocionales, físicos, biológicos y otros factores relacionados con aspectos laborales, económicos, familiares, profesionales y sanitarios.

2.3.1 Factores psicoemocionales.

Los factores psicoemocionales que causan estrés son la frustración, los estados de contrariedad y de coacción, la insatisfacción, el tedio, miedo, agotamiento por cansancio, la decepción, los celos, la envidia, timidez, impresión de no haber logrado éxito, dejar pendiente un asunto que mantiene psicológicamente el estrés, las emociones intensas tanto de impacto positivo como negativo, muerte o enfermedad de un pariente cercano, el fracaso, las preocupaciones, los problemas afectivos y conyugales, el divorcio, los cambios frecuentes de medio ambiente, cambio de domicilio, insomnio; además de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o contacto excesivo (Bensabat y Selye, 1994; Cruz y Vargas, 2001).

2.3.2. Factores físicos.

Son reconocidos como estresores ambientales físicos que impactan negativamente la actividad laboral y el estado fisiológico de los individuos; y aunque la lista de éstos podría ser demasiado larga Ivancevich y Matteson (1985), prefieren concentrarse en cinco de ellos: *luz, ruido excesivo y/o intermitente, temperatura, vibraciones, movimiento y el aire contaminado*. El primero hace referencia a un alumbrado inadecuado (escaso o excesivo) para la tarea que se ejecuta, pues puede hacerla más difícil e incluso imposible de terminar y/o producir jaquecas o la incómoda sensación de ojos cansados; el segundo interfiere con la concentración y es fuente de frustración que a su vez puede conducir al enojo y tensión; en el tercero incluyen climas extremos como el calor excesivo pues lo consideran un estresor con probabilidades de generar costos fisiológicos y psicológicos, particularmente en aquellas personas que desarrollan actividades donde se exige gran esfuerzo físico, mientras que los extremos de frío también influyen psicológicamente sobre los individuos ya que afectan los niveles de energía y posiblemente disminuyen la motivación. El cuarto es un estresor más grande que el movimiento por lo que la cantidad de vibración que puede experimentar un individuo sin provocar una respuesta al estrés depende de la intensidad, aceleración, amplitud e igualmente de las características personales del individuo. Finalmente, el aire contaminado en diferentes ambientes producido por sustancias y equipo eléctrico, puede afectar la respiración o alterar la homeostasis.

Otros autores como Bensabat y Selye (1994), Cruz y Vargas (2001) y Brannon (2001), también consideran al ruido y los cambios de temperatura como estresores y añaden las jornadas de trabajo nocturno (factor de desequilibrio del ritmo biológico), la polución, la aglomeración, contaminación ambiental, presión urbana, el tipo de labores que se desempeña; además del hambre, la enfermedad, agotamiento por cansancio físico, fatiga y frío.

2.3.3. Factores biológicos.

Son estímulos o situaciones que se convierten en estresores por su capacidad para producir en el organismo determinados cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación cognitiva que hagamos de esta situación (Buceta, et al. 2001).

Entre los más recurrentes están los factores alimentarios como la sub-alimentación, super-alimentación, desnutrición por el desequilibrio alimentario debido a un alto consumo de azúcar, grasas, sal, café, tabaco, alcohol, exceso o insuficiencia de proteínas, dieta baja en minerales y vitaminas; así como la vida sedentaria y los problemas del sueño (Bensabat y Selye, 1994; Brannon, 2001).

2.3.4 Otros factores.

Los individuos se enfrentan a numerosas exigencias en su cotidianeidad, lo que ha provocado el surgimiento de nuevas situaciones que alteran su adaptación al medio destacándose las demandas laborales, profesionales, económicas, familiares y de salud.

Al respecto, se han considerado como causantes del estrés a los *factores profesionales y laborales*, porque generan un estado de estrés crónico y abarcan responsabilidades pesadas y numerosas asumidas por una sola persona, condiciones de súper-estimulación, al contrario de sub-estimulación engendradas por el trabajo demasiado rápido o lento, monótono y sin interés, condiciones de trabajo difíciles e incómodas, relaciones de fuerza en los contactos profesionales, exceso de advertencias desagradables, competitividad profesional, desplazamientos numerosos, mala rentabilidad, jubilación anticipada e inseguridad en el empleo.

Ivancevich y Matteson (1985), así como Buceta, et al. (2001) mencionan que los estresores en el contexto laboral surgen como resultado de las funciones que desempeñamos y a nivel individual destacan los siguientes: rol conflictivo o ambigüo, falta de información, incertidumbre en el puesto, sobrecarga de trabajo, responsabilización por otros, cambios del lugar de trabajo dentro de la organización, los estresores relacionados con el desarrollo de la carrera, presiones de tiempo y las relaciones con subordinados, compañeros y superiores.

Por último, Fontana (1995) destaca como causales generales del estrés laboral a los problemas organizativos en donde hay demoras frustrantes, poca claridad en las jerarquías, los procedimientos organizativos son generalmente ineficaces, horas extras sin contactos sociales, expectativas o propuestas de ascenso, salario y promoción escasos, rituales y procedimientos innecesarios, incertidumbre e inseguridad, conflicto de funciones, expectativas personales elevadas e irrealizables (perfeccionismo), incapacidad para influir en la toma de decisiones (impotencia), desacuerdos frecuentes con los superiores, aislamiento del apoyo de los colegas, trabajo excesivo y presiones de tiempo, falta de variedad, comunicación deficiente, liderazgo inadecuado, conflictos con los colegas, incapacidad para terminar una tarea, peleas innecesarias y aquellas relacionadas directamente con las tareas.

Los *factores económicos* se refieren a la alta demanda ante la satisfacción de las necesidades materiales, de vivienda y problemas financieros como las deudas que rebasan el poder adquisitivo del individuo y originan crisis de autoconfianza.

Respecto a los *factores familiares*, estos abarcan conflictos dentro del ambiente familiar como la infidelidad, falta de afecto, adicciones, problemas conyugales, separación, divorcio y pérdida de la autoridad de los padres, que alteran el descanso compensatorio después de la tensión profesional.

Por último, los *factores de salud* se enfocan a la enfermedad aguda pero sobre todo en la crónica, debido a que provoca un sentimiento de disminución física, dolor y desventaja física.

2.4 Tipos de estrés.

La precisión para que un estímulo sea considerado como estresor se basa en su intensidad, duración, energía para afrontarlo y la percepción que se le atribuya (Cruz y Vargas, 2001).

En ese sentido y partiendo de la percepción que tiene el individuo sobre la situación que está experimentando surgirían *euestrés* (buen estrés) o *distress* (estrés negativo). Así, el euestrés es entendido como un estrés de realización agradable, ya que abarca todo aquello que causa placer, lo que se quiere o se acepta hacer en armonía con uno mismo, con su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación; es decir, la respuesta de adaptación que está a la altura de la demanda hasta cumplirse (Bensabat y Selye, 1994).

Por su parte Braham (1994) y Rodríguez (1998), lo mencionan como un nivel medio de estrés que resulta positivo para el individuo, permitiendo la activación física y mental del organismo dando una respuesta eficiente ante la fuente estresora.

En relación al segundo tipo de estrés Bensabat y Selye (1994), refieren al *distrés* como todo aquello que se hace en contradicción con uno mismo y causa *displacer* por las exigencias del medio ambiente y su propia capacidad de adaptación; situaciones que causan una respuesta de adaptación desequilibrada y disarmónica, excesiva o insuficiente en relación a la demanda, por lo que la energía no se consume se queda contenida y hoy en día se considera como la principal responsable de las alteraciones psicológicas manifestadas según

Rodríguez (1998) mediante respuestas físicas y comportamentales negativas, aunque no las explica.

Así, por la intensidad del estrés, se clasifica en dos grupos: *estrés agudo* y *estrés crónico*; el primero es consecuencia de una agresión frecuentemente violenta, física o psicoemocional, limitada en el tiempo, con respuesta inmediata, violenta e intensa del organismo, y puede ocasionar, en determinados casos trastornos psicosomáticos como la úlcera aguda de estómago llamada úlcera de estrés (Bensabat y Selye, 1994).

Con respecto al estrés crónico, éste corresponde a las agresiones violentas de intensidad moderada, pero repetidas y próximas en el tiempo, exigiendo una adaptación frecuente, volviéndose a la larga una dosis excesiva de estresores que rebasan el umbral de resistencia, generándose un agotamiento psicológico y glandular progresivo responsable de las enfermedades llamadas de adaptación (Bensabat y Selye, 1994).

Finalmente, Barlow (1996) divide al estrés en *hipo e hiperestrés* dependiendo de la energía necesaria para responder a las demandas; así al hipoestrés lo entienden como aquella dificultad para iniciar una tarea y el hiperestrés se presenta cuando existe demasiada energía que no se puede canalizar adecuadamente, por lo que el rendimiento se ve afectado de manera negativa en ambos casos. Los indicadores del hipoestrés son la apatía, el aburrimiento, falta de interés y motivación, baja producción, descentramiento, incapacidad para concentrarse, desasosiego, inquietud, soñar despierto con frecuencia, falta de afecto, verse involucrado en tareas sin importancia o tendencia a postergar las más relevantes; y los indicadores de un hiperestrés son baja autoestima, emisión de juicios defectuosos, sensación de estar abrumado, olvidadizo en cuanto a los detalles, incapacidad para concentrarse, pérdida de perspectiva, pensamiento emocional y menos racional, conducta irritable e impredecible, cambios en los estilos de comunicación, fatiga, incremento del

número de errores y en la autocrítica negativa. Cabe señalar que al prolongarse la permanencia en hipoestrés o en hiperestrés es probable que se experimenten los efectos del estrés crónico, momento en que la gente agota su capacidad de enfrentarse a lo que le está sucediendo, pierde motivación, se vuelve cínica y está constantemente fatigada.

2.5. Respuesta del organismo ante el estrés.

Como ya se ha mencionado el estrés origina alteraciones en los individuos que lo experimentan provocando reacciones a nivel fisiológico, cognitivo y motor de manera aislada o conjunta.

2.5.1 Respuestas cognitivas.

La forma en que el sujeto percibe, filtra y procesa la información del medio, evaluando si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, aterrizantes e inocuas determinará en gran medida la forma de responder a esa situación y el modo en que se verá afectado por el estrés (Buceta, et al. 2001).

Para poder entender las interpretaciones que un individuo hace ante un estresor, es necesario mencionar los tipos de respuesta que puede emitir; estas pueden ser: la *evaluación automática inicial*, que se refiere a un patrón de respuesta provocado de modo inmediato ante el estímulo; la *respuesta de orientación* es inespecífica, consiste en una serie de reacciones a nivel fisiológico, cognitivo y motor que se presentan ante estímulos novedosos o cambios estimulares en donde el individuo discrimina su nivel de nocividad para actuar en consecuencia; y la *respuesta de defensa* es emitida ante estímulos emocionalmente intensos y tiene como función proteger al organismo de la estimulación excesiva y potencialmente nociva (Buceta, et al. 2001).

Según Cox (1978) y Fontana (1995), los efectos cognoscitivos del estrés excesivo son el decremento del período de la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, hipersensibilidad a la crítica, incapacidad para tomar decisiones, la velocidad de respuesta se vuelve impredecible, aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y planeación a largo plazo, aumento en los delirios y trastornos del pensamiento; mientras que, los efectos emocionales del estrés excesivo están conformados por el aumento de la tensión física y psicológica manifestados por la presencia de ansiedad, agresión, aburrimiento, depresión, fatiga, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad, melancolía, tensión, nerviosismo, hipocondría y pérdida repentina de la autoestima.

2.5.2 Respuestas motoras.

Las respuestas motrices básicas ante situaciones de estrés pueden ser de *enfrentamiento* (ataque), *huída o evitación* y, menos frecuentes, las de colapso por *pasividad o inhibición* (Buceta, et al. 2001).

Algunos ejemplos de estas respuestas son el aumento de los problemas del habla, disminución de los intereses y el entusiasmo, aumento del ausentismo y en el consumo de drogas, decremento en la energía, alteración de los patrones de sueño, incremento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas, apatía ante indicaciones nuevas, las responsabilidades se depositan en los demás, resolución de problemas a un nivel cada vez más superficial, patrones de conducta excéntricos y surgimiento de amenazas suicidas (Fontana, 1995).

2.5.3 Respuestas fisiológicas.

La respuesta del organismo al estrés se hace por medio de dos sistemas de defensa, el nervioso y el endocrino u hormonal que desempeñan un papel importante en la adaptación y la resistencia a las agresiones, esos sistemas

contribuyen a mantener la homeostasis del organismo. El primero está integrado por el sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal, encargados de segregar la adrenalina, noradrenalina y epinefrina, identificadas como catecolaminas; el segundo está integrado por las glándulas corticosuprarrenales o córtex suprarrenal, que producen las hormonas llamadas corticoides, principalmente la cortisona o cortisol, mismas que se vierten en la sangre y actúan sobre los diferentes órganos y tejidos para provocar las modificaciones necesarias con el fin de asegurar la defensa contra la agresión provocada por el agente estresor, por lo que también se les denominan hormonas del estrés o de adaptación (Bensabat y Selye, 1994).

Bensabat y Selye (1994); Amigo, et al. (1998); Nieto, et al. (2004); Bulacio (2004); Buceta, et al. (2001), mencionan que las respuestas fisiológicas actúan sobre tres ejes para responder al estrés, estos son:

a) Eje neural: Parece activarse de manera inmediata en todos los casos, provocando una activación simpática y, en casos excepcionales, parasimpático, así como un incremento en la activación del sistema nervioso somático que genera un mantenimiento excesivo de la tensión muscular y en ocasiones excepcionales, por activación inicial intensa y/o debido al estado precario de alguno de los órganos, se podría producir algún trastorno; esta activación se irá reduciendo de forma lenta si la situación de estrés desaparece, pero si ésta se mantiene el eje no puede funcionar a niveles tan altos de activación y se dispararía el segundo.

b) Eje neuroendocrino: Es de activación más lenta y necesita condiciones de estrés constantes, su arranque implica la activación de la médula suprarrenal, con la consiguiente secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que contribuyen al aumento y mantenimiento de la actividad adrenérgica, con efectos similares a los producidos por la activación simpática, aunque más duraderos y lentos. La activación de este eje tiene gran importancia para la supervivencia,

pues prepara al organismo para una intensa actividad corporal necesaria para enfrentarse a cualquier amenaza extrema, ya sea enfrentándola o bien escapando de ella; por ende se considera el eje relacionado con la puesta en marcha de las conductas motoras de afrontamiento. Cabe señalar que la activación mantenida de éste facilitará la aparición de problemas cardiovasculares como el aumento en la presión arterial, del flujo sanguíneo al cerebro y en el ritmo cardíaco.

En contraste, para Le y Bertoch (1999), éste es el primer nivel de activación pues maneja una respuesta a corto plazo.

c) Eje endocrino: Éste facilita la activación adrenal-hipofisaria aumentando la tolerancia al dolor en situaciones de estrés por la segregación de endorfinas; incrementa el nivel de hormonas tiroideas que aceleran el metabolismo y en consecuencia el desgaste general, aunado a la secreción de vasopresina que altera el funcionamiento de los riñones y por tanto la retención de líquidos. El disparo de este eje es originado por una situación de estrés más sostenida, siendo más lento que los anteriores y de efectos más duraderos; sus efectos más importantes tienen que ver con la activación del cerebro que facilita patologías de corte predominantemente psicológico como la depresión, ansiedad, indefensión, pasividad, no percepción de control, inmunosupresión, sintomatología gastrointestinal y los trastornos psicofisiológicos mas frecuentes son los cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, articulares, dentarios, urológicos, ginecológicos, sexuales y endócrinos. Para Le y Bertoch (1999), éste es el segundo nivel presentado por la actividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal con respuestas diferidas.

Al respecto, es importante mencionar que la eliminación de los trastornos fisiológicos provocados por el estrés se logrará después de incidir en su causa orgánica; es decir, la regulación del órgano que lo genera, lo cual implica un balance médico serio (Bensabat y Selye, 1994).

En conclusión, se puede decir que el individuo está inmerso en un ambiente en el cual se presentan cambios ya sean programados o inesperados, que originan una serie de respuestas derivadas del estresor y cuyo impacto puede ser benéfico o perjudicial de acuerdo a la capacidad de adaptación de la persona; por ello es importante conocer los recursos y habilidades comunes en dicho proceso y que son conocidos como estilos de afrontamiento del estrés.

2.6 Estilos de afrontamiento.

El estar frente a situaciones en las cuales se requiere que actuemos para lograr el mantenimiento de la homeostasis de acuerdo a las exigencias del medio, nos lleva a realizar la identificación, elección o bien al desarrollo de habilidades y la búsqueda de recursos con la finalidad de mitigar los efectos nocivos del estrés; por lo que es necesario mencionar los estilos de afrontamiento para ubicar las estrategias cognitivas y conductuales más favorables al mantenimiento del bienestar del individuo.

2.6.1. Definición.

Los primeros en utilizar el término fueron Lazarus y Cohen (1979), quienes lo definieron como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas e internas o los conflictos entre ambas, que son valoradas como excesivas para los recursos del individuo.

Para Meichenbaum y Jaremko (1987), el afrontamiento es una constelación de múltiples conductas que se extienden en el tiempo y cambian adaptándose a las exigencias situacionales, por ello todo programa de control de estrés debe ser lo suficientemente diverso y flexible.

Años más tarde, Manassero, et al. (2003), ampliaron el concepto del afrontamiento y lo refieren como las conductas, los conocimientos, habilidades, técnicas, experiencia, relaciones, pensamientos y actividades que las personas ponen en marcha de una manera espontánea o intuitiva, para evitar, reducir o eliminar el estrés y sus consecuencias en una situación concreta. Y también coinciden con Lazarus y Folkman (1984) en que el afrontamiento tiene dos funciones básicas: modificar la situación o acontecimiento estresante (afrontamiento al problema) y regular los estados emocionales evocados por la situación o acontecimiento estresante (afrontamiento centrado en la emoción), donde añaden el tratamiento de las cogniciones, percepciones y reacciones psicósomáticas causadas por el estrés.

De esta manera, para la teoría interaccionista el afrontamiento se caracteriza por su carácter procesual y su justificación en términos de las interacciones entre la persona y la situación (Rodríguez, 1991); aunque también es necesario reconocer las diferentes tácticas para contrarrestar el estrés.

2.6.2. Tipos de estrategias de afrontamiento.

Las respuestas psicológicas asociadas al estrés están relacionadas con las emociones, cogniciones y conductas que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo (Nieto, et al. 2004; Decenzo y Robbins, 2001).

Así, para enfrentarse a las situaciones estresantes el individuo necesita conocer los recursos con los que cuenta para facilitar su adaptación ante las exigencias de los diversos contextos en los que se desenvuelve, mismos que se pueden encontrar agrupados en tres categorías:

1) *Personales*: se refieren a las acciones paliativas y directas, cuyas actividades están relacionadas con la planificación de actividades, organización del tiempo, establecimiento de prioridades, expresión de sentimientos, intentar decir no a demandas innecesarias, desarrollar expectativas realistas, actividades individuales relajantes (cultivar aficiones, hacer ejercicio), pensar objetiva y positivamente sobre la situación e intentar tener las emociones bajo control. 2) *Interpersonales*: comprenden todo tipo de actividades de apoyo social y relación fuera de los contextos estresantes para obtener consejo y asesoramiento que permitan reflexionar sobre las circunstancias, destacándose el hablar sobre las experiencias tanto positivas como negativas con alguien (amigos, pareja, familia, etcétera), relacionarse con personas externas y/o neutras a la situación e involucramiento en actividades sociales, y 3) *organizacionales* se refieren al apoyo que se puede obtener de los compañeros, los superiores o los veteranos en los cursos de formación (Manassero, et al. 2003).

Ordinariamente el afrontamiento de situaciones de estrés se desarrollará en forma de respuestas más o menos específicas, según la historia de aprendizaje del individuo, con lo cual la utilidad o ineficacia de éstas vendrá determinada por sus consecuencias; por lo tanto, las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas, las primeras reducen el estrés al mismo tiempo que promueven estados de salud a largo plazo, mientras que las desadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero con importantes deterioros para la salud a largo plazo y en la mayoría de los casos el valor adaptativo de una estrategia depende del tipo de situación y las circunstancias en que se aplica (Buceta, et al. 2001).

También es importante saber que para enfrentar el estrés de manera objetiva y eficaz es necesario abordar el problema, evitar que éste controle a la persona, realizar una descarga emocional, tomar medidas preventivas, prepararse para abordar mejor la situación y emplear los recursos familiares; condiciones que integran las etapas del afrontamiento para evitar los efectos negativos del estrés.

Una vez que se conocen los estilos de afrontamiento ante el estrés, se facilita la adaptación a las exigencias del medio, sin olvidar la diversidad de estresores ante los que se enfrentan las personas en su cotidianeidad para facilitar su manejo y siendo el ambiente laboral uno de los espacios donde se pasa más tiempo, consideramos necesario abordar en el siguiente capítulo un tipo de estrés crónico llamado *síndrome de burnout*, mismo que tiende a conceptualizarse en castellano como *síndrome de quemarse por el trabajo*, caracterizado por insertarse en ámbitos donde se realizan funciones asistenciales, se mantiene un contacto directo con la gente y puede resultar muy desgastante para el personal sanitario ocasionándole efectos negativos en su actividad diaria.

CAPITULO III

UNA FORMA ESPECIAL DEL ESTRÉS: SINDROME DE BURNOUT.

Uno de los ambientes donde más interacciones puede tener un ser humano es el trabajo, pues es un lugar donde pasa gran parte de su vida y por lo tanto se convierte en un sector donde los riesgos abundan, se exige un máximo esfuerzo relacionado con las cargas excesivas de trabajo, conflictos con jefes y compañeros, expectativas falsas acerca de los beneficios que les puede reportar el empleo, condiciones físicas inadecuadas, manejo de tecnología para la que no se está capacitado; con ello, los efectos negativos no se hacen esperar y se ven reflejados en el desempeño, lo que repercute directamente en la estabilidad de la organización, impactando sobre la salud del empleado y las interacciones en su medio familiar y social (Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca, 1997; Silverio, 1998).

Entonces la tensión prolongada es un fenómeno multifacético resultado de variables personales y organizacionales que se pueden definir como una interrelación entre el estrés emocional crónico con cansancio emocional físico, disminución en la productividad y la deshumanización de los puestos de trabajo (Decenzo y Robbins, 2001).

Por ello surge la necesidad de estudiar una de las alteraciones derivadas del estrés laboral, conocida como síndrome de quemarse por el trabajo o burnout, el cual surgió en la literatura psicológica de los Estados Unidos a mediados de 1970 (Gil, 2005).

La etiqueta de burnout se debe a Herbert Freudenberger, psicólogo clínico neoyorquino, quien después de haber laborado en una clínica psiquiátrica para toxicómanos en Nueva York, observó que al año de trabajar la mayoría de los

voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, aunado a la desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (Manassero, et al. 2003).

A partir de su surgimiento, el término burnout se ha traducido literalmente como *estar agotado o quemado*, además de ser característico en las profesiones de ayuda (helping professions), es decir, de aquellas profesiones que consisten principalmente en ofrecer servicios humanos directos y de gran relevancia para el usuario (Buendía, 1993).

Actualmente se pueden encontrar al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el fenómeno, mismas que pueden ser clasificadas en tres grupos (Gil, 2005):

- Primer grupo: Incluye las designaciones que toman como referencia la traducción en castellano del término original anglosajón Burnout y se destacan las del síndrome de quemarse en o por el trabajo, síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, estar quemado, quemazón profesional (Sánchez, 2001; Guerrero y Vicente 2001).
- Segundo grupo: Abarca aquellas que optan por una vía alternativa a la traducción literal y se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra o el contenido de la patología, en lugar de una traducción más o menos literal del término anglosajón; de manera que junto al término original emplean los calificativos de desgaste psicológico por el trabajo, desgaste ocupacional, desgaste profesional, agotamiento profesional y síndrome de cansancio emocional.
- Y en el último grupo: Se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral, y por tanto es posible llamarlo estrés

crónico laboral asistencial, estrés laboral asistencial, estrés profesional o estrés laboral (Le y Bertoch, 1999).

También es necesario señalar que para Gil (2005) el burnout es causado por el entorno laboral y no por el profesional, por lo que recomienda usar el término de síndrome de quemarse por el trabajo para evitar estigmatizar al trabajador, al tiempo que se previene el desarrollo de posibles sentimientos de culpa o de vergüenza ante lo que le está ocurriendo; además facilita la identificación de sus síntomas y el establecimiento del diagnóstico.

Y dada la pluralidad de los términos utilizados para denominar el síndrome, consideramos la necesidad de abordarlo en nuestro trabajo bajo su denominación original y a su vez la recomendada por Gil para evitar confusiones sobre el fenómeno que estamos abordando: *burnout*.

3.1. Definición.

Su pionero Herbert Freudenberger, lo describió como un conjunto de síntomas físicos y psíquicos sufridos por el personal sanitario resultado de las condiciones de trabajo y que se caracteriza por la presencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés hacia la actividad laboral como consecuencia de ese contacto diario con el trabajo (Guerrero y Vicente, 2001; Manassero et al. 2003 y Gil, 2005).

Más adelante, se fue especificando su conceptualización a través de dos perspectivas, la clínica y la psicosocial; la primera está orientada al diagnóstico y entiende al síndrome de quemarse por el trabajo como un estado de agotamiento emocional, físico y mental al que el sujeto llega como resultado de la implicación con personas en situaciones emocionalmente demandantes y por lo tanto se considera como una consecuencia del estrés laboral, aunado a un estado de baja realización personal en el trabajo (bajo logro o realización profesional), niveles

altos de agotamiento emocional y despersonalización, concibiendo a los factores laborales y organizacionales como sus condicionantes o antecedentes (Buendía, 1993; Guerrero y Vicente, 2001; Gil, 2005).

Desde la perspectiva psicosocial el síndrome comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales como resultado de un proceso que se desarrolla debido a la discrepancia percibida entre el esfuerzo (entrada) y la recompensa (salida), que es influida por factores organizativos, individuales y sociales (Guerrero y Vicente, 2001), tal aproximación es útil para entender cómo se inician y progresan sus etapas; durante este proceso la falta de preparación de los profesionales de ayuda para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo, los lleva a la pérdida del compromiso con el que iniciaron su profesión (Gil, 2005). Por tanto, se puede entender como una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes no deseables hacia el trabajo, las personas y el rol profesional (Gil, García y Caro, 2008).

Entonces se puede decir que existe consenso sobre la consideración de que el síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una alta incidencia en los profesionales del sector servicio, especialmente en las actividades de ayuda a las personas, debido a las particularidades de la relación entre el profesional y el cliente, pues por regla general se trata de una relación íntima con un fuerte componente afectivo y emocional, aunado a experiencias subjetivas internas que conllevan al deterioro cognitivo del individuo (en especial de su autoevaluación profesional), de sus afectos, emociones, actitudes hacia el cliente y el contexto laboral; por tanto, el síndrome de quemarse por el trabajo es una entidad nosológica diferente de otras variables o patologías psicológicas existentes en el ámbito laboral como la depresión, la ansiedad y la fatiga (Gil, 2005).

3.2. Características.

Debido a que el síndrome de burnout es un fenómeno vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo, se han especificado los criterios para diferenciarlo de otras alteraciones psicológicas que también surgen en los contextos laborales; aunque todavía no existe un consenso en relación a sus características ni al tipo de profesionales que lo presentan, por tanto se mencionarán las más representativas al respecto.

Las primeras investigaciones sobre la secuencia de las dimensiones fueron a inicios de 1980 siendo Maslach la pionera en referir que el burnout comienza con el *agotamiento emocional* al que define como la falta de recursos emocionales, sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona, llegando a tener manifestaciones físicas y psíquicas; la segunda dimensión en aparecer es la *despersonalización* donde se desarrollan actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, y concluye en un *bajo nivel de realización personal* entendido como la percepción de obstrucción de las posibilidades de obtener logros propios en el trabajo, con lo que disminuyen las expectativas personales e implica una autoevaluación negativa donde se incluyen el rechazo de si mismo y hacia sus logros; por lo que surgen sentimientos de fracaso y baja autoestima (Maslach, 1982 citada en Gil, 2005). Esta concepción relacionada con la secuencia de las características del síndrome fue retomada después por Leiter (1989, citado en Buela y Caballo, 1991); aunque a fines de esa misma década Maslach y su colaboradora Jackson revocan su planteamiento refiriendo a la despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal como tres aspectos que se manifiestan de manera independiente en el burnout (Maslach y Jackson, 1986 citadas en Guerrero y Vicente, 2001).

Más tarde autores como Buela y Caballo (1991); Sánchez (2001) y Gil (2008) retoman las mismas dimensiones expuestas por Maslach, sin embargo, existen algunas diferencias en la denominación de la realización personal en la

propuesta de Sánchez ya que la concibe como inadecuación profesional y la considera como una variable continua presentada en niveles bajos, moderados o altos cuyo proceso es cíclico y puede repetirse varias veces en el tiempo con la posibilidad de desencadenar depresión; a su vez conceptualiza a la despersonalización como una estrategia de afrontamiento para protegerse del agotamiento emocional generando aislamiento, pesimismo y sentimiento de culpa por el modo en que ha tratado a los solicitantes de su servicio, sus compañeros y a sí mismo. Para Buela y Caballo en el agotamiento emocional las alteraciones físicas y psíquicas pueden aparecer de manera aislada o al mismo tiempo; en relación a la despersonalización la consideran como una manifestación específica del estrés en las profesiones asistenciales y sostienen que puede originar actitudes negativas sobre sus actividades laborales y acompañarse de un incremento en la irritabilidad, así como pérdida de la motivación hacia el mismo; finalmente conciben a la falta de realización personal como la aparición de respuestas negativas hacia sí mismo y a su trabajo, típicas de la depresión (moral baja, evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y pobre autoestima).

Sobre el surgimiento de las etapas del síndrome de burnout, Gil (2008) refiere primero la aparición de la falta de realización personal en el trabajo paralelamente con el agotamiento emocional y el surgimiento posterior de la despersonalización como estrategia de afrontamiento; este mismo autor en el 2005 sostenía que el burnout no sólo podría ser una alteración exclusiva de los profesionales de ayuda o del sector servicios dada la presencia de situaciones de acoso psicosocial en otros sectores, pero recientemente ha reconocido la importancia de validar modelos del fenómeno mediante investigaciones con la población sanitaria. Al respecto, Sánchez (2001) menciona que el síndrome de burnout afecta sólo al personal sanitario, mientras que el “síndrome de quemamiento profesional” puede llegar a afectar a funcionarios, personal de oficina o ejecutivos sometidos a un trabajo muy estresante; sin embargo, esta diferencia nominal es arriesgada ya que no cuenta con un sustento empírico que

especifique las características de cada uno, además de que puede ocasionar confusiones en su uso pues se reconoce que en ambos casos se presentan indicadores de altos niveles de estrés.

Retomando las dimensiones del síndrome, Pines y Aronson (1988, citados en Guerrero y Vicente, 2001) difieren de la propuesta de su pionera y proponen la división en tres tipos de agotamiento (físico, emocional y mental) para explicar el burnout, basados en un modelo motivacional individual y clínico; mismos que explicaron de la siguiente manera: *agotamiento físico*, se manifiesta en forma de cansancio y fatiga crónica provocando alteraciones en el sueño; *agotamiento mental*, reconocido por pérdida del autoconcepto, sentimientos de fallo personal, desarrollo de actitudes negativas hacia el contexto social de trabajo y el *agotamiento emocional*, emerge cuando se siente emocionalmente exhausto, desilusionado, triste, deprimido y resentido por la imposibilidad de resolver los problemas y/o la indiferencia ante los mismos.

3.3 Posibles causas.

En los contextos laborales los individuos están expuestos a un gran número de variables relacionadas con la estructura y normas organizacionales, los aspectos culturales, económicos, ocupacionales, educacionales e individuales que en su conjunto o de manera aislada pueden alterar su estabilidad biopsicosocial.

Al manejar las posibles causas de burnout se encuentran con frecuencia el aburrimiento, las crisis en el desarrollo de la carrera profesional, percepciones económicas bajas, sobrecarga de trabajo, falta de estimulación, pobre orientación profesional, aislamiento, así como aspectos cognitivos relacionados con las bajas expectativas de refuerzo y altas probabilidades de castigo, decremento en la posibilidad de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional e incluso se ha asumido el paradigma de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno burnout (Buela y Caballo, 1991; García, 2001).

De esta manera puede entenderse que son múltiples las causas que intervienen en el surgimiento del fenómeno, por lo que Álvarez y Fernández (1991, citados en Sánchez, 2001) destacan las más relevantes:

- Los motivos ideológicos que impulsaron a elegir su profesión.
- Aumento de exigencias emocionales que son demandadas por pacientes y familiares en su trato directo.
- Naturaleza de la enfermedad de los pacientes, ya que a veces hace enfrentarse a éstos y a sus cuidadores con un fracaso terapéutico, o con un mal pronóstico.
- Exceso de trabajo y alta presión para realizarlo.
- Escaso apoyo laboral.
- Variables personales de los individuos. Los trabajadores que se sienten más responsables de la curación de sus pacientes, resultan ser vulnerables al desarrollo de alguna sintomatología.
- Variables de entrenamiento profesional por la falta de formación práctica en escuelas y universidades para el personal que se inicia en el ámbito laboral.
- Inexistencia de aprendizaje de técnicas de autocontrol, pues no se conocen por parte del personal sanitario técnicas de autocontrol emocional y manejo de la ansiedad.
- Falta de información, ya que a veces el personal sanitario desconoce el funcionamiento de las organizaciones en las que va a desarrollar su trabajo.

Siguiendo con las causas detonantes del burnout, De las Cuevas (1996, citado en Sánchez, 2001), especifica las siguientes:

- Factores culturales: aumento de exigencias emocionales y profesionales, escasa confianza en personal sanitario, críticas al sistema, la insuficiencia de los recursos y presupuestos.
- Factores ocupacionales: ambigüedad y conflicto de roles en el puesto de trabajo, ausencia de criterios en la valoración de logros y objetivos, reducidas posibilidades de promoción, escaso apoyo y reconocimiento de la comunidad.
- Factores individuales o de personalidad: existen determinadas personalidades que son más vulnerables al estrés laboral, como las obsesivo-compulsivas, dependientes, pasivo-agresivas y personalidad de tipo A.

Otras variables que han contribuido al desarrollo de la frecuencia e intensidad con la que el síndrome de quemarse por el trabajo aparece en la actualidad es la demografía poblacional, misma que se ha visto afectada por los movimientos migratorios que suponen cambios en la composición étnica de la población, haciéndola más heterogénea y obliga a trabajar con personas de diferente cultura, dificultando la comunicación, el entendimiento, la colaboración entre trabajadores, clientes y desarrollo de actitudes negativas hacia ellos, además de la masificación en la atención, el rápido avance tecnológico, la lentitud con la que las administraciones dan respuesta a los problemas, las agresiones físicas y verbales por parte de los pacientes y familiares, la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de control sobre los resultados, conflictos interpersonales, contagio del síndrome entre compañeros, la autoeficacia percibida del individuo sobre su capacidad de organizar y realizar las conductas necesarias para alcanzar los resultados deseados, conducta de ayuda, variables sociodemográficas, además de la regulación conductual y afectiva ya que está sujeta a las normas organizacionales o creencias individuales detonantes del desgaste emocional por tanto requieren de un esfuerzo adicional para su control (Gil, 2005).

Las expectativas de realización y organizacionales del profesionista también pueden estar implicadas en el desarrollo del burnout; las primeras están relacionadas con lo que éste podría lograr al estar frente a los clientes o la habilidad que tenga para tratarlos y las segundas hacen referencia a la naturaleza del trabajo y el sistema dentro del cual opera el individuo; de estas dos se considera que las de logro son más importantes para causar burnout (García, 2001)

Finalmente y como ya se ha mencionado, el personal encargado de impartir cuidados a enfermos graves o incapacitados, por motivo de su trabajo, se encuentra sometido a una tensión emocional crónica, por tanto pueden ser candidatos a desarrollar el síndrome (Sánchez, 2001).

3.4 Síntomas.

En la literatura se pueden encontrar más de cien síntomas asociados al síndrome, mismos que influyen negativamente sobre los afectos, emociones, cogniciones, actitudes, conductas y el sistema fisiológico del individuo (Gil, 2005), por lo que es relevante conocer la variedad de alteraciones que pueden aparecer cuando se desarrolla burnout, para facilitar su identificación y diagnóstico.

Resulta difícil especificar la sintomatología del burnout porque no presenta indicadores definitorios, debido a que clínicamente pueden manifestarse un gran número de síntomas o bien sólo unos pocos en un sujeto, relacionados con los siguientes grupos (Sánchez, 2001):

1. Emocionales. Son los más frecuentes y característicos, destacándose la sensación de desánimo y aburrimiento o hastío, ansiedad, depresión, disforia, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional o deseos de abandonar el trabajo.

2. *Físicos o psicosomáticos*. Son más sutiles porque incluso el propio afectado no suele relacionarlos con el padecimiento; así pueden aparecer astenia crónica, cefalea, mialgia, insomnio, molestias gastrointestinales inespecíficas (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones menstruales o disfunción sexual.

3. *Comportamentales*. Pueden tener consecuencias funestas para el individuo que los presenta y para las personas que le rodean, debido a que están relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de drogas, fármacos y alcohol, tendencia o conducción suicida, ausentismo laboral, irritabilidad, actitudes de cinismo o sarcasmo.

Por su parte Rice (1992, citado en García, 2001) añade dentro de las *manifestaciones psicológicas* a la tensión, confusión, enojo, resentimiento, contención de sentimientos, comunicación inefectiva, alienación, disminución de la satisfacción en el trabajo y en el funcionamiento cognitivo, falta de espontaneidad y creatividad, e incluye dentro de los *síntomas físicos*: el incremento de la secreción de adrenalina y noradrenalina, heridas corporales, fatiga física, problemas cardiovasculares o de la piel, cáncer, tensión muscular, incremento en la sudoración, defunción; y en los *conductuales* destaca la reducción de la productividad y el desempeño, incremento en las visitas al servicio médico, agresión, vandalismo, robos, deterioro en las relaciones familiares o con los amigos. Mientras que Paine (1982, citado en Gil, 2005) incluye en los físicos la aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo; en los emocionales al agotamiento, la paranoia y el surgimiento de ideas irracionales (sentirse atrapado, miedo a volverse loco, sensación de impotencia, frustración y fracaso) y en las alteraciones del comportamiento a las aparición de conductas de riesgo o hiperactivas, aislamiento, indiferencia y frialdad hacia las personas que atiende, así como cambios actitudinales en las creencias y valores.

También es importante mencionar que en ocasiones puede aparecer lo que se conoce como hipertrofia de hobbies, donde existe una excesiva dedicación

al estudio para liberarse de la rutina, pseudoausentismo cuya finalidad es limitar el número de horas reales en el puesto de trabajo; conductas que se alejan de la clínica típica del burnout con la consiguiente dificultad de establecer los criterios diagnósticos para considerar su padecimiento, siendo necesaria la presencia de uno o dos síntomas físicos, emocionales y comportamentales, y por supuesto, el individuo debe encontrarse dentro de los grupos y condiciones laborales de riesgo (Guerrero y Vicente, 2001).

Por otro lado, Gil (2005) realiza una taxonomía alterna de la sintomatología, aunque su contenido no varía mucho de las ya propuestas (ver tabla 1).

SINTOMAS COGNITIVOS	SINTOMAS AFECTIVO EMOCIONALES	SINTOMAS ACTITUDINALES	OTROS SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse contrariado • Sentir que no valoran su trabajo • Percibirse incapaz para realizar las tareas • Pensar que no puedes abarcarlo todo • Pensar que se trabaja mal • Falta de control • Verlo todo mal • Todo se hace una montaña • Sensación de no mejorar • Inseguridad • Pensar que el trabajo no vale la pena • Pérdida de la autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo • Irritabilidad y mal humor • Disgusto y enfado • Frustración • Agresividad • Desencanto • Aburrimiento • Agobio • Tristeza • Depresión • Desgaste emocional • Angustia • Sentimientos de culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de ganas de seguir trabajando • Apatía • Irresponsabilidad • Estancamiento • Pasar de todo • Estar harto • Intolerancia • Impaciencia • Quejarse por todo • Evaluar negativamente a compañeros • Romper con el entorno laboral • Ver al paciente como un enemigo • Frialdad hacia los pacientes • No aguantar a los pacientes • Indiferencia • Culpar a los demás de su situación. 	<p><i>CONDUCTUALES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • No colaborar • Contestar mal • Enfrentamientos <p><i>FISICOS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio

Tabla 1. Principales síntomas psicológicos del síndrome de quemarse por el trabajo.

Por último, cabe resaltar que la repercusión de la sintomatología sobre la salud del profesional y en los resultados de la organización puede variar en función de las características individuales y de los estilos de afrontamiento utilizados (Gil, 2005).

3.5 Evaluación y tratamiento del Síndrome de Burnout.

Dado que los síntomas del síndrome de quemarse en el trabajo son dimensiones independientes, su evaluación, prevención y tratamiento dependerán de las dimensiones alteradas en cada individuo.

Así, para realizar la medición de las alteraciones características del burnout, Pines y Aronson (1988); Maslach y Jackson (1997); Guerrero y Vicente (2001), proponen los instrumentos que se presentan en la siguiente tabla:

INSTRUMENTO	VARIABLES QUE EVALÚA	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • The Staff Burnout Scale for Health Professionals (S.B.S.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción en el trabajo • Tensión psicológica e interpersonal • Consecuencias negativas del estrés • Relaciones no profesionales con los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Fue diseñada para profesionales de la salud, pero también ha sido aplicada a policías y personal de seguridad.
<ul style="list-style-type: none"> • Medida del síndrome de quemarse en el trabajo o burnout (Burnout measure, BM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tedio como consecuencia de burnout 	<ul style="list-style-type: none"> • No se refieren
<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de burnout de Maslach (MBI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional • Despersonalización • Logro personal 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> • The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (G.N.B.I.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos acerca del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha utilizado para evaluar a directores y en entornos empresariales.

<ul style="list-style-type: none"> • Meier Burnout Assesment (M.B.A.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza y explica las respuestas cognitivas del burnout 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido poco empleada.
<ul style="list-style-type: none"> • Matthews Burnout Scale for Employees" (M.B.S.E.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes hacia el trabajo • Ajuste de rol • Locus de control • Estrategias de coping • Ajuste personal • Temperamento 	<ul style="list-style-type: none"> • No se refieren

Tabla 2. Instrumentos que evalúan burnout

Como puede verse existen varios instrumentos que facilitan la detección del síndrome de burnout, sin embargo, en la mayoría de los estudios se ha utilizado el inventario de Maslach (Gil, 2005) y nuestro país no ha sido la excepción al investigar la presencia del mismo con la población sanitaria.

Además es importante reconocer que la evaluación y detección de las alteraciones causadas por el síndrome de burnout mediante alguno de los instrumentos diseñados facilitará la elección del tratamiento más adecuado con la finalidad de modificar su impacto negativo, al respecto Sánchez (2001) recomienda incidir en lo siguiente:

- Cambiar la conducta individual: Cuyo objetivo es mejorar la calidad del trabajo introduciendo pequeños cambios en el mismo, para decrementar el nivel de estrés laboral, haciéndolo más llevadero y eficiente. Al respecto, Maslach (1976, citada en Sánchez, 2001) propone el aprendizaje de estrategias relacionadas con el establecimiento de objetivos realistas (es decir, específicos, factibles y acordes a la capacidad y limitaciones propias); hacer pausas en la jornada laboral para tener la oportunidad de relajarse o reposar; cuidar de sí mismo; reconocer los aspectos positivos del quehacer diario; separación del trabajo de la vida privada y si es necesario cambiar de trabajo.

- Realizar modificaciones en la conducta social: En este ámbito se remarca la solidaridad con los compañeros, la elección del manejo más eficaz que permita afrontar a un paciente percibido como estresante, aunado a la integración de grupos, ya que estos tienen más fuerza que el individuo a nivel social y son un buen mecanismo para defender los derechos e intereses del personal sanitario, cuando se vean afectados.
- Reformas del sistema sanitario o institucional: En éstas se recomienda la consideración de los recursos disponibles, división equitativa del trabajo, respeto del tiempo libre y períodos de descanso, fomentar una relación positiva entre los trabajadores y sus jefes, implementar programas de recompensa y establecer protocolos de trabajo en equipo.

De manera complementaria Zambrano y Ceballos, (2007; sección tratamiento-intervenciones. Párrafo 1) recomiendan el uso de intervenciones psicosociales dentro del tratamiento, como:

- Fomentar la educación general. Consiste en la presentación formal de información como lecturas y/o presentaciones (sin discusiones) relacionadas con el padecimiento.
- Formación de grupos de debate, donde se incluyan discusiones individuales y de grupo entre los pacientes y el facilitador.
- Formación de grupos de apoyo, conformados por personas con las mismas características, que dialoguen y discutan entre ellos situaciones referentes a sus alteraciones.
- Entrenamiento en habilidades sociales a través del juego de roles, modelamiento, ensayos, entrenamiento en asertividad o en comunicación verbal y no-verbal.

- Incrementar apoyo social, mediante la enseñanza de habilidades de interacción entre la familia con énfasis en la reducción del aislamiento social.
- Planeación de actividades sociales. Incluyen conductas relacionadas con interacciones extralaborales (por ejemplo comidas, excursiones, ejercicios en grupo).
- Entrenamiento en solución de problemas. Son estrategias encaminadas a mejorar la respuesta ante los estresores que implica el trabajo, a fin de disminuir sus consecuencias negativas.
- Terapia cognitiva. Cuya finalidad es modificar cogniciones relacionadas con el tipo de creencias más frecuentes respecto a la situación estresante.
- Entrenamiento en habilidades de autocontrol. Tipo de intervención en la que se utilizan técnicas como la distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, autoinstrucciones.
- Terapia de conducta. Incluye programas en los que se aplican principios de la teoría del aprendizaje que ayudan al establecimiento de metas, elaboración de contratos de cumplimiento; así como el uso de reforzadores.
- La psicoterapia, ya sea a nivel individual o grupal.

Una vez que se conocen los instrumentos de evaluación y las estrategias de tratamiento, se podría realizar una detección oportuna del síndrome que permitiría disminuir los efectos nocivos en la persona que lo presenta mediante la elaboración de un tratamiento adecuado a sus necesidades o bien identificar a la población vulnerable para incidir de manera preventiva sobre sus consecuencias negativas.

3.6. Consecuencias.

El síndrome de burnout constituye un grave problema de salud laboral, debido a que afecta negativamente tanto a la persona como a las organizaciones; por ende sus consecuencias pueden ser físicas, psicológicas y a nivel organizacional (Gil, 2005):

Entre las consecuencias físicas se destacan las cefaleas, migrañas, dolores musculares y de espalda, fatiga crónica, molestias gastrointestinales, úlceras, hipertensión, asma, urticarias y taquicardias, entre las más comunes.

En las psicológicas están la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, sensación de desamparo, sentimientos de inferioridad, desconcentración, comportamientos paranoides y/o agresivos. También se ha mencionado al sentimiento de culpa como consecuencia del síndrome, por su tendencia persistente al surgimiento de ideas irracionales relacionadas con las consecuencias de las decisiones tomadas; además de considerarse que ésta situación puede afectar hasta el punto de solicitar la baja laboral (Gil et al. 2008).

Y dentro de las relacionadas con la organización están la infracción de normas, disminución del rendimiento, pérdida en la calidad del servicio y/o de clientes, ausentismo, abandonos o bajas laborales, riesgo de accidentes y deterioro de la imagen institucional.

3. 7 Incidencia y prevalencia.

La incidencia del síndrome es importante en los grupos profesionales que prestan una función asistencial o social, ya que el deterioro en su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre los usuarios o clientes del servicio y sobre la sociedad en general, además la experiencia demuestra que a partir del nivel medio o alto en dos o tres de las dimensiones que lo caracterizan se

convierte en una patología que podría ser incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral (Gil, 2005).

También se han referido las siguientes características personales y condiciones de trabajo relacionadas con su incidencia y prevalencia (Almendro y De Pablo, 2001. Sección etiología del burnout, párrafo 2):

- 1) Inicio de la práctica profesional, ya que se considera que puede existir un periodo de vulnerabilidad en los primeros años de carrera profesional por ser un periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas sobre las recompensas personales, profesionales y económicas, pues en ocasiones no son las prometidas ni las esperadas.
- 2) Respecto al sexo las mujeres son el grupo más vulnerable, quizá por razones diferentes relacionadas con los roles de género como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar; así como la elección de determinadas especialidades profesionales que postergan la satisfacción del rol femenino en diversos contextos.
- 3) El estado civil, porque las personas casadas o que conviven con parejas estables (en ambos casos con o sin hijos) pueden ser más resistentes al síndrome, pues generalmente tienden a ser personas maduras, estables y la implicación familiar en sus diversas funciones les facilita la capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales con la ayuda del apoyo familiar; mientras que en las personas que no tienen pareja estable o solteras se han encontrado altos niveles de cansancio emocional y despersonalización.
- 4) Rol de turnos y horario laboral, mismos que tienen mayor influencia en las enfermeras.

- 5) Antigüedad profesional, se ha encontrado una relación positiva con el desarrollo del síndrome entre los dos primeros años de carrera profesional y hasta los 10 años de experiencia.
- 6) Número de horas en las que se tiene contacto con los pacientes, además del salario percibido, cuando no cubre las expectativas económicas del personal; aunque no existe consenso al respecto.

Otra de las condiciones que se ha relacionado con la prevalencia del burnout es el ambiente laboral, donde la relación es entre personas, se requiere un alto compromiso que frustra cotidianamente las expectativas profesionales, se es sometido a fuertes presiones de aislamiento y menosprecio que pueden provocar desmotivación (Kyriacou, 1980; Pines, Arason y Kafry, 1981; Maslach y Jackson, 1982; Henderson, 1984; Smith, Birch y Marchant, 1984; Rosse, Jonson y Crow, 1991; Deckard, Meterko y Field, 1994, citados en Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, 2006, p.p. 15 y 16).

Considerando que la prevalencia e incidencia del síndrome se presenta en el personal encargado de brindar sus servicios a las personas, es relevante implementar medidas específicas que favorezcan la mejoría en la calidad de la atención que ofrecen.

3.8 Prevención.

Al hablar de prevención es necesario considerar el diseño de programas cuyo objetivo sea evitar o disminuir los riesgos en el desarrollo del burnout; para tal efecto Gil (2005) considera enfocarlos a **nivel interpersonal, organizacional, individual y en acciones sociales.**

Los procedimientos propuestos para la prevención desde el **nivel organizacional** son el rediseño de tareas, conocer y participar en los procesos de toma de decisiones, establecer objetivos claros para los roles profesionales,

implantar líneas claras de autoridad, mejorar las redes de comunicación organizacional, las condiciones de trabajo, el sistema de recompensas, la autonomía y la supervisión; aunado a la promoción de los profesionales siguiendo criterios claros, promover reuniones multidisciplinarias periódicamente, la formación de grupos de trabajo y flexibilidad laboral. A **nivel interpersonal** también se considera la integración de grupos de trabajo e interacción relacionada con estrategias de apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia y liderazgo; en el **nivel individual** se consideran las necesidades particulares sobre el afrontamiento del estrés y el entrenamiento en estrategias cognitivo-conductuales. Cabe especificarse que la integración de estos tres niveles como base en el diseño de programas preventivos no debe entenderse como excluyente o alternativa, sino como complementaria; además es necesario incluir un módulo en el que se explique qué es el síndrome, cómo y por qué aparece, su progreso, sus síntomas y considerar un cuarto nivel que incluya **acciones sociales** enfocadas a la difusión de los efectos e impacto negativo del síndrome (Gil, 2005).

Sobre la elaboración de programas también se ha recomendado incluir los relacionados con la socialización anticipatoria, retroinformación a los trabajadores sobre su rendimiento y el desarrollo organizacional, mismos que son especificados por Gil y Peiró (1997) de la siguiente manera:

- *Programas de socialización anticipatoria:* facilitan el desarrollo de estrategias constructivas en los profesionales para enfrentarse con las expectativas irreales que tienen sobre la profesión.
- *Programas de retroinformación:* deben considerar la información procedente de los clientes de la organización, de los compañeros, de los supervisores y de las personas a las que se supervisa.

- *El desarrollo organizacional (DO)* es un proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional y en los procesos sociales e individuales de la misma.

Por otro lado, Sánchez (2001), así como Guerrero y Vicente (2001), enfatizan las siguientes medidas preventivas:

- a) *Diagnóstico precoz del cuadro*: éste comúnmente lo realizan primero los compañeros, ya que el afectado suele estar más ocupado en los demás que en sí mismo; por lo tanto sus cambios de humor, de actitud hacia los otros y el trabajo los negará o les restará importancia.
- b) *Desmitificar la omnipotencia del personal sanitario y su profesión*: si bien es cierto que para trabajar con personas cuyas alteraciones son graves, se requiere de un espíritu altruista, también lo es el hecho de que no todas las demandas son solucionables.
- c) *Insistir en el tratamiento paliativo y sintomático*, debido a que en muchas ocasiones los tratamientos fracasan y entonces es necesario saber cómo hacer frente a esa eventualidad.
- d) *Organización de seminarios y jornadas informativas* impartidas por personal con experiencia, donde expresen sus problemas más importantes y agobiantes.
- e) *Aprendizaje de técnicas de comunicación y asertividad* para enfrentarse a reacciones de ansiedad, depresión o agresividad por parte de los enfermos o sus familiares.

f) *Proporcionar información legal*, para conocer las causas de denuncias, el modo de actuar ante las mismas y la legislación laboral (despidos, indemnizaciones).

g) *Enseñar técnicas de relajación y autocontrol*.

h) *Informar al estudiante y al profesional* antes de iniciar su práctica o ya inmerso en la misma, sobre la existencia del síndrome de burnout, las medidas de prevención y posibles soluciones.

Así, para asegurar el éxito ante las modificaciones necesarias se debe contar con el apoyo de la dirección, definir claramente los objetivos del programa, disponer de los recursos necesarios, elaborar un plan de acción, desarrollar tácticas y programas concretos, crear un clima favorable al cambio, involucrar a todos los trabajadores, asignar responsabilidades, tener en cuenta todas las variables que afectan o pueden ser afectadas por los innovaciones promovidas, anticiparse a los problemas que puedan surgir, realizar pruebas piloto, recurrir a agentes externos y evaluar continuamente el plan de acción implantado (Muñoz, 2003).

Asimismo es necesario considerar a nivel organizacional la sobrecarga de trabajo, las posibilidades de controlar el proceso del mismo, la probabilidad de establecer un sistema de recompensas materiales y sociales, la claridad en los procesos de la organización, la congruencia entre los valores individuales y organizacionales, aunado al sentido de pertenencia y existencia de apoyo social (Gil, 2005).

Finalmente Manassero et al. (2003), incluyen la realización de ejercicio físico, ejercicios de relajación, técnicas de biofeedback que consisten en la medición y conocimiento de las señales o indicadores provenientes de los distintos órganos o procesos biológicos para llegar a su control, sin embargo, no está

demostrada empíricamente su eficacia sobre el estrés. De igual forma es importante el empleo de técnicas relacionadas con la solución de problemas, detención del pensamiento, inoculación del estrés y la desensibilización sistemática.

3.9 Estudios del síndrome de burnout en profesionales de la salud.

Es importante señalar que existe evidencia empírica sobre la manifestación del síndrome de burnout en personal no sanitario que también mantiene un trato directo con la gente de manera constante como los profesores e investigadores (Silverio, 1998; Guerrero y Vicente, 2001; Magaña y Sánchez, 2008); sin embargo, ésta ha sido mínima comparándola con la existente en personal sanitario en cuya población se encuentran médicos, enfermeras, y dentistas, donde se han tomado en cuenta variables sociodemográficas, tipo de personalidad, clima laboral, factores organizacionales y apoyo social en diferentes poblaciones y países (Aranda, Pando y Pérez, 2004).

En gran parte de América Latina se desconocen los estudios relativos al síndrome, por lo que en Cuba y México apenas comienzan a desarrollarse; así las investigaciones realizadas en nuestro país además de retomar a las enfermeras, dentistas y médicos, integran a los psicólogos y utilizan como herramienta de evaluación el cuestionario breve de burnout, que se encuentra en su fase de validación, por lo que sólo se han realizado estudios a nivel exploratorio y descriptivo (Arita y Arauz, 1998).

En una investigación con 126 enfermeras del ISSSTE de Sinaloa, se encontró que el 10.7% de ellas presentó niveles significativos de estrés crónico, de las cuales el 42.9% reportaron por lo menos un síntoma con recurrencia frecuente o permanente, donde el dolor de cabeza, cuello y colitis fueron los síntomas y malestares más frecuentes (16.3%); las explosiones de ira y alergias en un 14.3% y en un nivel menor las enfermedades mayores como gastritis, tabaquismo,

taquicardia, comer demasiado, presión elevada, alteraciones del sueño, deseos de llorar y propensión a sufrir accidentes. Respecto a la prevalencia del burnout, 3.3% de las enfermeras mostraba cansancio emocional medio o alto; 39.3% despersonalización y 19.7% realización personal reducida (Arita, 2001).

Continuando con los estudios realizados con enfermeras, De los Ríos, Barrios, Ocampo y Avila (2007), indagaron los niveles de afectación del síndrome de *burnout* en 70 enfermeras del Hospital General de Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en San Luis Potosí; su estudio fue exploratorio de tipo transversal, donde se consideró como variable dependiente la evaluación del índice de afectación del síndrome estimado a través del cuestionario breve de *burnout*; mientras que la variable independiente fue delimitada por factores causales relacionados con la organización, ambiente, condiciones físicas, conductuales, emocionales, satisfacción laboral y familiar, así como algunos indicadores sociodemográficos; para ello se utilizaron las escalas de satisfacción familiar y laboral, cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) y un cuestionario para recopilar información sociodemográfica.

En sus resultados encontraron que dentro de los servicios el de urgencias presenta altos niveles de afectación en las tres dimensiones que integran el burnout, debido a una alta demanda de pacientes y familiares, espacios físicos reducidos, mobiliario incómodo, incorrecta ventilación, atender en un turno a más de 30 pacientes, exigencia en las demandas de pruebas de laboratorio y gabinete, aunadas a las propias del servicio. En cuanto a las áreas de cuidados intensivos, cirugía, medicina interna y diálisis se observaron niveles de afectación similares; entre los factores causales se destacan la falta de apoyo social por parte de jefes y compañeras de trabajo, malas relaciones interpersonales, falta de gratificación por parte de las supervisoras y se reitera el exceso de pacientes. Por otro lado, en los datos obtenidos en la escala de satisfacción familiar se identificó que la familia puede ser un mecanismo protector para prevenir el síndrome, mientras que en el cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) identificaron que la muestra

del estudio tenía un alto riesgo de presentar algún trastorno emocional causado por el síndrome de *burnout*. En cuanto a la probabilidad de que las variables sociodemográficas lleguen a ser factores de la incidencia de burnout, los resultados del análisis estadístico permiten concluir que la edad (mayores de 36 años), tener hijos (más de tres), antigüedad laboral (más de 15 años), realización de labores domésticas (arriba de 4 horas diarias), jornada laboral de 40 horas por semana y la atención de 20 pacientes por jornada, guardan relación significativa con la aparición de *burnout*.

En el estudio de Esquivel, Buendía, Martínez, Martínez y Velazco (2007) se buscó determinar la prevalencia del síndrome y su relación con factores que se le han asociado como causales; en éste se realizó un muestreo no probabilístico y se contó con la participación voluntaria de 145 médicos adscritos a un hospital de tercer nivel de atención médica (Unidad Médica de Alta Especialidad 71) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila, México; su diseño fue transversal y se les aplicaron el inventario de burnout de Maslach, la escala de Beck para la detección de la depresión y una encuesta sociodemográfica en la que se recopilaron datos relacionados con la edad, sexo, rama médica o quirúrgica de la especialidad, jornada mayor o menor de ocho horas, turno (diurno o nocturno), antigüedad laboral mayor o menor de 10 años, consumo de alcohol y tabaco, tener o no una pareja estable, hijos y/o deudas económicas y haber padecido o no depresión.

Dentro de las variables sociodemográficas analizadas, se aprecia que el síndrome de *burnout* se presenta en gente joven y con muchos años de productividad por delante (edad media en este estudio 42 años). El consumo de alcohol se presentó en más de 60% de la muestra, pero no se encontró asociación con la presencia de *burnout*; por otro lado, el turno nocturno, presentar depresión y no tener una pareja estable, sí fueron factores detonantes. Por lo tanto, concluyeron que la prevalencia del síndrome de *burnout* en este medio (26.2 %)

debe considerarse como elevada, ya que es un problema real y uno de los tantos caminos para llegar a la depresión.

López, González, Morales y Espinoza (2007), realizaron también un estudio con médicos donde se estableció como objetivo evaluar el síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas, mediante un estudio transversal, con una muestra aleatoria de 143 que posteriormente fue dividida en dos grupos, el de estudio estuvo conformado por 72 médicos residentes que trabajaban más de 80 horas a la semana y el de control lo integraron 71 que laboraban menos de esas horas, todos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz.

Para realizar la medición utilizaron la escala de burnout de Maslach y en sus resultados encontraron que el 51.1% de los médicos presentaba el síndrome, el 48.3% cursaba con falta de realización personal y profesional, lo que afectaba su desempeño y también se identificó que esa percepción se incrementaba a mayor número de guardias durante la semana (59.4%). Al analizar otras variables se encontró que el 68% presentaba disfunción familiar, la manifestación del síndrome en el 65.4% de los médicos con jornadas laborales mayores de 80 horas por semana, siendo la especialidad quirúrgica la más afectada (63.8%); sin embargo, no se pudo asociar con la edad, sexo y estado civil. De acuerdo a sus resultados concluyeron que las jornadas laborales prolongadas, tener tres o más guardias a la semana y la especialidad quirúrgica se asocian significativamente con la presencia del síndrome.

En otro estudio, se buscó identificar la prevalencia de estrés y síndrome de burnout entre los trabajadores de la salud del hospital ambulatorio de Guayana, Venezuela con 78 trabajadores seleccionados aleatoriamente, a quienes se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cuestionario de Epiestrés y el cuestionario general de salud de Goldberg, en el cual se identificó que un 10.3% presentaba un nivel medio del síndrome y un 6.4% obtuvo un nivel alto.

Concluyeron que el estrés y el síndrome de burnout no mostraron asociación estadística significativa con las variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil) y las laborales (turno y/o puesto ocupado). Sin embargo si fue factible reconocer la probabilidad de que los sujetos que percibían las situaciones estresantes de manera más objetiva y se ubicaron como estresados en el epístrés fueron más capaces de afrontarlo sin llegar a manifestar formas de estrés crónico como el síndrome de burnout (Pando et al. 2003).

En investigaciones referentes a los psicólogos, Ramírez (1999) realizó un estudio de tipo exploratorio donde aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) a un grupo de 70 psicólogos clínicos que laboraban en instituciones de salud mental y consultorios privados en México D.F. En sus resultados destaca que el psicoterapeuta mexicano está en riesgo de desarrollar el síndrome, ya que encontró que un 34.2% de la muestra obtuvo una calificación de burnout en un nivel medio; un 17.9% reveló mantener un contacto despersonalizado y el 17.9% de los casos en la escala de logro personal perciben que no están teniendo suficientes logros personales y profesionales en su trabajo; dentro del agotamiento emocional se obtuvo un nivel medio en un 32.8%, mientras que un 9.1% de los psicólogos que trabajan en consulta privada presenta un nivel alto de agotamiento y el 20.5% de los que laboran en alguna institución sufren el mismo nivel. Por lo tanto, en sus conclusiones destaca que las instituciones de salud mental proveen un ambiente laboral propenso para el desarrollo del síndrome en el psicólogo clínico, debido probablemente a situaciones como un alto nivel de burocracia, remuneración baja, falta de reconocimiento, aprecio y apoyo hacia el personal.

Ante la mínima referencia empírica que existe sobre la presencia del síndrome de burnout en los psicólogos clínicos, se consideró oportuno realizar una investigación con dicho profesional que presta sus servicios en el Sistema Municipal DIF Naucalpan mediante un estudio descriptivo que se expondrá en el siguiente capítulo.

METODOLOGÍA

El *estrés* es un término utilizado en el lenguaje coloquial que puede llegar a confundirse con otras alteraciones como la ansiedad, por ello es importante reconocerlo como la valoración que un individuo realiza ante las demandas excesivas del medio y los recursos con los que cuenta para afrontarlas, así cada persona experimentará la situación de acuerdo a la interpretación que realice sobre ésta, a diferencia de la ansiedad donde aparecen ideas irracionales generadas por temores sobre estímulos o situaciones que todavía no se presentan.

Uno de los ámbitos donde también suele emplearse la palabra *estrés* constantemente es el laboral porque la gran mayoría de las ocupaciones y profesiones no están exentas de considerarse como estresantes, ya que cada vez son más las actividades donde las exigencias pueden exceder las estrategias de afrontamiento del personal como es el caso de las meseras, cajeros, policías, cocineros, taxistas, secretarias, ejecutivos, enfermeras, profesores, médicos, trabajadores sociales, dentistas, investigadores y psicólogos por mencionar algunos.

Así mismo las condiciones de trabajo juegan un papel fundamental como detonantes del *estrés* por lo que en la actualidad se ha ido reconociendo al personal que labora en las instituciones sanitarias como una población vulnerable a presentar altos niveles de *estrés* crónico por las características demandantes requeridas en el servicio.

Y una de las alteraciones relacionadas con el *estrés* crónico y el personal que labora en el área sanitaria es el conocido *síndrome de burnout*, caracterizado por un bajo nivel de logro profesional, altos niveles de agotamiento emocional y actitudes de despersonalización, por ello en el presente estudio se explica la *investigación descriptiva* que se realizó con psicólogos clínicos que laboran en el

departamento de Atención Psicológica Integral del Sistema Municipal DIF Naucalpan, por ser un profesional encargado de promover el bienestar en los solicitantes de sus servicios, mediante el establecimiento de una relación empática que permita establecer procedimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento acordes a los diversos estados emocionales, crisis y/o generación de estados de contención, además de permanecer en contacto directo con el paciente por lo menos una vez a la semana hasta que se logre el desarrollo de las habilidades que favorezcan su estado psicológico.

- ***Población:***

Se trabajo con 21 psicólogos clínicos que prestan sus servicios en los Centros de Estudios y Terapias Especiales Altamira, Atenco, Colinas, Huertas, Luisa Isabel, Molino, Tecamachalco, Emiliano Zapata y del programa INFAM (Integración Familiar), todos adscritos al departamento de Atención Psicológica Integral (API), mismos que terminaron la Licenciatura en Psicología (titulados y pasantes), de ambos sexos y cuyas edades oscilan entre los 24 y 53 años.

- ***Escenario:***

La investigación se realizo en el comedor ubicado en las oficinas centrales del Sistema Municipal DIF Naucalpan, ubicado en el Estado de México.

- ***Criterios de selección:***

- ♦ Estar adscrito en el departamento de Atención Psicológica integral.
- ♦ Tener más de 6 meses laborando como psicólogo clínico en el departamento de atención psicológica integral.

- **Tipo de muestra:**

La *muestra* fue *no probabilística* pues la elección de los 21 participantes dependió de las características determinadas por las investigadoras y se denomina como *muestra de expertos* porque el fenómeno estudiado se enfocó exclusivamente en psicólogos clínicos e *intencional* por estar determinada a partir de los criterios de selección; cabe señalar que no hubo la necesidad de excluir o eliminar a ningún participante.

- **Tipo de estudio:**

El presente estudio es *descriptivo*, porque se analizó la manifestación del síndrome de burnout, la ansiedad, el estrés, aunado a las características personales y sociolaborales de los psicólogos clínicos

- **Diseño:**

El diseño fue *no experimental transeccional* porque no hubo manipulación intencional, se recolectaron datos en un solo momento y tiempo

- **Materiales:**

Se utilizaron 21 juegos de lápices, gomas, sacapuntas y 21 baterías que incluyeron el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (MBI), la Escala de Apreciación del Estrés (EAE), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y los cuestionarios de datos personales.

- **Objetivo General:**

Describir la presencia del síndrome de burnout, estrés, ansiedad, así como las características personales y sociolaborales de cada uno de los psicólogos.

- **Objetivos específicos:**

- ♦ Identificar el nivel de burnout en la dimensión de logro profesional de los psicólogos.
- ♦ Identificar el nivel de burnout en la dimensión de agotamiento emocional de los psicólogos.
- ♦ Identificar el nivel de burnout en la dimensión de despersonalización de los psicólogos.
- ♦ Identificar el nivel de ansiedad de los psicólogos.
- ♦ Identificar el nivel de estrés de los psicólogos.
- ♦ Identificar la manifestación simultánea de estrés, ansiedad y burnout de los psicólogos.
- ♦ Conocer las características personales y sociolaborales de los psicólogos que presentaron manifestaciones simultáneas de estrés, ansiedad y burnout.

- **Definición de variables:**

- ♦ *Síndrome de Burnout:* se considera como la manifestación de agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo.
- ♦ *Despersonalización:* son los sentimientos de dureza emocional, desapego, pérdida de capacidad de contacto, insensibilidad y empatía hacia los clientes y necesidades; es decir, la respuesta impersonal alejada y fría del profesional hacia sus pacientes.
- ♦ *Logro profesional o realización personal:* es la percepción de la satisfacción en sus habilidades y éxitos profesionales.

- ♦ *Agotamiento Emocional*: se refiere a sentirse emocionalmente exhausto y con una falta de energía provocada por el trabajo realizado.
- ♦ *Ansiedad*: es el desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de ideas irracionales sobre una situación que se percibe como amenazante.
- ♦ *Estrés*: es el proceso interaccional de la relación particular entre la persona y la situación que se presenta; así cuando la primera valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste se altera su bienestar.

- ***Instrumentos***:

Se elaboró un *cuestionario de datos personales y sociolaborales* (ver anexo 1), se emplearon dos inventarios el primero corresponde a el *Inventario de Burnout de Maslach y Jackson* (ver anexo 2) que consta de 22 ítems y mide la intensidad de las tres dimensiones que integran el burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional) y el segundo fue el *Inventario de Situaciones de ansiedad y Respuestas de Ansiedad* (ISRA, ver anexo 3) integrado por 3 subescalas y su finalidad es clasificar mediante 22 ítems el nivel de ansiedad cognitivo, fisiológico y motor; así como su relación con cuatro factores concernientes a situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, situaciones sexuales y de interacción social, situaciones fóbicas y situaciones habituales o de la vida cotidiana. Y por último se utilizó la *escala de apreciación del estrés* (ver anexo 4) integrada por las siguientes escalas:

- ♦ *Escala General del Estrés (EAE-G)*: consta de 53 ítems y su objetivo es determinar la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital concernientes a la salud, relaciones humanas, estilos de vida, asuntos laborales y económicos.

- ♦ Escala de Estrés Sociolaboral (EAE-S): tiene 50 enunciados y su función principal es el estudio del estrés en el ámbito laboral relacionado con el trabajo en sí mismo, el contexto laboral y relación del sujeto con el trabajo.
- ♦ Escala del Estrés en la Conducción (EAE-C): esta integrada por 35 ítems y su objetivo es conocer la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes en el proceso de la conducción de automóviles y la tendencia del sujeto a la ansiedad, irritación, tensión y nerviosismo. Las categorías que abarca son la relación con factores externos (físicos, ambientales y contexto), relación con uno mismo y relación con otros conductores.
- ♦ Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (EAE-A): consta de 51 ítems y evalúa la intensidad de estrés vivido como respuesta a los procesos estresantes relacionados sobre todo con la vida afectiva y sentimental, cuyas áreas son la salud, estado físico y psíquico, vida psicológica (afectiva-emocional), vida social y económica. Cabe señalar que esta escala se omitió porque no es apta para el rango de edad de la población estudiada y la calificación de las otras tres se puede realizar individualmente por lo que no se alteran los resultados.

El procedimiento para calificar el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (MBI), la Escala de Apreciación del Estrés (EAE) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) se explica en el anexo 5.

• **Procedimiento:**

Para llevar a cabo la investigación, se solicitó la autorización mediante una carta dirigida a la Señora Bethan Stone de Durán, Presidenta del Sistema Municipal DIF Naucalpan, posteriormente se realizó la invitación formal a cada uno de los psicólogos clínicos adscritos al departamento de Atención Psicológica Integral (API) a quienes se les explicó brevemente el objetivo de la investigación, así como la fecha, hora y lugar donde se efectuó la evaluación. Éstos se

presentaron puntualmente a la cita, se les entregaron los formatos de las pruebas individualmente en un sobre cerrado junto con un lápiz y goma, adicionalmente los participantes fueron exhortados a contestar lo más verídicamente posible, informándoles la confidencialidad en los datos que proporcionaron; después se les indicó que iniciaran respondiendo las instrumentos en el orden que se les entregaron y se les informó que tenían aproximadamente 120 minutos para responderlos, así mismo se les enfatizó la importancia de evitar la interacción verbal durante el tiempo que estuvieron respondiendo los instrumentos, sus dudas fueron aclaradas por las investigadoras y cuando concluyeron se les externó el agradecimiento a todos los participantes por su valiosa colaboración.

Una vez que se llevo a cabo el levantamiento de datos se realizó su vaciado y el análisis de los mismos, información que se presenta a continuación.

RESULTADOS

Antes de mencionar la información obtenida sobre los 21 psicólogos es necesario aclarar que los datos inicialmente se presentan a manera de porcentaje y el número del paréntesis corresponde a la frecuencia, así en el cuestionario de datos personales y sociolaborales se identificó que 76%(16) fueron mujeres y 24%(5) hombres, la edad promedio osciló entre los 26 y 31 años, la antigüedad laboral más recurrente fue de 1 a 2 años, en relación al número de hijos sólo 5 de los participantes refirieron tenerlos y el estado civil con mayor representación corresponde a los casados (ver tabla 1).

También cabe destacarse que 19%(4) de los psicólogos tienen otro empleo, el 29%(6) se encuentra estudiando y otro 19%(4) percibe inestabilidad laboral en la institución (ver tabla 2).

Sobre el enunciado relacionado con el ritmo de trabajo un 23.8%(5) consideró realizarlo muy rápido y 28.6%(6) percibieron efectuarlo rápidamente (ver tabla 3). En cuanto al grado de atención requerido en la jornada laboral 81%(17) se ubicó en el nivel alto y 19%(4) en el medio (ver tabla 4).

En relación al tiempo disponible para la realización de sus funciones el 33.3%(7) lo considera insuficiente (ver tabla 5), respecto a las condiciones de las instalaciones 57.1%(12) de los psicólogos las calificaron como malas (ver tabla 6).

En las frecuencias de respuesta sobre la percepción de sí mismos ante las funciones laborales, se observó que 81%(17) de los psicólogos a veces se presionan al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad y el 19%(4) entre casi siempre y siempre se presionan bajo la misma situación. En la participación de la definición acerca de los objetivos relativos a sus funciones 57%(12) siempre y casi siempre participan, mientras que un 42.8%(9) a veces o

nunca lo hace, por otro lado 85.7%(18) refirió contar con la información necesaria para realizar sus labores y el 14.2%(3) a veces cuenta con la misma, 71.3%(15) puede establecer siempre o casi siempre prioridades en el uso de su tiempo y 28.6%(6) a veces lo consiguen, el 66.6%(14) considera que hay lugar para la creatividad e iniciativa y un 33.4%(7) a veces o nunca están en condiciones de hacerlo (ver tabla 7).

SUJETO	SEXO	EDAD	ANTIGÜEDAD LABORAL (Años)	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS
A	Masculino	26	2	Casado	0
B	Femenino	29	5	Soltera	0
C	Femenino	40	9	Unión libre	1
D	Masculino	28	2	Casado	0
E	Femenino	40	6	Divorciada	0
F	Masculino	30	2	Casado	2
G	Femenino	24	1	Soltera	0
H	Femenino	50	5	Divorciada	2
I	Femenino	26	1	Soltera	0
J	Femenino	26	2	Casada	0
K	Femenino	50	8	Casada	3
L	Femenino	36	8	Soltera	0
LL	Femenino	36	7	Casada	0
M	Masculino	25	1	Casado	0
N	Femenino	31	1	Casada	0
N	Femenino	31	7	Soltera	0
O	Femenino	26	5	Soltera	0
P	Femenino	31	3	Casada	0
Q	Femenino	31	1	Casada	0
R	Masculino	28	2	Soltero	0
S	Femenino	36	1	Casada	1

Tabla 1. Datos generales más representativos de los psicólogos clínicos.

ENUNCIADO	SI % (Frecuencia)	NO % (Frecuencia)
Siento estabilidad en la institución que trabajo	81% (17)	19% (4)
Tengo otro empleo	19% (4)	81% (17)
Actualmente estoy estudiando	28.6% (6)	71.4% (15)

Tabla 2. Percepción de estabilidad laboral, doble jornada laboral y continuidad académica de los psicólogos

Mi puesto requiere trabajar a un ritmo:	
Respuesta	% (Frecuencia)
Muy rápido	23.8% (5)
Rápido	28.6% (6)
Regular	47.6% (10)

Tabla 3. Frecuencia de respuesta ante el ritmo de trabajo

Mi trabajo demanda un grado de atención:	
Respuesta	% (Frecuencia)
Alto	81% (17)
Medio	19% (4)
Bajo	0% (0)

Tabla 4. Frecuencia de respuesta ante el nivel de atención para realizar sus actividades

El tiempo disponible diario que tengo para realizar mis tareas es:	
Respuesta	% (Frecuencia)
Excesivo	4.8% (1)
Suficiente	61.9% (13)
Insuficiente	33.3% (7)

Tabla 5. Frecuencia de respuesta sobre el tiempo para realizar sus actividades

Las condiciones físicas de la institución para realizar mi trabajo son:	
Respuesta	% (Frecuencia)
Óptimas	9.5% (2)
Normales	33.3% (7)
Malas	57.1% (12)

Tabla 6. Frecuencia de respuesta sobre las condiciones de trabajo

En cuanto a la asunción de responsabilidad relacionada con el logro de objetivos institucionales el 28.5%(6) casi siempre y siempre se sienten responsables de alcanzarlos y 71.5%(15) sólo a veces o nunca. En lo que se refiere al reconocimiento de su desempeño por parte de sus superiores 38%(8) lo recibe siempre o casi siempre y 62%(13) a veces o nunca. Respecto a la identificación con los valores de la institución un 47.5%(10) casi siempre o siempre coincide con los valores personales y 52.5%(11) no coincide. En las relaciones interpersonales fuera del trabajo con compañeros 14.3%(3) refiere que las hay casi siempre o siempre y 85.7%(18) a veces o nunca las establecen (ver tabla 7).

En la realización de actividades recreativas fuera del horario laboral, 47.5%(10) las realiza siempre o casi siempre y 52.5%(11) mencionó efectuarlas a veces o nunca, ante la posibilidad de que el trabajo permita cumplir los objetivos personales de los psicólogos 71.4%(15) considera que siempre o casi siempre los satisfacen y 28.6%(6) a veces o nunca los cumplen. Por otro parte el 19%(4) considera casi siempre al trabajo como el centro de su vida y 81%(17) nunca o algunas veces lo perciben de ésta manera (ver tabla 7).

Concerniente al impacto físico de la actividad laboral 28.6%(6) refieren sentirse agotados físicamente al terminar su jornada laboral y 71.4%(15) a veces, 9.5%(2) casi siempre se levantan cansados para ir a trabajar y 90.5%(19) a veces o nunca se levantan en esas condiciones. En cuanto al agotamiento emocional ocasionado por el trabajo 19%(4) reportó encontrarse afectado casi siempre y 81%(17) a veces o nunca, de acuerdo a las actitudes de apatía e intolerancia 57%(12) reconoció manifestarlas a veces y 81%(9) nunca. Finalmente en el uso de los descansos dentro de la jornada laboral el 57%(12) mencionó que siempre o casi siempre los toma y un 43%(9) a veces hace uso de ellos (ver tabla 7).

ENUNCIADO	% (Frecuencia)			
	Casi siempre	Siempre	A veces	Nunca
Me siento presionado(a) al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad	14.2% (3)	4.8% (1)	81% (17)	0% (0)
Si los objetivos propuestos por la institución no son alcanzados me siento responsable	9.5% (2)	19% (4)	66.7% (14)	4.8% (1)
Los valores de la institución coinciden con los de mi vida personal	38% (8)	9.5% (2)	52.5% (11)	0% (0)
Traslado los problemas laborales a mi casa	0% (0)	0% (0)	71.4% (15)	28.6% (6)
Existen relaciones informales donde tengo contacto personal con mis compañeros de trabajo	9.5% (2)	4.8% (1)	71.4% (15)	14.2% (3)
Me siento agotado(a) físicamente al final de la jornada laboral	23.8% (5)	4.8% (1)	71.4% (15)	0% (0)
Cuando me levanto para ir a trabajar me siento cansado(a)	4.8% (1)	4.8% (1)	76.2% (16)	14.2% (3)
A causa de mi actividad laboral me agoto emocionalmente	19% (4)	0% (0)	66.7% (14)	14.2% (3)
En mi puesto hay lugar para la creatividad e iniciativa	33.3% (7)	33.3% (7)	28.6% (6)	4.8% (1)
Mi trabajo me permite cumplir con mis objetivos personales	42.8% (9)	28.6% (6)	23.8% (5)	4.8% (1)
Ultimamente soy apático e intolerante	0% (0)	0% (0)	57.1% (12)	42.9% (9)
Mis superiores reconocen mi trabajo	23.8% (5)	14.2% (3)	57.1% (12)	4.8% (1)
Tengo participación en la definición de los objetivos relativos a mis funciones	38% (8)	19% (4)	33.3% (7)	9.5% (2)
Cuento con información para realizar mi trabajo	52.4% (11)	33.3% (7)	14.2% (3)	0% (0)
Me tomo los descansos correspondientes dentro de la jornada laboral	38% (8)	19% (4)	42.8% (9)	0% (0)
Fuera del horario de trabajo realizo actividades recreativas (deportes, espectáculos varios)	33.3% (7)	14.2% (3)	47.6% (10)	4.8% (1)
Puedo establecer prioridades en el uso de mi tiempo	57.1% (12)	14.2% (3)	28.6% (6)	0% (0)
Siento al trabajo como el centro de mi vida	19% (4)	0% (0)	52.4% (11)	28.6% (6)

Tabla 7. Frecuencia de respuesta de los enunciados correspondientes a la autopercepción sobre las funciones, responsabilidades laborales y relaciones interpersonales en el trabajo, motivación así como el impacto físico, emocional y proyecto de vida en los psicólogos.

En el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (ver anexo 2), se encontró que 14.2%(3) de los psicólogos clínicos presentaron un nivel alto en la dimensión de agotamiento emocional; otro 14.2%(3) se ubicó dentro del nivel medio y 72.4%(15) en un nivel bajo (ver figura 1).

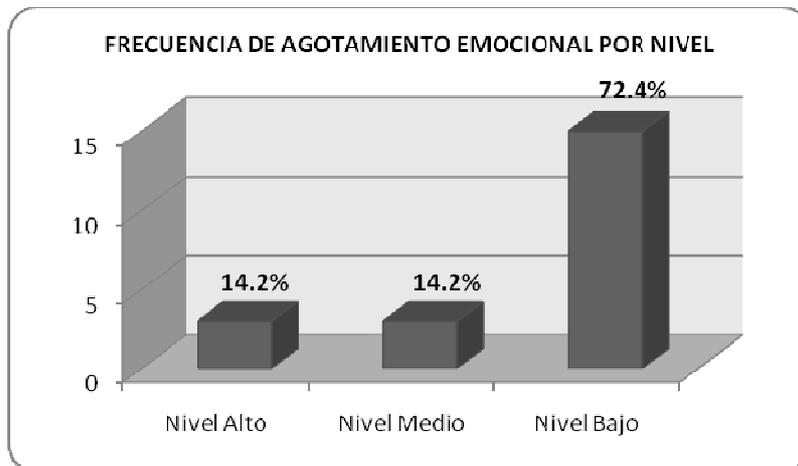


Figura 1. Frecuencia de los niveles de agotamiento emocional en los psicólogos.

Respecto a la dimensión de despersonalización se identificó que 9.5%(2) psicólogos puntuaron en el nivel alto, 33.3%(7) en el medio y en el bajo 57.1%(12) (ver figura 2).

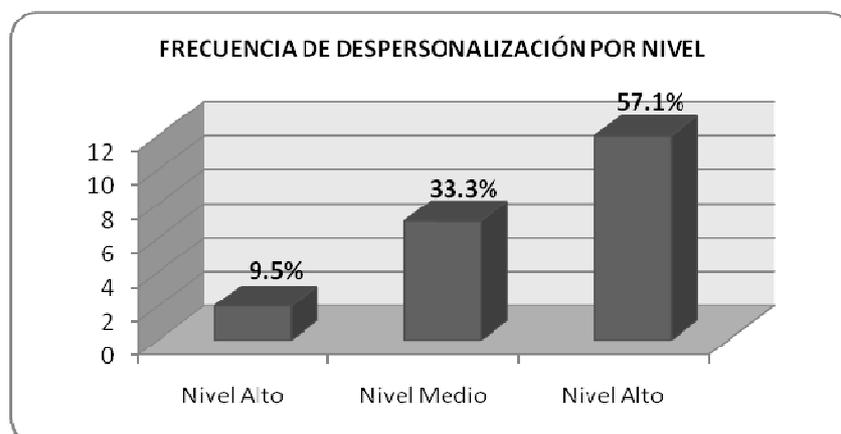


Figura 2. Frecuencia de los niveles de agotamiento emocional en los psicólogos.

En cuanto al logro personal se encontró un nivel alto en el 4.8%(1); mientras que en el nivel medio al 33.3%(7) y el 61.9%(13) en el bajo (ver figura 3).

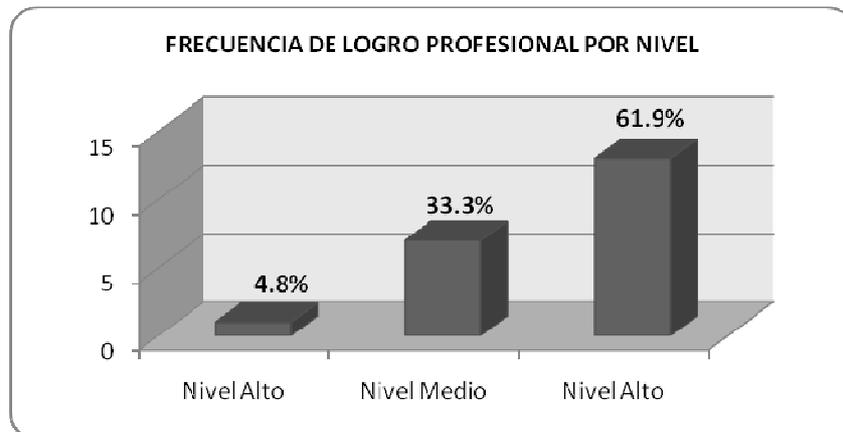


Figura 3. Frecuencia de los niveles de logro profesional en los psicólogos.

También se identificó que el 28.6%(6) de los psicólogos se ubicaron dentro de niveles similares en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, de éstos: 4.8%(1) se ubico con un nivel alto, otro 9.5%(2) puntuó en el medio y el 14.3%(3) en el nivel bajo (ver figura 4).

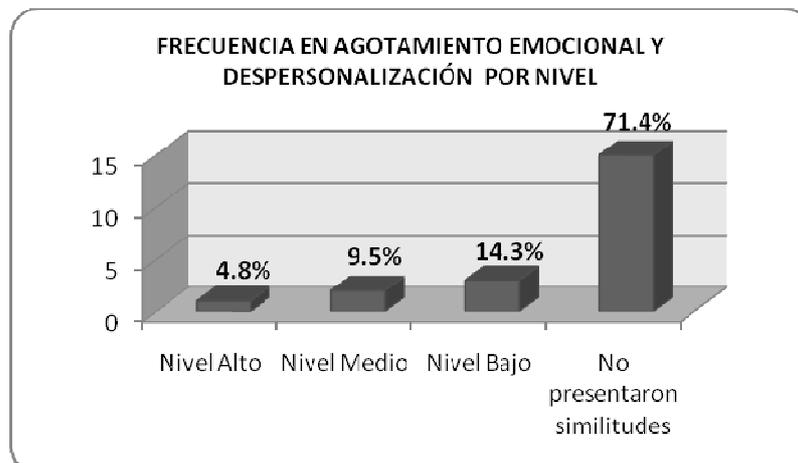
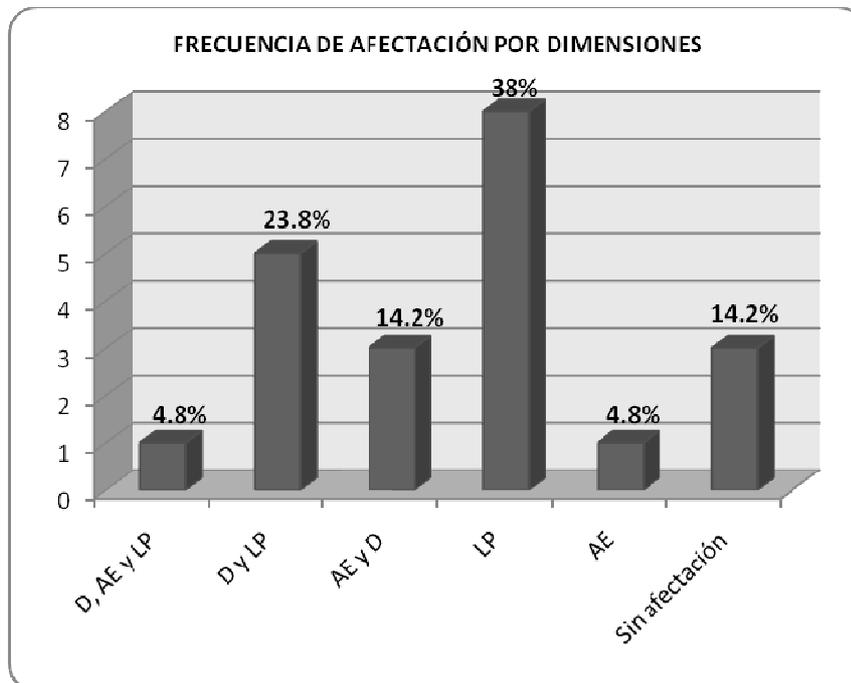


Figura 4. Frecuencia por nivel en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización en los psicólogos.

En relación al número de dimensiones afectas en los psicólogos se identificaron 14.2%(3) que no manifestaron alteración en ninguna dimensión, 4.8%(1) presentó alteración en las tres; 38%(8) en dos de ellas y 42.5%(9) sólo en una (ver figura 5).



D= Despersonalización
 AE= Agotamiento Emocional
 LP= Logro Personal

Figura 5. Frecuencia del número de dimensiones afectadas en los psicólogos.

Retomando la información obtenida en el cuestionario de datos personales y sociolaborales se identificó que las características del personal en el que se encontraron alteraciones relacionadas con el síndrome de burnout son las que se presentan en las tablas 8, 9, 10 y 11.

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 años de antigüedad laboral • Perciben su ritmo de trabajo de rápido a muy rápido • Consideran que el tiempo para realizar sus funciones es insuficiente • Los valores de la institución con los personales coinciden ocasionalmente • Suelen conseguir con sus objetivos personales • Consideran que existe posibilidad en su trabajo para la creatividad e iniciativa • En ocasiones no toma sus descansos dentro de la jornada laboral • Casi siempre realizan actividades recreativas fuera del trabajo • Tienden a presentar agotamiento físico y emocional • Reconocen ser a veces apáticos e intolerantes

Tabla 8. Características personales y sociolaborales encontradas en los psicólogos que presentan agotamiento emocional.

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS
DESPERSONALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 años de antigüedad laboral • Su ritmo de trabajo se encuentra entre lo regular a muy rápido • Consideran que cuentan con el tiempo suficiente para realizar sus funciones • De manera ocasional sus valores coinciden con los de la institución • Tiende a cumplir con sus objetivos personales • Consideran que pueden tener iniciativa y creatividad con frecuencia • Siempre toman sus descansos • Regularmente interactúan con sus compañeros fuera del trabajo • En ocasiones se siente agotado física y emocionalmente • Ocasionalmente suele mostrarse apático e intolerante

Tabla 9. Características personales y sociolaborales encontradas en los psicólogos que presentan actitudes de despersonalización.

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS
LOGRO PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Entre menos de 4 a más de 6 años de antigüedad laboral • Su ritmo de trabajo es regular • Consideran que el tiempo para realizar sus funciones es suficiente • Sus valores personales suelen coincidir con los de la institución • Tienden a cumplir sus objetivos personales • Perciben que cuentan con la posibilidad de ser creativos y tener iniciativa • A veces toman sus descansos dentro de la jornada laboral • Realizan actividades recreativas fuera del trabajo con frecuencia • Ocasionalmente se sienten agotados física y emocionalmente • Consideran que nunca han sido apáticos e intolerantes

Tabla 10. Características personales y sociolaborales encontradas en los psicólogos que presentan bajo logro profesional.

CARACTERÍSTICAS COMUNES EN LAS 3 DIMENSIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 25 y 35 años • Casados y solteros • Atención alta en el trabajo • Ocasionalmente se sienten presionados ante la toma de decisiones • Ocasionalmente piensan que son responsables cuando no se logran los objetivos institucionales • Ocasionalmente trasladan los problemas laborales al contexto familiar • No tienen otro empleo, ni estudian • Ocasionalmente interactúan con sus compañeros fuera del contexto laboral • Tienden a organizar su tiempo • Ocasionalmente perciben a su trabajo como una prioridad • Tienden a presentar agotamiento físico al levantarse

Tabla 11. Características personales y sociolaborales encontradas en el psicólogo que presentó alteración en las tres dimensiones del MBI.

Por otro lado, en el Inventario de Situaciones de Ansiedad y Respuestas de Ansiedad (ISRA, ver anexo 3) se destacó que el 57.1%(12) de los psicólogos clínicos del DIF Naucalpan se ubicaron con ausencia de ansiedad dentro de las áreas cognitiva y fisiológica y 76.2%(16) dentro del mismo nivel en el área motriz. En los datos correspondientes a los niveles de ansiedad moderada a marcada; la frecuencia más alta estuvo en el área cognitiva en el 42.9%(9) de los psicólogos, en el rango de ansiedad severa el dato mayor fue el representado por 9.5%(2) de los psicólogos en el área fisiológica y en el rango de ansiedad extrema no hubo quienes la presentaran (ver tabla 12).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el ISRA, se identificó que los psicólogos ubicados en el rango de ansiedad moderada a marcada presentaron ideas irracionales relacionadas consigo mismos, actitud negativa ante la crítica, tienden a preocuparse, dificultad para concentrarse y en la toma de decisiones; aunado a la manifestación de alteraciones psicosomáticas y a nivel conductual aunque en menor grado, llanto, exceso en la ingesta de alimentos, alcohol y tabaco, así como dificultad en el control de movimientos y en la expresión verbal; respecto a los psicólogos que obtuvieron un nivel de ansiedad severa se destaca que sólo presentaron alteraciones a nivel fisiológico y motriz.

AREA	AUSENCIA DE ANSIEDAD % (Frecuencia)	ANSIEDAD MODERADA A MARCADA % (Frecuencia)	ANSIEDAD SEVERA % (Frecuencia)	ANSIEDAD EXTREMA % (Frecuencia)
COGNITIVA	57.1% (12)	42.9% (9)	0% (0)	0% (0)
FISIOLÓGICA	57.1% (12)	33.3% (7)	9.5% (2)	0% (0)
MOTRIZ	76% (16)	19%(4)	4.8% (1)	0% (0)

Tabla 12. Frecuencia de la clasificación de ansiedad por nivel y área encontrados en los psicólogos.

En el ISRA también se identificó que en el factor relacionado con situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades 23.8%(5) de los psicólogos puntuaron en el rango de ansiedad moderada a marcada y 9.5%(2) en ansiedad severa; en las situaciones sexuales y de interacción social 33.3%(7)

obtuvo un nivel de ansiedad moderada a marcada y 4.8%(1) en severa; en el tercero relacionado con situaciones fóbicas 33.3%(7) se ubicaron en el nivel de ansiedad moderada a marcada y no hubo quienes presentaran niveles severos; finalmente en el factor relacionado con situaciones habituales o de la vida cotidiana 38%(8) manifestaron ansiedad de moderada a marcada y 4.8%(1) ansiedad severa, además es importante mencionar que no hubo niveles de ansiedad extrema en ninguno de los factores situacionales (ver tabla 13).

FACTOR	AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MINIMA	ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	ANSIEDAD SEVERA	ANSIEDAD EXTREMA
Factor I: Ansiedad ante la evaluación	66.7%(14)	23.8%(5)	9.5%(2)	0%(0)
Factor II: Ansiedad interpersonal	61.9%(13)	33.3%(7)	4.8%(1)	0%(0)
Factor III: Ansiedad fóbica	66.7%(14)	33.3%(7)	0%(0)	0%(0)
Factor IV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	57.1%(12)	38%(8)	4.8%(1)	0%(0)

Tabla 13. Clasificación de ansiedad correspondiente a los cuatro factores situacionales del ISRA en los psicólogos.

Considerando los resultados obtenidos en los rangos de ansiedad moderada a marcada y severa se puede decir que más de un tercio de los psicólogos presentaron alteraciones en situaciones relacionadas con el contexto y quehacer diario; hablar en público, ser evaluado de manera directa e indirecta, en la toma de decisiones y resolución de problemas, temor ante la crítica tanto profesional como personal; aunado a la angustia ante las relaciones interpersonales. Respecto a las situaciones en las que se involucra la exposición a estímulos fóbicos sólo se encontró impacto en los psicólogos que se ubicaron en el nivel de moderado a marcado.

Respecto a la escala de apreciación de estrés se identificó un nivel alto en 33.3%(7) de los psicólogos sobre las escalas general (G) y sociolaboral (S), mientras el 38%(8) obtuvo un nivel similar en la escala de conducción (C); en relación al nivel moderado sólo el 4.8%(1) lo presentó en la escala general (G) y el

resto de la población se ubico dentro del nivel bajo en esa misma escala (ver tabla 14).

NIVEL	ESCALA G % (Frecuencia)	ESCALA C % (Frecuencia)	ESCALA S % (Frecuencia)
NIVEL BAJO	61.9% (13)	61.9%(13)	66.7%(14)
NIVEL MODERADO	4.8% (1)	0%(0)	0%(0)
NIVEL ALTO	33.3% (7)	38%(8)	33.3%(7)

Tabla 14. Niveles de estrés en los psicólogos de acuerdo a las escalas del EAE.

Por lo tanto se reconoce que 38%(8) de los psicólogos presentaron problemas en las relaciones humanas, en la salud, estilo de vida, asuntos laborales y económicos; otro 38%(8) tiene dificultades relacionadas con factores externos (físicos, ambientales, contexto), relación consigo mismos u otros conductores y 33.3%(7) manifestó complicaciones dentro del contexto laboral y en la realización de sus funciones.

Por último en el contraste de los resultados obtenidos en los tres instrumentos se encontró que el 42.9%(9) de los psicólogos no presentó estrés ni ansiedad, de éstos 23.8%(5) tuvieron afectación en una dimensión del síndrome de burnout, 14.2%(3) en dos dimensiones y 4.8%(1) en las tres dimensiones, por otra parte se identifico que 14.2%(3) de los psicólogos resultaron afectados con estrés de los cuales 4.8%(1) presentó burnout en una dimensión y 9.5%(2) psicólogos en dos dimensiones, concerniente a la manifestación de ansiedad se encontró que 14.2%(3) de los psicólogos presentan afectación de éste tipo, de los cuales 9.5%(2) también obtuvo burnout en una dimensión y 4.8%(1) en dos dimensiones. En cuanto a la presencia de estrés y ansiedad se halló que 14.2%(3) de los psicólogos lo reflejaron, además uno de ellos presentó burnout en una dimensión y 9.5%(2) en dos dimensiones, así mismo cabe destacarse que de la población restante un psicólogo sólo presento estrés alto, otro alto nivel de estrés y en la misma magnitud se ubico en la dimensión de logro profesional y el último se ubico sin alteraciones (ver tabla 15).

NÚMERO DE SUJETOS	DIMENSIONES AFECTADAS	CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD	NIVEL DE ESTRÉS
5	• Logro profesional bajo	No presentaron	No presentaron
1	• Alto agotamiento emocional	No presento	Medio
2	• Despersonalización media	Moderada a marcada	No presentaron
	• Logro profesional bajo	Moderada a marcada	
2	• Agotamiento emocional medio • Logro profesional bajo	No presento	Alto
	• Despersonalización media • Logro profesional bajo	No presento	Alto
1	• Agotamiento emocional alto • Despersonalización media	Moderada a marcada	No presento
3	• Despersonalización media • Logro profesional bajo	No presentaron	No presentaron
	• Despersonalización alta • Logro profesional bajo		
	• Agotamiento emocional medio • Despersonalización media		
1	• Despersonalización media • Agotamiento emocional medio • Logro profesional bajo	No presento	No presento
1	• Logro profesional bajo	Moderada a marcada	Alto
2	• Despersonalización media • Logro profesional bajo	Moderada a marcada	Alto
	• Agotamiento emocional alto • Despersonalización alta	Severa	Alto
1	• No presento	No presento	Alto
1	• Logro profesional alto	No presento	Alto
1	• No presento	No presento	No presento

Tabla 15. Clasificación del nivel de afectación en los psicólogos de burnout, estrés y ansiedad

Una vez teniendo el conocimiento de las respuestas sobre el síndrome de burnout, estrés, ansiedad y de los datos tanto personales como sociolaborales de los psicólogos se considera pertinente realizar a continuación un análisis de los mismos para comprender cómo se están suscitando en la población estudiada.

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que sí se encontró incidencia del síndrome de burnout en al menos una de sus dimensiones en 17 de los psicólogos quienes mantienen un ritmo de trabajo de regular a rápido porque a pesar de que se les solicita un trabajo clínico de 30 horas terapia a la semana en ocasiones éstas son rebasadas por la necesidad de atender a personas en crisis, realizar canalizaciones o proporcionar información relacionada con otros servicios que se prestan de manera alterna en la institución (orientación jurídica, atención a los menores en riesgo de calle, adolescentes embarazadas, albergue, ayuda económica, servicio médico y dental, entre otros) situación que altera tanto las funciones de su perfil como el tiempo para realizarlas y por ende la toma de sus descansos también se ve afectada llevándolos hacia el agotamiento físico y emocional con el respectivo surgimiento de actitudes de apatía e intolerancia.

Entre los datos personales y sociolaborales afines a la población afectada por la manifestación del síndrome de burnout se destacaron las características relativas al rango de edad, casados y solteros, mantener un nivel alto de atención, ocasionalmente se sienten presionados ante la toma de decisiones y al asumirse como responsables cuando no se logran los objetivos institucionales, trasladan a veces los problemas laborales al contexto familiar, no tienen otro empleo, ni estudian, interactúan ocasionalmente con sus compañeros fuera del contexto laboral, tienden a organizar su tiempo, casi no perciben a su trabajo como una prioridad y presentan agotamiento físico al levantarse. Mientras las características más representativas del único psicólogo que lo presento en las tres dimensiones fueron pertenecer al sexo femenino, no tener hijos, ni pareja, tener menos de 4 años de antigüedad laboral, considerar que para la realización de sus funciones se requiere un ritmo rápido de ejecución y mantener un nivel alto de atención, aunado al surgimiento de tensión ante la toma de decisiones.

Por otro parte, cabe hacer mención que la dimensión más afectada fue el bajo logro profesional probablemente por la falta de capacitación continua y adecuada al mejoramiento o desarrollo tanto personal como profesional de los psicólogos en la institución, aunado a la mínima oportunidad de ascender a cargos de mayor jerarquía, remuneración económica insuficiente de los mismos para solventar el pago de cursos extra-laborales relacionados con su profesión o bien la extensión de su nivel académico (ingresar a la maestría o posgrado), además de la falta de apoyo ante la solicitud de permisos para ausentarse constantemente durante su jornada laboral para asistir a cursos, diplomados, conferencias y congresos.

La despersonalización fue la segunda dimensión en la que se encontró mayor afectación y se asume que el desarrollo de actitudes negativas de los psicólogos hacia las personas que atienden o con los compañeros de trabajo podrían ser generadas por la presencia de insatisfacción en el cumplimiento de las metas profesionales, niveles de ansiedad de moderada a severa, alto agotamiento emocional y presencia de estrés en el mismo nivel.

En la dimensión relacionada con el agotamiento emocional se encontró que aquellos psicólogos que presentan ésta alteración tienden a generar actitudes negativas sobre sus actividades laborales, acompañadas de irritabilidad por el cansancio, incapacidad para soportar la presión, insatisfacción por el incumplimiento de metas personales y profesionales, además de un nivel elevado de estrés y en algunos casos también se manifestaron niveles de ansiedad de moderada a severa en las psicólogas cuyas funciones principales están relacionadas con problemas de adicciones.

Respecto al psicólogo que obtuvo sólo niveles altos de estrés general y sociolaboral, se puede asumir que presenta dificultades en sus relaciones interpersonales, su salud, estilo de vida y en el contexto laboral; tales condiciones nos permiten deducir que quizá está en riesgo de desarrollar el síndrome de

burnout en las dimensiones que lo integran debido a que se encuentra inmerso en un nivel de estrés crónico.

Cabe mencionar que los hallazgos encontrados sobre la prevalencia en la manifestación de estrés, ansiedad y burnout en la población no fueron representativos debido a que la población afectada fue mínima, sin embargo y como ya se ha señalado se observó una mayor prevalencia del burnout, seguida del estrés y finalizando con la presencia de rasgos de ansiedad, lo cual lleva a considerarlos como alteraciones que se presentan de manera aislada o que resultan poco determinantes en el desarrollo del síndrome de burnout.

Así de acuerdo con el análisis realizado, se considera que la información obtenida podría ser útil para el desarrollo de nuevas investigaciones que profundicen en el conocimiento correspondiente a la manifestación y desarrollo del síndrome de burnout en los psicólogos clínicos que laboren en otras instituciones asistenciales con la finalidad de obtener indicadores específicos a nivel cualitativo y cuantitativo que faciliten tanto su detección como tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

Es preciso aludir que existen algunas dificultades en la definición del síndrome de burnout pues tiende a confundirse con otros fenómenos como el estrés crónico laboral y la ansiedad, debido a la presencia de alteraciones cognitivas, conductuales y fisiológicas, sin embargo su diferencia con la ansiedad radica en que ésta conlleva a la detonación de temores relacionados con estímulos o situaciones que todavía no acontecen, por otro lado aunque el burnout ha sido considerado como un tipo de estrés crónico laboral es importante enfatizar que el contraste surge a partir de las tres dimensiones que lo caracterizan: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal.

No obstante, existen limitaciones teóricas referentes al síndrome de burnout como la falta de unificación de criterios en cuanto a su denominación pues Gil (2005) menciona alrededor de diecisiete conceptos, situación que se ha prestado al uso indiscriminado de éste; en cuanto a las tres dimensiones que lo integran se recomienda realizar modificaciones en la denominación y operacionalización de la *realización personal*, ya que Maslach (1982, citada en Gil 2005), Buela y Caballo (1991) y Gil (2008) la mencionan como tal y coinciden en definirla como la percepción negativa hacia sí mismo y sus logros laborales; en cambio Sánchez (2001) la refiere como inadecuación profesional realizando una descripción más cercana al desencadenamiento de la depresión y tal diferencia podría llegar a ocasionar confusión en su detección por la ambigüedad en los conceptos.

De igual manera, no existe un consenso dentro de los modelos teóricos que abordan al burnout para especificar su desarrollo, pues autores como Leiter (1989 citado en Buela y Caballo, 1991) y Maslach (1982 citada en Gil, 2005) inicialmente lo enfatizan como un proceso secuencial donde la primera manifestación en aparecer es el agotamiento emocional, seguida de la despersonalización y por último surge el bajo nivel de realización personal; más adelante Maslach y Jackson (1986 citadas en Guerrero y Vicente, 2001), Buela y Caballo (1991)

consideran a las tres dimensiones que lo integran como aspectos independientes, finalmente Gil (2008) menciona primero la aparición de la falta de realización personal en el trabajo a la par del agotamiento emocional y la despersonalización emerge después como una estrategia de afrontamiento, por ello es importante continuar la investigación empírica del síndrome de burnout desde éstas perspectivas teóricas para determinar cuál resulta ser la más válida para explicarlo.

Otra de las características controversiales del burnout se ha centrado sobre su presencia no sólo en el personal sanitario, sino también en aquellas profesiones u ocupaciones de ayuda constante y directa con otras personas como pueden ser las relacionadas con la docencia e investigación en las cuales Silverio (1998), Guerrero y Vicente (2001), Magaña y Sánchez (2008) han encontrado evidencia empírica, no obstante si se pretende continuar atribuyendo la manifestación del síndrome de burnout exclusivamente en el personal sanitario resulta conveniente seguir especificando el perfil de las condiciones laborales, el tipo de servicio que presta la institución, el rol laboral y nivel académico del personal sanitario para evitar atribuir su incidencia en otras actividades laborales donde también se realizan funciones similares como es el caso de los abogados, trabajadores sociales, custodios y policías.

En cuanto a los hallazgos encontrados en la investigación realizada, se puede decir que éstos permitieron el cumplimiento del objetivo ya que además de identificar la presencia del síndrome de burnout, se destacó que en la población abordada la dimensión más afectada fue el bajo logro profesional, continuando con la presencia de la despersonalización y por último el agotamiento emocional, datos que pueden ser atribuidos a la obstrucción laboral y económica ante las posibilidades de obtener nuevas oportunidades de crecimiento profesional, falta de reconocimiento ante los logros obtenidos en el trabajo acompañado de ideas irracionales relacionadas con el fracaso, mínima oportunidad de ser candidato a un ascenso, atender a 30 personas a la semana con diversos trastornos clínicos y

de aprendizaje siendo necesario el uso de su tiempo libre para la investigación teórico-metodológica, con la finalidad de diseñar el tratamiento adecuado ante cada demanda, situaciones que pueden ser favorables para el surgimiento de actitudes relacionadas con la apatía e intolerancia; sin embargo, éstos datos no permiten acercarse a la aproximación secuencial propuesta por Leiter (1989 citado en Buela y Caballo, 1991) y Maslach (1982 citada en Gil, 2005) debido a que el instrumento empleado (MBI) sólo posibilita identificar el nivel de afectación existente en las tres dimensiones que integran al burnout.

Sobre las características personales y sociolaborales que han sido atribuidas como causantes del burnout por Álvarez y Fernández (1991, citados en Sánchez, 2001) y los síntomas mencionados por Gil (2005) se encontró coincidencia en la población afectada en relación al sexo femenino, no tener hijos, ni pareja, tener menos de 4 años de antigüedad laboral, considerar que para la realización de sus funciones se requiere un ritmo rápido de ejecución y mantener un nivel alto de atención, aunado al surgimiento de tensión ante la toma de decisiones terapéuticas y laborales en general; aunque se considera arriesgado atribuir la incidencia en el personal femenino debido a que la mayoría de los participantes pertenecieron a éste sexo, pero si se puede reconocer que la percepción negativa de las condiciones de trabajo pueden resultar un riesgo para la manifestación del síndrome de burnout.

De acuerdo con los datos obtenidos se considera pertinente que en el DIF Naucalpan se promueva la capacitación de los psicólogos, aunado al establecimiento de horas destinadas a la planeación de sesiones, la adquisición de material bibliográfico, hemerográfico y filmográfico basados en la incidencia de los principales problemas que se atienden, facilitar por medio de enlaces institucionales la oportunidad de que los empleados tengan acceso a instalaciones deportivas o recreativas con la finalidad de disminuir los niveles de tensión , así también en instituciones educativas con la finalidad de cumplir sus metas profesionales mediante becas o bien la iniciación de una especialidad para evitar

la frustración en el desarrollo profesional y a su vez mejorar su práctica profesional, crear mayores oportunidades en el escalafón de puestos dentro o fuera del departamento de atención psicológica, estipular y respetar los perfiles de puesto para minimizar la realización de actividades que no corresponden a las funciones especificadas, evitar la prolongación de su jornada laboral e implementar un programa de incentivos que mantenga la motivación del personal.

Además es conveniente realizar más estudios con psicólogos clínicos donde se considere el impacto que genera la realización de tareas extras relacionadas con funciones administrativas, secretariales, de limpieza, así también de planeación, organización y dirección de eventos, ser animador de grupo, las condiciones del material, instalaciones y mobiliario para realizar sus funciones, contar o no con el apoyo de trabajadores sociales, terapeutas de lenguaje, secretarias y personal de intendencia; datos que fueron observados en el DIF Naucalpan, por otro lado, se sugiere ahondar más sobre los datos demográficos del psicólogo, sus rasgos personales, familiares, las funciones que desempeña y las condiciones de trabajo de acuerdo al tipo de institución en la que labora, así como indagar el tipo de trastornos psicológicos más recurrentes en la población que atienden y construir instrumentos que cuenten con la validez y confiabilidad necesarias para identificar la posible existencia de un proceso secuencial en la aparición de las tres dimensiones que integran el burnout, aclarar el número de dimensiones en las que un individuo debe presentar alteración para reconocer que está desarrollando burnout, (pues Maslach y Jackson no lo incluyen en el protocolo del MBI) y/o que avalen la propuesta de Sánchez (2001) y Gil (2005) referente a que la despersonalización es una estrategia de afrontamiento.

También es necesario mencionar que las investigaciones en nuestro país relacionadas con el burnout son mínimas, por lo que se sugiere a los futuros interesados en el tema la realización de estudios exploratorios, descriptivos y correlacionales con muestras más representativas para poder especificar las condiciones laborales y personales que resultan predisponentes para desarrollarlo;

a la par con la creación de programas dirigidos a la sensibilización de las autoridades o directivos sobre el impacto negativo a nivel laboral e institucional ocasionados por la presencia del síndrome de burnout con la finalidad de que se otorguen las facilidades necesarias para ampliar y/o profundizar su investigación y con ello efectuar acciones preventivas para evitar tanto la afectación en el personal como en el servicio de calidad humana que busca el usuario.

Finalmente es importante considerar que el ser humano es un ser biopsicosocial que se encuentra en constante adaptación ante los cambios que siguen emergiendo por lo que en éste siglo, tanto el estrés como la ansiedad se están reconociendo como uno de los malestares más recurrentes de la población y el personal encargado de mantener el equilibrio en la salud no ha sido la excepción para desarrollarlo, por ello es relevante hacer énfasis en la promoción de estilos de vida más saludables, a la par del entrenamiento en estrategias de afrontamiento relacionadas con el control emocional, asertividad, habilidades sociales, inoculación del estrés y control de la ansiedad para mantener o recuperar la salud en cada una de las áreas que se encuentran afectadas.

REFERENCIAS:

- Agras, W. S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom connections. ***Journal of Consulting and clinical Psychology, 50.***
- Almendo, P. C. y De Pablo G. R. (2001, Enero). ***Síndrome de Burnout.*** Plataforma 10 minutos. Extraído el 14 de agosto del 2008, desde <http://www.diezminutos.org/documentos/burnout/quees.html>
- Alvaro, J. L., Garrido A. y Torregrosa J. R. (1998). ***Psicología Social Aplicada.*** España: Mc Graw Hill.
- Amigo, V. I., Fernández R. C. y Pérez A. M. (1998). ***Manual de Psicología de la Salud.*** Madrid: Pirámide.
- Aranda, B. C., Pando M. M. y Pérez R. M. (2004). Apoyo social y Síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión. ***Psicología y Salud. 14 (1).***
- Ardila, R. (1994). ***Psicología fisiológica.*** México: Trillas.
- Arita, W. B. (2001). Modelo para la Investigación del proceso del síndrome de Burnout. ***Psicología y Salud. 11 (1).***
- Arita, W. B. y Arauz C. J. (1998). La tarea Laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. ***Psicología y Salud, 11.***
- Barlow, M. J. (1996). ***Gestión del estrés.*** España: Gestión 2000.
- Belloch, A. y Olabarría, B. (1993). El modelo bio- psico- social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. ***Revista Clínica y Salud. Año IV, 4(2).*** COP.
- Belloch, A., Sandín B. y Ramos F. (1995). ***Manual de Psicopatología.*** (Vols.1-2). Madrid: Mc Graw Hill.
- Bernstein, D. y Nietzel M. (1982). ***Introducción a la psicología Clínica.*** México: McGraw-Hill.
- Bishop, G. D. (1994). ***Health psychology: Inte grating mind and body.*** Singapur: Allyn y Bacon.
- Blanchard, E. R. (1982). Behavioral Medicine. Past, present and future, ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50 (6).***

- Braham, J. B. (1994). **Cómo controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles.** España: Irwin.
- Brannon, L. F. (2001). **Psicología de la Salud.** Madrid: Paraninfo. Thomson. Learning. pp.11-105
- Buceta, J. M., Bueno A. M. y Mas B. (2001). **Intervención Psicológica.** Madrid: Dykinson.
- Buela, C. G. y Caballo V. E. (1991). **Manual de Psicología aplicada.** Madrid: Siglo XXI.
- Buendía, V. J. (1993). **Estrés y Psicopatología.** Madrid: Pirámide.
- Bulacio, J. M. (2004). **Ansiedad, estrés y práctica clínica.** Argentina: Akadia.
- Caballo, V. E., Buela C. y Carrobbles J. A. (1996). **Manual de Psicopatología y trastornos Psiquiátricos.** Madrid: Siglo XXI.
- Carrobbles, J. A. (1992). Prólogo, en M. A. Simón (ed.), **Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y Estrategias de Intervención.** Madrid: Pirámide.
- Cox, T. (1978). (London:Macmillan) University Park Press, Baltimore.
- Cruz, M. C. y Vargas F. L. (2001). **Estrés. Entenderlo es manejarlo.** México: Alfaomega.
- De los Ríos, C. J., Barrios S. P., Ocampo M. M. y Ávila R. T. (2007). Desgaste Profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social.** 45(5), 493 – 502. Extraído el 14-Agosto del 2008 desde <http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-5/em-im075l.htm>
- Decenzo, D. A. y Robbins S. P. (2001). **Administración de Recursos Humanos.** México: Limusa.
- Esquivel, M. C., Buendía C. F., Martínez G. O., Martínez M. J., Martínez O. V. y Velazco R. V. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social.** 45(5), 427- 436. Extraído el 14 de agosto del 2008 desde <http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-5/em-im075c.htm>
- Fernández, A. F. (1978). **Psicología Médica y Social.** Madrid: Paz Montalvo.

- Fernández, F. A. (1989). **Psicología Médica y Social** (5a. ed). México: Salvat Editores.
- Fernández, P. M. (2001). **El estrés humano. Un problema Individual con solución**. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fontana, D. (1995). **Control del estrés**. México: Manual Moderno.
- Friedman, H. S. y DiMatteo, M. R. (1989). **Health psychology**, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Fuentenebro, F., Santos, J. L., Agud, J. L. y Dios C. (1990). **Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría**. Madrid: McGrawHill. pp.597-640.
- García, L. L. (2001). **El Estrés en Profesores de Primaria**. Tesis Maestría. México: UNAM. FES IZTACALA.
- Gil, M. P. y Peiró J. M. (1997). **Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil, M. P. (2005). **El Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del Bienestar**. Madrid: Pirámide.
- Gil M. P., García- Jueas J. A. y Caro H. M. (2008). Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en Profesionales de Enfermería. **Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology**. 42 (1), 113-118.
- Godoy, J. F. (1991). Medicina conductual, en V. E. Caballo (ed.), **Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI.
- Godoy, J. F. (1993). Psicología de la Salud. Memoria de Cátedra no publicada.
- Goldenberg, H. (1973). **Contemporary Clinical Psychology**, Monterrey, California: Brooks/ Cole.
- Guerrero, B. E. y Vicente C. F. (2001). **Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado**. España: Universidad de Extremadura. Cáceres.
- Hall, J. y Marzillier, J. (1997). What is Clinical psychology?, en J.S. Marzillier y J. Hall (eds.), **What is clinical Psychology?**, Londres: Oxford Medical Publications.
- Ivancevich, J. M. y Matteson M. T. (1985). **Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial**. México: Trillas.

- Korchin, S. J. (1976). **Modern clinical Psychology: Principles of Intervention in the clinic and community**, Nueva York: Basic Books.
- Lazarus, R. S. y Folkman S. (1984). **Estrés y Procesos Cognitivos**. México: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Folkman S. (1986). **Estrés y Procesos cognitivos**. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Cohen F. (1979). Coping with the stresses of illness, en G. C. Stone, F. Cohen y N. E. Adler (eds.), **Health Psychology: A handbook**, San Francisco: Jossey-Bass.
- Le Scanff, C. y Bertoch J. (1999). **Estrés y rendimiento**. España: INDE.
- León, R., Medina A., Barriga J., Ballesteros R. y Herrera S. (2004). **Psicología de la Salud y de la Calidad de vida**. Barcelona: Ed. UOC.
- López, M. A., González V. F., Morales G. M. y Espinoza M. C. (2007). Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**. **45**(3), 233- 242. Extraído el 14 de agosto del 2008 desde
<http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-3/em-im073e.htm>
- Macionis, J. y Plummer K. (1999). **Sociología**. México: Prentice Hall.
- Magaña, M. D. y Sánchez E. P. (2008). Síndrome de Desgaste Emocional en Investigadores Mexicanos. **Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology**, **42** (2), 353-362.
- Manassero, M. M., Vázquez A. A., Ferrer P. V., Fornes V. J. y Fernández B. M. (2003). **Estrés y Burnout en la enseñanza**. Palma: Ediciones VIB.
- Maslach, C. y Jackson S. E. (1997). **Inventario Burnout de Maslach** (adaptación española). Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.TEA Ediciones.
- Matarazzo, J. D. y Carmody T. P. (1983). Health psychology. In M. Hersen, A. E. Kazdin, y A. S. Bellack (eds.), **The clinical psychology hand book**, New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. y Jaremko E. M. (1987). **Prevención y Reducción del estrés**. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Montesdeoca, H. D., Rodríguez P. F., Pou P. L. y Montesdeoca H. M. (1997). El medio laboral y la Salud Mental (II). Estrés, Burnout y drogo-dependencias. Una propuesta Preventiva. *Psiquis*, **18** (3), 24-32.
- Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Paidós.
- Muñoz, A. (2003). Cambio y desarrollo en las Organizaciones, En F. Gil y C. María (Eds.), *Introducción a la Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nieto, M. J., Abad M. M., Esteban A. M. y Tejerina A. M. (2004). *Psicología para ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: Mc Graw Hill.
- Oblitas, G. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. México: Thomson. pp. 2-109.
- Oblitas, G. y Becoña I.(2000). *Psicología de la Salud*. México, D. F: Plaza y Valdés. pp.9-109.
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. (2006). Guía sobre el Síndrome de quemado (Burnout). Madrid, Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Extraído el 14 de agosto del 2008. desde <http://212.170.242.18/slaboral/observ/DOCUMENTOS/burn.pdf>
- Oleson, V. L. (1975). Convergences and divergences: Antropology and Sociology en *Health care, Social Science and Medicine. Vol. 9*.
- Pando, M. M., Bermúdez D., Aranda B. C., Pérez C. J., Flores S. E. y Arellano P. G. (2003). Prevalencia de estrés y Burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*.**13**. (1).
- Pérez, L. R. (1987). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Científico Técnica.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). Career burnout: Career Burnout. *Causas and Cures*. Nueva York: The Free Press.
- Piña, J. A. (1991). Alternativa Conductual sobre salud: Justificación para el cambio conceptual. *Revista de Psicología de la Salud/ Journal of Health Psychology*, **3**, 45-54.

- Ramírez, B. A. (1999). Estudio Exploratorio Acerca del Nivel de Síndrome de deterioro (Burnout) en un grupo de psicólogos clínicos. *Psicología Iberoamericana*, 7(1).
- Resik, H. P. (1986). Evolución histórica de la Interpretación causal de las enfermedades. *Revista Cubana de Administración de Salud*.
- Ribes, E. (1982). El conductismo. Reflexiones críticas. Barcelona: Fontanella.
- Rodríguez, F. A. (1998). *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, M. J. (1991). Psicología de la salud: Situación en la España actual. *Revista de Psicología de la Salud/ Journal of Health Psychology*, 3, 55-91.
- San Martín, H. (1984). *Crisis Mundial de la Salud, ¿Salud para nadie en el año 2000?*. Madrid: Ciencia.
- Sánchez, M. R. (2001). *Cuidados Paleativos: Avances sin Final*. Alcalá: Formación Alcalá.
- Sandín, B. (1995). El estrés, en *Manual de Psicopatología*, Belloch, A. Sandín B., Ramos, F. (eds.). Madrid: McGraw Hill/ Interamericana.
- Santacreu, J. y Pérez. (1991). Psicología clínica y Psicología de la Salud: Marcos Teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud/ Journal Of Health Psychology*, 3, 3-20.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, Nueva York: John Wiley.
- Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). What is Behavioral Medicine?. *Journal of Behavioral Medicine*, 1.
- Senior, A. F. (1990). *Compendio de un curso de sociología*. México: Porrúa.
- Silverio, C. A. (1998). *Patrones de Estrés*. México: Iztacala. UNAM.
- TESIS.
- Simón, A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud, Fundamento, metodología y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva. pp.39-145.
- Soly B. (Ed.), y Hans S. (Col.) (1994). *Stress: Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Stone, G. C. (1979). Psychology and health, en G. C. Stone, F. Cohen, y N. E. Adler y cols., *Health Psychology*, San Francisco: Josey- Bass.

Torres, M. L. y Torres R. L. (1998). **Introducción a las Ciencias Sociales.** México: Thomson editores.

Wikipedia: artículos destacados. Antropología. Disciplinas auxiliares de Arqueología. Extraído el 12 de junio del 2008 desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Antropolog%C3%ADa>

Zambrano, C. R. y Ceballos, C. P. (2007, octubre). Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana de Psiquiatría, 36(supp.1). Extraído el 14 de agosto del 2008 desde http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Zax, M. y Specter, G. (1978). **Introducción a la psicología de la Comunidad.** México: El Manual Moderno.

Anexos

ANEXO 1

Cuestionario de Datos Personales y Sociolaborales.

Sexo

1. Femenino
2. Masculino

Edad

1. 25 a 30 años
2. 31 a 35 años
3. 36 a 40 años
4. 41 a 45 años
5. Mas de 45 años

Antigüedad laboral

1. Menor de 4 años
2. Entre 4 y 6 años
3. Mayor a 6 años

Estado civil

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado

Si tiene cónyuge, ¿trabaja?

1. Sí
2. No

Mi puesto requiere trabajar a un ritmo

1. Muy rápido
2. Rápido
3. Regular

Mi trabajo demanda un grado de atención

1. Alto
2. Medio
3. Bajo

El tiempo disponible diario que tengo para realizar mis tareas es

1. Excesivo
2. Suficiente
3. Insuficiente

Me siento presionado(a) al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

En el puesto que ocupo tengo la posibilidad de trabajar en lo que mejor sé hacer

1. Sí
2. No

Los valores que se privilegian en la empresa coinciden con los de mi vida personal

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Mi trabajo me permite cumplir con mis objetivos personales

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Si los objetivos propuestos por la empresa no son alcanzados me siento responsable

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

En mi puesto hay lugar para la creatividad y la iniciativa

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

Mis superiores reconocen mi trabajo

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Tengo participación en la definición de los objetivos relativos a mis funciones

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Cuento con información para realizar mi trabajo

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Las condiciones físicas de la empresa para realizar mi trabajo son

1. Malas
2. Normales
3. Optimas

Siento estabilidad en la empresa en la que trabajo

1. No
2. Sí

Mi jornada laboral es

1. 11 o más de 11 horas
2. Entre 8 y 10 horas
3. Menos de 8 horas

Traslado los problemas laborales a mi casa

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

Me tomo los descansos correspondientes dentro de la jornada laboral

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Tengo otro empleo.

1. Sí
2. No

1. Actualmente estoy estudiando.

1. Sí
2. No

Fuera del horario de trabajo realizo actividades recreativas (deportes, espectáculos varios).

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Existen relaciones informales donde tengo contacto personal con mis compañeros de trabajo

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Puedo establecer prioridades en el uso de mi tiempo

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Siento al trabajo como el centro de mi vida

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

Me siento agotado al final de la jornada laboral

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

(Contestar sólo si la anterior es afirmativa) cuando me levanto para ir a trabajar me siento cansado

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

A causa de mi actividad me agoto emocionalmente.

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

(Si la anterior es Siempre) comencé a sentirme agotado en mi trabajo a partir de los...

1. Menor a 4 años
2. De 4 a 6 años
3. Mas de 6 años

Últimamente soy apático e intolerante.

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Nunca

ANEXO 2.

MBI (Inventario de Burnout de Maslach y Jackson).

Instrucciones: Responde las siguientes cuestiones tachando la respuesta que creas conveniente tomando en cuenta el significado de cada número en función del enunciado, no lo pienses mucho al responder.

- 0=Nunca
 1=Pocas veces al año, o menos.
 2=Una vez al mes o menos.
 3=Pocas veces al mes.
 4=Una vez a la semana.
 5= Varias veces a la semana.
 6=Diariamente.

Enunciado	0	1	2	3	4	5	6
1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.-Me siento cansado al final de la jornada del trabajo.							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.							
4.-Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.							
5.-Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7.-Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8.- Me siento "quemado" por mi trabajo.							
9.-Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.							
10.-Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11.-Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente hablando.							
12.-Me siento muy activo.							
13.-Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.-Creo que estoy trabajando demasiado.							
15.-Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.							
16.-Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17.-Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19.-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20.-Me siento acabado.							
21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22.-Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							

Inventario de situaciones de ansiedad y respuestas de ansiedad. (Fisiológico)

En el apartado siguiente usted va a encontrar una serie de frases que presentan situaciones en que usted se podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante situaciones o reacciones que le producirían. Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte posterior. Su tarea

consistirá en valorar de 0 a 4 la frecuencia con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando según la siguiente escala:

0= Casi nunca.; 1=Pocas veces; 2=Unas veces si y otras veces no. ; 3=Muchas veces. ; 4=Casi siempre.

Solo conteste en los espacios en blanco tomando en cuenta las respuestas y coloque el número que crea conveniente.

Situaciones	1.-Siento molestias en el estómago.	2.-Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3.-Me tiemblan las manos o las piernas.	4.-Me duele la cabeza.	5.-Mi cuerpo está en tensión.	6.- Tengo palpitaciones. El corazón me late muy de prisa.	7.-Me falta el aire y mi respiración es agitada	8.-Siento náuseas o mareos.	9.-Se se me ca la boca y la garganta, tengo dificultades para tragar	10.-Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.	Observaciones	Sumatoria S.
1.-Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2.-Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3.-Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4.-A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5.-En mi trabajo o cuando estudio.												
6.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7.-Si una persona del otro sexo esta muy cerca de mi, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8.-Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10.-Si tengo que hablar en público.												
11.-Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12.-Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13.-Despues de haber cometido algún error.												
14.-Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15.-Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16.-Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17.-En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18.-Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19.-En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20.-Al observar escenas violentas.												
21.-Por nada en concreto.												
22.-A la hora de dormir.												
23.-Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
Sumatoria R											Total /2=	

Inventario de situaciones de ansiedad y respuestas de ansiedad. (Motriz)

En el apartado siguiente usted va a encontrar una serie de frases que presentan situaciones en que usted se podría encontrar y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante situaciones o reacciones que le producirían. Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte posterior. Su tarea consistirá en valorar de 0 a 4 la frecuencia con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando según la siguiente escala: 0= Casi nunca.; 1=Pocas veces; 2=Unas veces si y otras veces no. ; 3=Muchas veces. ; 4=Casi siempre. Solo conteste en los espacios en blanco tomando en cuenta las respuestas y coloque el número que crea conveniente.

Situaciones	1.- Lloro con facilidad.	2.-Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	3.-Fumo, como o bebo demasiado.	4.-Trato de evitar o rehuir la situación.	5.-Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	6.-Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7.-Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.	Observaciones	Sumatoria S.
1.-Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2.-Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3.-Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4.-A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5.-En mi trabajo o cuando estudio.									
6.-Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7.-Si una persona del otro sexo esta muy cerca de mi, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8.-Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9.-Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10.-Si tengo que hablar en público.									
11.-Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12.-Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13.-Después de haber cometido algún error.									
14.-Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15.-Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16.-Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17.-En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18.-Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19.-En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20.-Al observar escenas violentas.									
21.-Por nada en concreto.									
22.-A la hora de dormir.									
23.-Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
Sumatoria R							Total		

ANEXO 5

PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LOS INSTRUMENTOS

- **Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (MBI):**

Este inventario consta de 22 ítems y mide los niveles de alteración en las tres dimensiones del Burnout de la siguiente manera: agotamiento emocional (reactivos 1,2,3,6,8,14,16 y 20), despersonalización (reactivos 5,10,11,15,22) y realización profesional(reactivos 4,7,9,12,17,18,19 y 21). Los ítems se califican basándose en 7 niveles (0=Nunca, 1=Pocas veces al año o menos, 2=Una vez al mes o menos, 3=Pocas veces al mes, 4=Una vez a la semana, 5=Varias veces a la semana, 6=Diariamente). La calificación de las escalas se realiza por separado y no el total de ellas; así, un grado bajo en agotamiento emocional corresponde a una puntuación menor a 18; despersonalización es menor a 5 y para realización profesional es mayor a 40. El grado medio en agotamiento emocional se ubica con un puntaje entre 19 y 26; despersonalización corresponde a una puntuación entre 6 y 9; realización personal entre 34 y 39; mientras que un grado alto en agotamiento emocional se obtiene con un puntaje mayor a 27; despersonalización mayor a 10 y para realización personal es menor a 33.

- **Inventario de situaciones de ansiedad y respuestas de ansiedad (ISRA):**

La aplicación de la prueba debe hacerse de acuerdo al siguiente orden, primero la escala C(cognitiva), F (Fisiológica) y M(motriz), se pide al personal que evalúe la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas en cada una de las situaciones en función de cinco categorías:

0=Casi nunca

1=Pocas veces

2=Unas veces si, otras veces no

3= Muchas veces

4=Casi siempre

Se indica que solo debe responder las casillas en blanco, anotando en el margen derecho cualquier observación que crea oportuna y solamente en el caso en que lo considere necesario. La prueba dura entre cuarenta y sesenta minutos sin que exista limitación de tiempo; la corrección y valoración de la prueba se realiza sumando las puntuaciones dadas por el sujeto a cada ítem (casilla en blanco) de cada inventario (cognitiva, fisiológica y motriz). Una forma sistemática consiste en sumar las casillas de cada columna y anotarlo en la casilla de sumatorio (sumatorio R). Posteriormente, se suman los sumatorios obtenidos y el resultado se anota en la casilla <<Total>>. De igual forma se puede proceder con las filas (sumatoria S). Las puntuaciones de la situación abierta numero 23 no se toma en cuenta, la puntuación del inventario fisiológico se obtiene dividiendo el total entre 2, ya que posee el doble numero de ítems que el cognitivo y el motor. Así, se obtienen tres puntuaciones correspondientes a cada uno de los sistemas de respuesta. La puntuación total (rasgo) se obtiene sumando las tres anteriores, es decir:

$$\text{Puntuación Total.} = \text{Cognitivo} + \frac{\text{Fisiológico}}{2} + \text{Motriz}$$

Estas puntuaciones directas se convierten en centiles utilizando las tablas baremos, de esta forma se conoce qué posición ocupa un sujeto concreto dentro del grupo correspondiente, para obtener el perfil se toma en cuenta los cuatro grados:

- Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima (de 5 a 25 dentro de las tablas de las puntuaciones centiles).

- Ansiedad moderada a marcada (de 26 a 75 en las tablas correspondientes al centil).
- Ansiedad severa (de 76 a 99).
- Ansiedad extrema (más de 99).

Para obtener los factores de respuesta:

Factor I: Se sumaran las puntuaciones correspondientes a las siguientes situaciones en las tres subescalas (Cognitivo , fisiológico y motriz): $F-I = S1+S4+S8+S10+S11+S13$.; Para el Factor II: Ansiedad interpersonal se considera: $F-II = S7+S15+S18$; Factor III: Ansiedad fóbica: $F-III = S12+S14+S17+S19$.; Para el Factor IV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana: $F-IV = S5+S21+S22$.

Las cuatro puntuaciones obtenidas representan la puntuación directa de cada rasgo específico, estas puntuaciones directas se convierten en centiles utilizando las tablas de baremos, de esta forma conoceremos la posición que ocupa el individuo evaluado con respecto al grupo normativo correspondiente. Se delimitan a cuatro niveles de ansiedad: Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima (de 5 a 25 dentro del centil), Ansiedad moderada a marcada (de 26 a 75 en la tabla de la puntuación centil), ansiedad severa(de 76 a 99 en las tablas de las puntuaciones del centil), ansiedad extrema (más de 99 en las mismas tablas) .

- **La escala de apreciación del estrés.
(Escala General, socio-laboral, conducir).**

De cada una de las escalas deben obtenerse de manera directa dos tipos de puntuaciones: las que corresponden a la presencia de situaciones de estrés (en la actualidad o en el pasado) y las que expresan la intensidad con que se han experimentado. Para obtener estos valores es aconsejable proceder de la siguiente forma: 1) Comprobar sobre la hoja de respuestas que todas las

contestaciones “SI” van seguidas de las marcas correspondientes en la columna “Tiempo”; si no fuera así se trazara una raya roja a lo largo de toda la fila, lo que indicara que esa respuesta ha sido anulada. 2) Se obtendrán los valores parciales de intensidad en A y en P, sumando los puntos de intensidad (1,2 o 3) con que se haya calificado cada respuesta positiva o bien multiplicando el numero de respuestas de cada categoría por los valores medios que figuran en la última columna de la Tabla 3 dentro del protocolo. Si no se hubiera señalado ninguno de los valores de “Intensidad” se consideraría como cero, 3) La puntuación directa total es igual a la suma de ambos valores y podrá transformarse en centil consultando la tabla 5 (ver protocolo). En la parte inferior de la hoja de respuestas aparecen unos recuadros para anotar las diversas puntuaciones obtenidas en el proceso.

Así, los resultados obtenidos por un sujeto se contarán de la forma siguiente:

En A:

Número de SI valorados con 0= _____

Numero de SI valorados con 1=_____

Numero de Si valorados con 2=_____

Numero de SI valorados con 3=_____

En total _____ puntos en A (Intensidad del estrés en el presente).

En P:

Número de SI valorado con 0= _____

Numero de SI valorados con 1=_____

Numero de Si valorados con 2=_____

Numero de SI valorados con 3=_____

En total _____ puntos en P (Intensidad del estrés en el pasado), la puntuación total a partir de los valores en A y en P es_____ puntos.

Pero también se hubiera obtenido a través de los valores promedios (ver tabla 3, del protocolo).

En A: ___ SI por 1.96 = _____

En P: ___ SI por 1.92= _____

Este índice total de intensidad se transformará en puntuación centil, y luego se comparan los resultados obtenidos totales y parciales con las medias obtenidas por el grupo normativo en cada escala (ver tablas 3 y 5 del protocolo). Donde se ubica un promedio de acuerdo al grado de estrés en cada una de las escalas calificadas.